LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS. — IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE A. POUGIN
13, QUAI VOLTAIRE, 13

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

ANNÉE 1872

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DES SAINTS-PÈRES, 57

PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

—

1872

N° 1. 45e ANNÉE JEUDI 4 JANVIER 1872.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Séance de l'Académie de médecine. — Hôpital des Enfants-malades. Traitement du croup par l'émétique (M. Bouchut). — Recherches sur la physiologie du cervelet (M. Weir Mitchell). — Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — Correspondance. — Variétés. — Concours de l'Internat. — Nouvelles. — Petite correspondance.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une nouvelle année commence.

La précédente a été cruelle pour l'Académie comme pour la France.

Nous ne suivrons pas M. Wurtz et M. Barth dans la douloureuse revue des pertes subies ; mais qu'il nous soit permis d'exprimer avec eux l'espoir d'une réparation.

Pour réparer les brèches et pour combler les vides, il faut des hommes de science et de travail ; il faut un mouvement intellectuel d'une nouvelle activité : tous ont le devoir d'y contribuer. Travaillons donc.

Ce n'est plus le temps où il suffisait de satisfaire sa curiosité par quelques lectures rapides ; il faut étudier et réfléchir. Heureusement, les Français en sentent le besoin, et les écoles d'érudition, autrefois vides, se peuplent d'élèves. Espérons donc.

Nous n'avons plus les illusions dans lesquelles, depuis longtemps, notre beau pays s'endormait. En médecine, comme en autre chose, notre vieille suprématie est à reconquérir : nous ne l'ignorons pas. Il ne faut donc plus laisser aux maîtres le doux espoir d'être remplacés par de moindres qu'eux ; il faut que la jeune génération atteigne et dépasse les anciennes.

Une nécessité du moment, c'est de créer dans les écoles, entre les maîtres, une émulation que le système universitaire ne permet pas : c'est de mettre fin aux complaisances qui assiégent toutes les entrées. Aussi sommes-nous heureux de pouvoir aujourd'hui saluer la création d'une première école libre : *l'École libre des sciences morales et politiques*. Nous y voyons comme professeurs plusieurs membres de l'Institut : on y délivre des inscriptions, on y fait des cours, des conférences, etc., sans aucune attache universitaire. C'est un pas important dans la voie du progrès ; mais il faut plus ! il faut créer des Facultés libres de sciences physiques, de sciences naturelles et de médecine.

L'Université a fait son temps. Depuis neuf mois les plus illustres de nos savants se sont succédés pour maudire, soit à l'Institut, soit dans les journaux, soit dans les revues, ce système de monopole. Ils y ont vu la grande cause de la déplorable décadence dans laquelle la France est tombée. Mais ce n'est pas le tout d'indiquer le mal, il faut appliquer le remède. Hâtons-nous, car la pente est rude à remonter.

Pendant que nous parlons d'innovations utiles, n'oublions pas de signaler l'apparition d'un journal français d'ophthalmologie. Ce recueil, dirigé par notre cher ami Galezowski et par M. Piéchand, était devenu indispensable pour délivrer nos oculistes du vasselage allemand ou belge. Une spécialité aussi considérable que l'oculistique ne pouvait pas rester dépourvue d'un organe français de publicité qui lui fût consacré d'une façon spéciale. La *Gazette des hôpitaux* souhaite prospérité à ce nouveau venu.

Elle aussi n'est point en retard dans le mouvement qui pousse en avant les esprits.

La *Gazette des hôpitaux* vient de faire le sacrifice d'un format auquel elle tenait, comme on tient à tout ce qui rattache son présent avec son passé, quand ils sont tous deux honorables. Mais le maniement de nos collections était incommode, et il importait de faciliter les recherches de nos lecteurs. L'heure présente est au travail ; travaillons donc.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. Bouchut.

Traitement du croup par l'émétique.

Il y a quelques jours, je vous signalais la recrudescence de l'épidémie du croup qu'on observe dans les hôpitaux et en ville. Depuis lors, la semaine du 23 décembre nous a annoncé un chiffre de 22 décès, et celle qui finit en indique 18. C'est encore une notable augmentation de mortalité sur les mois précédents. Il importe donc que les médecins, avertis, ne se laissent pas surprendre par les bronchites et les angines qui se présentent sur les enfants de leur clientèle, et que dès le début ils agissent avec énergie pour empêcher la formation du croup.

Le séjour à la chambre, les boissons tièdes, un vomitif et au besoin des applications de nitrate d'argent sur les points enflammés où commence l'exsudation fibrineuse sont ce qu'il y a de mieux à faire.

Quand la maladie occupe le larynx et que le croup est confirmé, au lieu d'attendre avec des remèdes inertes que l'asphyxie se produise, il faut prévenir cette complication et cela est souvent possible avec l'émétique. En voici un nouvel exem-

ple que vous pouvez placer à côté de celui qu'on a observé il y quelques jours dans cette clinique. Pour obtenir ce résultat, vous n'avez qu'à donner l'émétique, nourrir les enfants avec des potages et défendre qu'on leur donne beaucoup à boire.

Chez cette enfant, nommée Louise F..., âgée de 3 ans, entrée le 26 décembre, malade depuis une semaine par suite de bronchite aiguë avec fièvre, on vit depuis deux jours la toux changer de caractère, devenir un peu rauque, et la voix parut enrouée.

La raucité et l'enrouement augmentèrent par degrés ; il s'y adjoignit du sifflement laryngé, une gêne très-grande de la respiration et des accès de suffocation violents qui provoquèrent le transport à l'hôpital.

L'enfant n'avait pas eu d'autre médication que de la tisane pectorale.

A son entrée, on lui donna *vingt-cinq* milligrammes d'émétique qui firent vomir sans provoquer le rejet de fausses membranes.

Le 27, quand je l'examinai à ma visite du matin, elle avait par minutes 48 respirations très-pénibles, sifflantes, abdominales et fortement diaphragmatiques; la voix était très-faible et enrouée ; la toux rauque, déchirée, presque éteinte et une grande agitation. La résonnance de la poitrine était sourde, mais il n'y avait pas de matité. Le murmure vésiculaire était complétement aboli, et on n'entendait que le bruit de transmission du sifflement laryngo-trachéal.

Le visage était un peu rouge, couvert de plaques congestives, et les lèvres un peu cyanosées. Il n'y avait pas eu de nouvel accès de suffocation, mais il y avait une accumulation considérable de gaz acide carbonique dans le sang, car il existait de l'anesthésie.

Point de fausses membranes dans le pharynx, qui est rouge ainsi que les amygdales, un peu tuméfiées.

Peau chaude ; pouls, 136.

Émétique, *cinq* centigrammes dans *quarante* grammes d'eau sucrée. — *Peu de boissons.* — Potages très-épais.

Le soir, *nouvel émétique*, 5 centigrammes dans une petite quantité d'eau et sans boissons capables de changer l'effet vomitif en effet purgatif.

Le 28 décembre, on nous dit que l'enfant a vomi et rejeté sur ses draps des petites pellicules membraneuses perdues au milieu de détritus alimentaires. Elle n'a pas eu d'évacuation intestinale.

Nous constatons que la respiration est plus facile, que le sifflement laryngé a disparu, que la voix est plus forte et la toux plus grasse, enfin qu'on entend le murmure vésiculaire dans les deux poumons, là où il ne s'entendait pas la veille.

Peau chaude, pouls 128.

Émétique, 5 centigrammes dans 40 grammes d'eau. Peu à boire. Potages très-épais.

Le 29 décembre, l'enfant a vomi sans rejeter de fausses membranes, et elle a eu deux évacuations demi-liquides.

Elle n'est en aucune façon affaiblie et joue assise sur son lit. Sa toux est encore un peu déchirée, mais humide, et la voix plus forte. Elle n'a plus aucune gêne de la respiration, et le murmure vésiculaire des deux poumons s'entend comme à l'état normal.

Peau chaude, pouls 112.

On cesse l'emploi de l'émétique et on prescrit un looch blanc simple, en autorisant un régime plus substantiel.

Le 30, quatrième jour depuis l'entrée, après deux jours de traitement, l'enfant est guérie sans avoir été fatiguée par la médication.

En trois jours, cette petite fille de trois ans a pris 20 centigrammes d'émétique, et elle n'a que des vomissements, sans diarrhée et par conséquent sans production de cholérine.

C'est toujours ainsi que les choses se passent avec l'émétique quand on a la précaution de le donner avec une nourriture épaisse, et peu de boisson.

Au contraire, si l'on donne des potages liquides et qu'on permette de boire pour faire vomir, souvent on change l'effet vomitif en effet purgatif, et c'est comme si on avait administré l'émétique en lavage.

RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DU CERVELET

Par le Dr Weir Mitchell

Compte rendu par M. H. Gafé, interne des hôpitaux de Nantes.

Le docteur Weir Mitchell (de Philadelphie), membre de l'Académie nationale des sciences des États-Unis, et si connu par ses beaux travaux sur le venin des serpents à sonnettes, vient de faire paraître un mémoire intitulé : *Researches of the physiology of the cerebellum*, dans lequel il essaye de débrouiller le chaos qui enveloppe encore cette partie de la science de la vie.

Nous allons en donner une succincte analyse et en citer quelques passages ; ils feront mieux comprendre encore l'importance de ce travail :

« J'ai, dit l'auteur, enlevé le cervelet plus de 87 fois, fait plus de 206 expériences sur l'influence des irritants par rapport à cet organe et aux organes adjacents. Depuis un an et demi que j'ai introduit dans ces recherches physiologiques l'usage du froid excessif, par la méthode de Richardson, j'ai ajouté d'innombrables expériences à mes anciennes et obtenu des résultats qui, s'ils laissent quelque chose à désirer, n'en suffisent pas moins pour m'engager à publier mes conclusions. J'ai enfoncé une alène à travers le crâne, j'ai lié l'organe après m'être servi du trépan, ou, chez les oiseaux, après avoir enlevé un morceau du crâne ; j'ai injecté, dans le cervelet, des globules de mercure, avec ou sans perchlorure de fer pour arrêter l'hémorrhagie ; j'ai congelé plus ou moins bien l'organe, le laissant ensuite dégeler pour produire de la congestion ; enfin, j'ai peint la partie avec de la teinture de cantharides ou de tout autre liquide irritant. »

Mais de tous ces procédés, celui auquel il donne de beaucoup la préférence, c'est la congélation par la rhigoline au lieu d'éther, selon la méthode de Richardson :

« La seule grave objection qu'on puisse lui faire, c'est qu'il est difficile d'en limiter les effets. »

Les résultats qu'il a ainsi obtenus de ces diverses méthodes diffèrent peu de ceux qu'ont observés les autres expérimentateurs. Il n'a jamais noté de trouble intestinal permanent après ces opérations ; mais il a vu, dans les graves blessures des régions postérieures, chez les oiseaux, un renversement de la tête en arrière qui donne à la démarche de ces animaux un air de fierté. L'auteur a vu le mouvement en avant et la marche à reculons, tous les deux produits successivement par une seule et même lésion de la région postérieure du cervelet, contrairement à ce qu'en disent Magendie, Flourens et Longet. Il ne pense point que la marche en arrière soit due spécialement, chez des oiseaux, à une lésion accidentelle des parties subjacentes, ou du moins il pense que certaines irritations, comme la congestion

limitée du cervelet, sont suffisantes pour produire cet effet. D'après lui, chez les lapins, le froid appliqué modérément à la moelle allongée à travers l'espace occipito-atloïdien ne donne lieu qu'à des convulsions générales. Le mouvement en avant résultant de l'application du froid au cervelet est toujours le premier, et il est vite suivi du mouvement de recul :

« On dirait le premier effort d'un animal égaré et qui cherche à fuir. »

Tous les phénomènes de cet ordre, il les rapporte au cervelet, qui, dit-il, est capable de les produire directement, et il le démontre expérimentalement. Quant aux changements dans la nutrition de l'œil, il les a fréquemment rencontrés chez les lapins, les cochons d'Inde ; jamais chez les pigeons ; mais il n'a jamais observé l'amaurose proprement dite, dont parlent beaucoup de physiologistes.

L'auteur entre alors dans le détail de ses expérimentations ; il nous apprend qu'il a réussi jusqu'ici à conserver la vie à neuf pigeons sur qui l'ablation de larges portions du cervelet avait été pratiquée :

« Un de ces oiseaux est aujourd'hui bien vivant en ma possession. Quatre, qui furent tués de deux semaines à deux mois après l'ablation, présentèrent une destruction de l'organe que je puis dire complète. »

Pour lui, la principale cause d'insuccès après ces opérations, c'est l'abaissement subit de la température. Pour le neuvième de ses opérés, quatre mois après, il n'y avait pas de différence entre lui et ses compagnons, intacts de toute lésion :

« Toutefois, dit l'auteur, quant il court autour de la chambre, il cesse plus tôt que les autres, et quelquefois tout à fait subitement. Ce symptôme existe dans beaucoup de cas, mais il a d'autant plus de valeur intrinsèque qu'il est vu plus tard après l'opération. Le dernier signe de maladresse qu'il présenta fut une certaine absence de la faculté de diriger son bec. »

Comme conséquences immédiates de l'ablation du cervelet, le savant Américain indique les symptômes de titubation de Flourens, en un mot, tout ce qu'on a décrit comme constituant l'incoordination. Mais cette confusion dans les mouvements ne pourrait-elle pas provenir d'actions musculaires réflexes ? La chose est assez vraisemblable. En effet, ces actions réflexes contrebalanceraient complétement, pendant quelque temps, l'influence des centres de la volonté, qui sont d'ordinaire tout puissants.

« Il est à remarquer, ajoute l'auteur, que, pendant la guérison, les désordres se reproduisent souvent si l'on fait du bruit, si l'on fait peur à l'animal ou qu'on le manie brusquement ; en un mot, il suffit de toute cause qui produise des mouvements rapides ou une circulation accélérée. »

Le seul changement permanent qu'il ait vu est le suivant, dont nous avons déjà dit quelque chose :

« Tous les oiseaux qui ont survécu longtemps m'ont paru incapables d'un effort aussi prolongé que leurs camarades sains de toute lésion et m'ont semblé aussi se fatiguer beaucoup plus vite... Le vomissement n'est pas rare, mais je ne l'ai jamais vu plus tard que le second jour, et il est curieux de noter qu'il ne survint que dans l'un des cas où la survie fut d'une semaine. Ce seul fait m'inclinerait à penser qu'il est toujours dû, quand il se voit, à une lésion des régions sous-jacentes au cervelet. »

La nutrition, en général, continue parfaitement bien. Quant à la diarrhée, il l'explique par une succession d'irritations affectant les tissus moteurs du canal alimentaire, puisqu'il admet l'intervention constante du cervelet dans l'activité motrice des fibres musculaires de la vie organique.

La guérison obtenue, « le sujet ne peut prolonger ses efforts. A part cela, la locomotion est intacte. Dans la région de la sensation, aucune altération ne peut être perçue, et dans la sphère des activités sensibles, il m'a été impossible de découvrir de changement. »

Quant à l'activité des organes de la génération après la destruction du cervelet, la question a été résolue en bien des sens ; mais, pour lui, tout est encore à refaire sur ce point, et la difficulté de l'expérimentation est extrême.

Ici l'auteur récapitule les principaux résultats que l'application du froid lui a donnés.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1872. — Présidence de M. BARTH.

M. WURTZ, président sortant, remercie l'Académie des témoignages de sympathie qu'elle lui a donnés pendant sa présidence, rappelle les pertes regrettables et trop nombreuses que la savante compagnie a éprouvées dans le cours de cette année fatale, et procède à l'installation du nouveau bureau.

M. BARTH prend place au fauteuil, et adresse à l'Académie des remerciements pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence ; fait en peu de mots l'éloge des membres que l'Académie a perdus, et appelle l'attention sur le grand nombre de places vacantes et sur la nécessité de les remplir le plus promptement possible. Il termine son allocution en proposant à l'Académie de voter des remerciements au bureau sortant.

Les remerciements sont votés par acclamation.

M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite faite par le bureau à M. le ministre de l'instruction publique à l'occasion du jour de l'an.

M. le ministre ayant exprimé le désir que l'Académie rédigeât un petit traité d'hygiène populaire destiné aux instituteurs, M. le président propose de nommer à cet effet, dans la prochaine séance, une commission de cinq membres. (Adopté.)

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements de la Lozère, de la Côte-d'Or, de la Haute-Loire, du Finistère et l'arrondissement de Lure (Haute-Saône. (Comm. des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° La note suivante de M. le docteur Decaisne sur une épidémie d'ictère essentiel qui règne à Paris et dans la banlieue. (Commission des épidémies.)

Depuis trois mois environ, c'est-à-dire depuis le commencement de l'automne, on constate à Paris et dans la banlieue un nombre de cas d'ictère si considérable, qu'ils constituent une véritable épidémie. Les observations que nous avons recueillies nous-même et les renseignements que nous avons pris auprès d'un certain nombre de nos confrères nous permettent d'entretenir quelques instants l'Académie d'un sujet qui nous paraît offrir quelque intérêt au point de vue de la santé publique.

Nos 28 observations portent sur 17 hommes et 11 femmes.

Les 17 hommes étaient âgés de 26 à 61 ans ; 13 ouvriers de différents métiers, 2 négociants et 2 individus n'exerçant aucune profession.

Sur les 11 femmes de 17 à 45 ans, 5 étaient des couturières et 6 étaient sans profession.

Tous ces malades ont été observés du 15 octobre au 8 décembre 1871.

A l'exception de 5, voici les symptômes à peu près invariables qu'ils présentaient.

Au milieu de la meilleure santé et sans cause apparente, l'ictère attaquait d'abord la sclérotique, puis la face et le reste du corps, en général dans un espace de temps qui variait entre quatre et cinq jours. Il y avait un peu de courbature, la fièvre était nulle, le pouls était même, en général, au-dessous du type habituel. L'appétit n'avait pas diminué, la soif était modérée; il y avait une légère constipation; les selles étaient grisâtres, plus ou moins décolorées; les urines précipitaient en bleu et en vert par l'acide nitrique. Presque toujours le voile du palais présentait une coloration jaune uniforme. Aucun des malades n'éprouvait de douleurs à l'hypochondre droit et sur tout l'abdomen à la percussion et à la palpation.

Voici le traitement que nous avons employé sur 16 malades : 2 purgatifs, 40 grammes de sulfate de soude ou de magnésie, chaque fois, limonade tartrique, diète modérée. La durée de la maladie a été en moyenne de 10 jours. Les malades n'ont jamais gardé le lit, à l'exception d'un seul.

Les 7 autres malades de cette première catégorie ont été traités par l'expectation; nous recommandâmes seulement une alimentation légère et végétale. Chez eux la durée de la maladie fut en moyenne de 9 jours.

Les 5 malades de la seconde catégorie présentaient comme symptômes particuliers une grande courbature, des démangeaisons par tout le corps, la langue blanche, des envies de vomir et une constipation assez opiniâtre; les autres symptômes étaient ceux des malades de la première catégorie. Nous leur administrâmes 2 ou 3 purgatifs et de la limonade, en leur recommandant une diète assez sévère.

La durée du traitement fut en moyenne de 11 jours.

Ces cas d'ictère se sont présentés partout, chez des individus de professions différentes et placés dans des conditions hygiéniques très-diverses, sans qu'il fût possible de les rattacher à une lésion organique quelconque. Partout ils ont cédé, dans le même espace de temps, ou à peu près, au traitement que nous avons indiqué plus haut.

Les renseignements que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Lombard, médecin à Vanves, qui a, dans ces derniers temps, constaté un nombre considérable de jaunisses dans sa commune, concordent avec nos observations, ainsi que ceux que nous avons pris auprès de nos confrères, dans les divers quartiers de Paris.

Les régiments qui composent l'armée de Paris et qui occupent les campements établis autour de la capitale et dont l'état sanitaire est d'ailleurs excellent n'ont pas non plus échappé à l'épidémie régnante. Chez eux la maladie s'est comportée comme dans la population civile.

M. le docteur Mabboux, médecin au 48e de ligne, qui campe à Saint-Germain-en-Laye, nous informe, en effet, de son côté, dans une note fort intéressante, que, depuis un mois et demi environ, il a observé sur ses soldats, à la visite journalière, dix cas d'ictère présentant tous les symptômes que nous venons de décrire, ne se rattachant à aucune lésion organique et exempts de ces embarras gastriques qui ordinairement accompagnent cette affection, du moins dans sa période initiale. Les hommes venaient à la visite uniquement parce qu'ils étaient *jaunes* et éprouvaient une légère courbature. Le traitement a consisté en une ou deux purgations et, au bout de 5 à 6 jours, la coloration jaune disparaissait graduellement. « En somme, nous dit ce médecin distingué, ces militaires, tout en présentant des signes pathologiques, n'ont éprouvé aucun dérangement dans leur santé, et nous les exemptions du service plutôt pour la maladie qu'ils paraissaient avoir que pour une indisposition réelle. » Les mêmes faits ont été observés dans un autre régiment de la division de Saint-Germain.

Certes, ce n'est pas la première fois qu'on observe, à Paris, à l'automne surtout, de nombreux cas de jaunisse, les vieux praticiens le savent bien, et l'un d'eux disait souvent : « Il y a des mois où il pleut de la bile à Paris. » Mais nous pensons qu'on a rarement vu cette affection généralisée comme elle l'a été ces deux derniers mois.

Il est difficile d'admettre une simple coïncidence, et nous sommes porté à croire qu'il y a là une cause générale. Quelle est-elle? Nous soumettons la question aux hygiénistes, à qui s'adresse particulièrement le vers du poëte latin : « *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.* »

2° Une note sur la chirurgie dentaire, par M. Descamps, dentiste à Constantinople.

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. le professeur Jager (de Vienne), membre correspondant étranger.

Il rappelle ensuite les trois vacances déjà déclarées dans les sections de pathologie externe, de pharmacie et de physiologie, et propose enfin de déclarer quatre nouvelles vacances dans les sections de pathologie médicale, accouchements, médecine vétérinaire et anatomie pathologique. (Adopté.)

M. GOSSELIN offre en hommage, de la part de M. Maurice Laugier, deux brochures ayant pour titres, l'une : *De la Grenouillette hydatique*; et l'autre : *Kystes séreux de la région parotidienne.*

M. RICHET présente le premier numéro du *Journal d'ophthalmologie*, publié sous la direction de MM. les docteurs Galezowski et Piéchand.

LECTURE

M. BÉCLARD donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie aux obsèques de M. Lecanu. Ce discours est accueilli par des marques unanimes d'approbation.

RAPPORTS

M. EUGÈNE CAVENTOU lit, au nom de la Commission des remèdes secrets, une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

M. CHAUFFARD pose sur le bureau le rapport général sur les épidémies qui ont régné pendant les années 1869 et 1870, et communique à l'Académie quelques fragments de ce rapport.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour voter sur les récompenses proposées par la commission.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 3 novembre 1871. — Présidence de M. Léon Gros, *vice-président*.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. CHARRIER, secrétaire général, fait connaître la réponse de M. Daveluy. C'est, dit-il, à la bienveillante intervention de M. Paul Blondeau, pharmacien, le frère de notre collègue, que la Société doit d'avoir un local convenable pour ses séances. C'est sur ses instances que M. Daveluy, administrateur du Sénat, a bien voulu nous prêter son cabinet. Aussi, je viens prier la Société de voter des remercîments à ces deux messieurs.

La Société, consultée, vote des remercîments unanimes à MM. Daveluy et Paul Blondeau.

M. GILLEBERT DHERCOURT, présent à la séance, remercie la Société d'avoir bien voulu changer son titre de membre correspondant en celui de membre titulaire.

M. ANTONIN MARTIN lit une observation de hernie inguinale de l'ovaire droit.

M. BLACHEZ. J'aurais désiré que M. Antonin Martin fit, dans cette observation très-intéressante, une plus large place au diagnostic

différentiel. Dans les cas douteux, c'est une chose capitale. Entre autres questions, je soumettrai les suivantes à l'auteur de l'observation :

Cette hernie a-t-elle toujours eu le même volume? Contient-elle d'autres organes que l'ovaire? Son volume est-il parfois augmenté par d'autres organes ou par du liquide? Existe-t-il du gargouillement?

M. LAGNEAU. Existe-t-il des congestions de l'ovaire hernié, à certaines époques? Lassus, dans des observations de hernie ovarique, a noté les tiraillements produits par certains changements de position de l'utérus ou de la malade elle-même. Je n'ai jamais vu qu'on ait pu réduire ces hernies par le coït.

M. VOISIN. Il est une théorie qui place dans l'ovaire le siége de l'hystérie. Cette femme est-elle hystérique ?

M. CHARRIER. J'ai toujours observé, dans ces hernies, la sensibilité dite testiculaire. M. Antonin Martin n'en fait pas mention. La femme éprouve-t-elle cette sensation syncopale toute spéciale, cette douleur qui irradie jusqu'à la région lombaire? Comme M. Blachez, je demanderai si l'ovaire est bien seul, s'il n'existe pas d'autre organe hernié?

M. ANTONIN MARTIN. Je vais essayer de répondre aux différentes questions qui viennent de m'être posées. A M. Blachez, je répondrai : cette hernie n'a pas toujours eu le même volume. Au commencement, la malade s'est aperçue d'une petite tumeur du volume d'une aveline, un peu douloureuse. Était-ce simplement un ganglion; était-ce l'ovaire? Avec le médecin de la famille, qui avait été consulté dans le commencement, je pencherais pour la première supposition sans cependant rien affirmer, les renseignements de la malade n'étant pas assez précis. Aujourd'hui encore, alors que l'ovaire est réduit, il existe en avant et au-dessous de l'orifice externe du canal un petit ganglion. Il n'y a pás d'autre organe hernié. Je n'ai jamais constaté de gargouillement.

M. Lagneau appelle mon attention sur la sensation de tiraillement mentionnée par Lassus; la malade n'éprouve cette sensation qu'alors qu'elle fléchit le tronc sur les cuisses ou qu'elle s'assied. Le taxis, jusqu'à ce jour, n'a pu réduire la hernie. Cette dame n'a jamais, que je sache, présenté de phénomènes hystériques.

Quant à la sensibilité spéciale, testiculaire, sur laquelle M. Charrier appelle mon attention, elle fait défaut. Lorsque la malade fatigue, ou lorsque la hernie est restée quelques jours sans rentrer, l'organe se congestionne, se tuméfie, devient le siége d'une douleur tensive, mais non spéciale, qui irradie dans la région lombaire droite. Je n'ai pas observé de congestion d'origine menstruelle, par la raison que la hernie s'est toujours produite en dehors de ces époques.

Au surplus, pour mieux répondre aux objections qui m'ont été faites, je demanderai à la Société la permission de lui lire une observation analogue publiée par M. Loumaigne, en tête de sa thèse, sur la hernie de l'ovaire.

On y remarquera une similitude de symptômes avec celle que je viens de lire, et aussi l'absence des signes spéciaux que plusieurs de nos collègues espéraient trouver dans le fait que je leur ai exposé. Quoi qu'il en soit, le fait relaté par M. Loumaigne n'en est pas moins considéré, par MM. Dolbeau et Huguier, comme une hernie ovarique. Ici, il est vrai, le diagnostic a trouvé une certitude de plus dans les mouvements communiqués par l'hystéromètre à l'utérus et de là à l'organe hernié; mais n'ai-je pas donné un signe presque analogue en constatant l'heureux résultat exercé sur la réduction par l'acte du coït considéré au point de vue seulement des commotions imprimées à l'utérus?

M. FORGET. Par quels signes M. Gosselin est-il arrivé à confirmer le diagnostic de M. Antonin Martin?

Il y a des hernies épiploïques irréductibles qui pourraient être confondues avec des hernies ovariques. Je ne crois pas, je le dis tout de suite, qu'il s'agisse, dans le fait observé par notre collègue, d'une hernie intestinale ni d'une hernie épiploïque.

Quant au signe donné par Lassus, il est discutable : l'utérus n'est pas aussi mobile qu'il l'a dit. Cette réduction, pendant le coït, me porte à croire qu'il s'agit bien ici d'une réduction de l'ovaire; les mouvements de va-et-vient imprimés à l'organe, joints à l'éréthisme dont tout l'appareil sexuel et l'ovaire en particulier sont le siége, peuvent expliquer cette réduction; ne peut-on admettre que l'ovaire, comme le testicule, ne soit entraîné, remonté vers l'abdomen pendant l'orgasme vénérien?

M. ANTONIN MARTIN. La hernie présentait une forme ovoïde bien limitée, sans pédicule appréciable; la tumeur avait une rénitence toute particulière; or cette délimitation, cette forme si bien circonscrite, cette consistance ne se rencontrent pas dans la hernie épiploïque, qui est plus étalée, plus empâtée, d'une consistance toute autre que celle que fait éprouver l'ovaire.

M. CHAUSIT Cette sensibilité testiculaire dont on a parlé me semble devoir être un phénomène constant. Il me semble difficile qu'on ne la retrouve pas quand il s'agit de hernie de l'ovaire; c'est cependant ce qui a lieu dans le fait observé par M. Antonin Martin et dans celui qu'il nous a cité.

M. LUNIER. La sensibilité testiculaire n'est pas constante chez l'homme; elle peut donc manquer aussi chez la femme.

M. FORGET. Beaucoup d'auteurs paraissent n'avoir pas observé cette sensibilité spéciale; elle doit manquer souvent. Certaines femmes passées à l'hystéromètre éprouvent l'état syncopal ou vomissent; d'autres n'éprouvent rien.

M. LAGNEAU. Pour diagnostiquer la hernie de l'ovaire, Lassus conseillait, en pratiquant le toucher vaginal, de porter la matrice du côté opposé à la hernie; afin de déterminer ainsi des tiraillements permettant de reconnaître que l'organe hernié dépendait de la matrice. D'ailleurs le décubitus de la femme sur le côté opposé suffit quelquefois pour déterminer des tiraillements douloureux.

La variation de volume de la tumeur ovarienne herniée à diverses époques tient peut-être à l'absence ou à l'existence d'une certaine congestion accompagnant la déhiscence des vésicules de Graaf.

La douleur ovarienne, comparable à la douleur testiculaire déterminée par la pression, a pu être observée quelquefois; mais lorsqu'on parcourt les observations rapportées par Veyret (1), Pott (2), Deneux (3), Murat (4), Velpeau (5), il semble que cette douleur spéciale n'ait pas été constatée dans la plupart des cas; peut-être d'ailleurs parce qu'on n'a pas cherché à la déterminer.

Suivant Deneux et Velpeau, qui divisent les hernies de l'ovaire en six espèces distinctes, la hernie inguinale quoique rare, serait relativement plus fréquente que la hernie crurale.

M. FORGET. Michon, en comparant la sensibilité ovarique à la sensibilité testiculaire, a pu n'avoir voulu faire qu'une image. Et pour développer cette sensibilité dans le testicule même, il faut une pression très-forte ou un coup violent. Je ne la vois pas se développer sous une pression ou un choc modérés. Je ne crois pas qu'il y ait parité à établir entre la sensibilité spéciale de l'ovaire et celle du testicule. Il existe une sensibilité particulière à chaque individu.

M. LUNIER. L'absence du pédicule de l'ovaire dans le fait de M. A. Martin s'explique par le siége de la hernie, par la longueur du canal dans lequel doit se trouver ce pédicule.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : ANTONIN MARTIN.

---

(1) Voyez Verdier : *Recherches sur la hernie de la vessie : Mémoires de la Société de chirurgie*, t. II, p. 2. 1819.

(2) Voyez Vidal : *Traité de pathologie externe* : HERNIES DE L'OVAIRE, t. IV, p. 539, 2e éd. 1846.

(3) Voyez les suivants :

(4) Murat, *Dictionnaire des sciences médicales* : OVAIRES, t. XXXIX, p. 37, etc. 1819.

(5) Velpeau, *Dictionnaire de médecine*, 2e éd., t. XXII : OVAIRES, p. 560, etc. 1840.

CORRESPONDANCE

A M. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous avez bien voulu accueillir dans les colonnes de votre important journal mes nombreuses observations sur la *pourriture d'hôpital.* Veuillez me conserver votre bienveillant appui pour les motifs que voici :

Quand, en 1858, j'ai publié mes observations sur *l'héméralopie épidémique et le traitement de cette affection par un court séjour dans l'obscurité,* aussitôt un agrégé du Val-de-Grâce annonça qu'ayant répété mes expériences il échoua, et expliqua mes succès en disant que je m'étais laissé mystifier par mes malades. Là-dessus s'ensuivit une polémique dans laquelle mon contradicteur persista dans ses dires. Il y a plus.

Tout récemment, en 1870, un répétiteur de l'École de Strasbourg, reprenant la question, est venu déclarer, dans la *Gazette hebdomadaire,* qu'ayant répété les essais il a bien constaté qu'en sortant, la nuit venue, des cabinets ténébreux, les sujets voyaient bien dans la cour de l'hôpital, mais qu'à peine revenus dans leurs salles ils redevenaient aveugles.

Dans cet état de choses, j'ai eu l'idée de m'adresser à la marine, pour laquelle l'héméralopie épidémique est une affection fort sérieuse, la cécité nocturne épidémique à bord pouvant compromettre l'équipage, et voici ce que m'a répondu l'honorable M. Roux, président du conseil de santé du port de Toulon :

« Toulon, le 15 juin 1870.

« Par votre lettre du 7 de ce mois, vous exprimez le désir de connaître l'appréciation des médecins de la marine sur le traitement de l'héméralopie épidémique par l'obscurité ; voici les idées admises par mes collègues du port, qui connaissent d'ailleurs vos importants travaux.

« 1° L'héméralopie reconnaît pour cause une surexcitation produite par l'intensité de la lumière solaire : dans ce cas, le traitement par l'obscurité est une excellente méthode.

« 2° L'héméralopie est produite par de l'anémie, suite, par exemple, du scorbut régnant à bord d'un navire ; ici le traitement par l'obscurité *ne suffit pas* ; des moyens empruntés à la matière médicale doivent lui être *associés* pour arriver à la guérison (1).

« Veuillez agréer....

« *Signé :* Roux. »

En présence de ces assertions tout à fait contradictoires ici dans la marine, là dans les écoles de médecine militaires, vos lecteurs apprécieront et ne seront pas étonnés de voir la même opposition se produire relativement à la poudre de camphre dans la pourriture d'hôpital. (Voir, dans un prochain numéro, un article sur cette nouvelle opposition.)

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments dévoués.

A. Netter,
Médecin principal, en instance de retraite.

Paris, le 21 décembre 1871.

La lettre que nous venons de publier nous inspire la réflexion suivante :

De nombreuses observations favorables au traitement de la pourriture d'hôpital par la poudre de camphre ayant été publiées avec tous leurs détails, comment se fait-il que les observations négatives dont il serait question, ne sont pas également publiées à l'heure qu'il est?

Nous sommes prêts à les accueillir. E. L.

(1) Cette adjonction est d'autant plus nécessaire, que l'héméralopie épidémique offre à l'ophthalmoscope un *œdème* péripapillaire, et naturellement, avec le scorbut coexistant, la suffusion séreuse doit moins facilement disparaître.

A. Netter.

VARIÉTÉS

Jacques de Béthencourt. — Origine de la syphilis.

A M. Fournier, *professeur agrégé de la Faculté de Paris.*

Votre petit livre est charmant, oui charmant, nonobstant la laideur du sujet : *Nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation,* avec un *dialogue entre le gaïac et le mercure,* exposant leurs vertus et leurs prétentions rivales. Vous trouvez burlesques ces titres et les idées qu'ils représentent. Et pourquoi donc? Si aujourd'hui on pouvait abolir tout à coup l'immorale et sacrilége prostitution publique et clandestine; si les relations sexuelles n'avaient plus lieu que dans le mariage, selon la loi naturelle, avec le souci des enfants à élever et aussi les joies du foyer domestique, est-ce que la syphilis ne disparaîtrait pas, s'affaiblissant graduellement dans les familles infectées, les autres se maintenant saines? Donc la syphilis, liée aujourd'hui si intimement à la prostitution, détériorant les organismes soit par elle-même, soit par les remèdes qu'elle nécessite, la syphilis est véritablement un châtiment, une expiation, une pénitence pour violation des lois religieuses et morales, une peine naturelle aussi pour l'infraction aux lois naturelles, le purgatoire ici bas.

Quant au dialogue entre le gaïac et le mercure, mais c'est charmant. Ah ! si de nos jours toutes les questions médicales se traitaient de cette façon, comme on s'abonnerait à nos journaux et comme on courrait à l'Académie de médecine ! Voyez-vous ici, dans la pneumonie, la Lancette et l'Émétique se disputant la prééminence, et l'impassible Expectation ricanant à côté; là, dans l'infection purulente, l'État général réclamant le pas sur l'État local, avec tous les intermèdes qu'on sait; plus loin, dans la pourriture d'hôpital, le Camphre assommant tous les autres remèdes ; et ailleurs encore, sur un autre théâtre, à propos de la méthode expérimentale, l'Idée elle-même aux prises avec les Expériences, celles-ci s'insurgeant contre celle-là, les Expériences ne voulant plus de leur rôle effacé de *simple procédé de vérification,* tandis que l'Idée maintiendrait ses droits traditionnels de directrice ; mais ce serait charmant, et décidément je suis pour Guignol.

Arrivons au point capital de votre livre et je veux vous prouver, Béthencourt en main, qu'au quinzième siècle la syphilis était déjà une maladie très-ancienne, remontant non pas à trente ans, mais à des siècles en arrière, ayant existé même dans l'antiquité, nonobstant le silence d'Hippocrate et de Galien, étant née avec la prostitution comme aujourd'hui elle mourrait avec l'anéantissement de la prostitution.

Que nos lecteurs se rassurent ; je ne veux pas les ennuyer avec un exposé didactique, mais défendre ma thèse à la manière même de Béthencourt, en dialogue, avec introduction de personnages. Arrivez, diathèses, toutes, la Saturnine, la Paludéenne, la Scorbutique, la Scrofuleuse, et racontez-nous votre naissance et vos progrès. A vous d'abord, diathèse Saturnine. Quand êtes-vous née?

Diathèse Saturnine. Je suis née il y a une trentaine d'années, aussitôt baptisée sous le nom d'Intoxication.

— Vous mentez, et vous existez depuis que les ouvriers manient le plomb; vous êtes la fille du plomb.

Diathèse saturnine. — Puisque je suis démasquée, je veux vous dire la vérité, toute la vérité. Nous autres, Diathèses, nous avons pour mission de ravager les organismes à la sourdine, nous y établissant lentement, peu à peu, et nous ne frappons nos coups qu'une fois bien enracinées. Alors, pour tromper les médecins qui sont nos

ennemis, nous apparaissons d'ordinaire sous une forme déterminée et bien apparente, mais en réalité et à côté nous prenons toute sorte de masques, de manière à être méconnaissables. Cela dure ainsi longtemps jusqu'à ce que le Génie (on appelle ainsi notre plus grand ennemi) nous devine sous nos transformations diverses et dès lors notre rôle cesse ou se trouve bien amoindri. Moi, je m'introduis d'ordinaire par les gencives, en molécules presque invisibles, tous les jours un peu davantage, et, lorsque je me sens assez solidement établie, arrive un mardi, lendemain du joyeux lundi, et j'entre à la Charité, sous ma forme ordinaire de colique de plomb, faisant grand fracas, torturant les intestins, rétractant la paroi abdominale, me livrant aux plus violentes contorsions et poussant des cris aigus. Pendant bien longtemps, j'ai ainsi détourné les regards des médecins de mes autres masques, encéphalopathie, paralysie et sous ces travestissements je me dissimulais au milieu des apoplexies et des méningites. Est survenu le Génie qui m'a démasquée et maintenant, dans les ateliers, on prend contre moi toute sorte de précautions.

— Ainsi, vous n'êtes connue que depuis une trentaine d'années, et, nonobstant notre longue ignorance sur ce qui vous concerne, vous remontiez à des siècles en arrière ! C'est bien, retirez-vous. Approchez, Diathèse paludéenne. Vous habitez de préférence les marais; êtes-vous un miasme, ou bien est-ce par l'humidité variable du matin au soir et du soir au matin que vous troublez notre température fixe de 37° ?

Diathèse paludéenne. Ceci est mon secret et je ne répondrai que comme Diathèse.

— Parlez-donc en tant que Diathèse et racontez-nous votre histoire, mais sans détours et que nous n'ayions pas à vous reprendre.

Diathèse paludéenne.— Je m'introduis dans les organismes lentement, peu à peu, me maintenant longtemps à l'état latent. Un beau jour, j'éclate tout à coup, faisant grand tapage avec mes frissons, mes claquements de dents, ma chaleur brûlante, mes sueurs ruisselantes, et, pour mieux encore absorber l'attention des médecins, je reviens, exprès cela, à jours et à heures fixes; aussi m'appellent-ils *périodiques*. Mais, pendant ce temps, et à côté, je prends, moi aussi, toute sortes d'autres masques, me mêlant à toutes les autres maladies et jouant le rôle de Protée dans la pathologie entière. Malheureusement, je ne puis prendre complétement mes ébats en toutes les contrées, et seuls les pays chauds se prêtent à l'ensemble de mes mascarades, tandis que, sous les climats froids et tempérés, je suis réduite aux formes de la périodicité.

— Nous savons tout cela. Depuis quand êtes-vous née?

— J'xiste depuis qu'il y a des marais et déjà Hippocrate me connaissait bien.

— Pourquoi Galien, qui pratiquait dans les pays chauds, vous a-t-il perdue de vue?

— C'est qu'il regardait toutes choses avec les lunettes d'Aristote.

— Qu'est-ce qu'Aristote.

— C'était l'Université de l'époque.

— Chut, chut, et point de digression Depuis Galien, qui est-ce qui vous a de nouveau retrouvée?

— Oh, bien des médecins, Torti, notamment, qui a désigné toutes mes formes fébriles sous le nom de fièvres *proportionnées* (*pro portione*), c'est-à-dire fièvres composées de deux portions, une portion de diathèse et une portion intercurrente, pneumonie, entérite... les deux portions se combinant en quantités variables, et de là un carnaval symptomatologique à dérouter tous les nosologistes.

— Comment se fait-il que nos médecins militaires, arrivant en Algérie, vous aient encore méconnue si longtemps? — C'est qu'ils avaient fait leurs études en France, où je n'apparais que sous mes formes périodiques.

— C'est bien et cela suffit. De vos réponses comme de celles de votre rivale, la Diathèse saturnine, il résulte l'enseignement que voici. Dans l'histoire de la médecine, quand une diathèse se trouve enfin reconnue sous ses masques divers, c'est que des siècles ont dû s'écouler pour que l'intelligence humaine ait pu arriver à ce progrès de connaissance; et partant, si, dans le quinzième siècle de notre ère, Béthencort a si bien connu la diathèse syphilitique, c'est que celle-ci, loin de dater de trente ans seulement, a dû remonter à des siècles en arrière. Mais n'anticipons pas sur les conclusions et interrogeons encore d'autres diathèses. Avancez, Diathèse scorbutique. (*A suivre.*)

CONCOURS DE L'INTERNAT (1871)

INTERNES.

1. Longuet — Raymond — Chenieux — Reclus — Cauchois — Filhol — Petit (Charles) — Picard — Faure — Hanot.
11. Marcano — Hybre — Dupuis — Pierret-Landouzy — Ory — Pinard — Cadiat — Barbier — Zimbicky.
21. Boechat — Denis — Muzelier — Patureau — Fioupe — Dulac — Clermont — Rabourdin — Andral — Remy.
31. Viguier — Deffaux — Demange — Martin — Menu — Cartaz — Paulier — Planteau — Voisin — Rey.
41. Stoïcesko — Hirme — Henriet — Dupuy — Girard — Lemaistre — Luneau — Budin — Duret — Lucas-Championnière — Goudray de Lauréal — Gonthier.

INTERNES PROVISOIRES.

1. Petit (Louis) — Deroye — Dransant — Manhan — Petrini — Blain — Oyon — Angelot — Porack — Garnier.
11. Carpentier — Méricourt — Magne — Robin — Guyard — Penroy — Gorecki — Jozenard — Henzel — Schwartz — Bougon.
21. Capon — Seuvre — Babaut — Gruget — Ronsin — Tranchant — Mouton — Callondreau — Jougla — Pingueber.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 décembre 1871, ont été nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur,

Au grade de chevalier : MM. Riembaut, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne (Loire). Services rendus dans les ambulances, à l'armée de la Loire et à l'armée de l'Est. — Nottin, médecin à Paris. Services rendus dans les ambulances, à l'armée de Metz. — Campardon fils, ex-aide major au 54e bataillon de la garde nationale de la Seine.

— *Société des médecins de l'état-civil*. — La Société des médecins de l'état-civil, instituée en vue d'élucider les questions de statistique, de médecine publique, de médecine légale et d'hygiène, afférentes aux naissances et aux décès, a mis à l'ordre du jour de ses travaux l'étude des sujets suivants :

1° La proportion des enfants morts-nés est-elle plus grande dans les premières grossesses que dans les grossesses subséquentes?

2° La mortalité, pendant la première année de la vie, est-elle plus grande chez les enfants nés d'une première grossesse que chez les enfants issus des grossesses subséquentes ?

3° Déterminer les causes de mort dans l'un et l'autre cas.

4° A quelle époque de la grossesse les fausses couches sont-elles le plus fréquentes?

5° Quelle est la période de jours où surviennent le plus de naissances et celle où se produisent le plus de décès?

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur He..., à Mortagne (Nord). — Le prix de l'ouvrage du docteur Carnet est de 5 francs.

M. le docteur P. Poz..., à Voghera. — Le prix des numéros (port compris) est de 1 fr. 20.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7 0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.0-0	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens, en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux.....................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Vin ferrugineux à la rhubarbe de Chine

De Ad. Carpentier, pharmacien à Paris

Toutes les préparations ferrugineuses amènent plus ou moins de la constipation, et c'est pourquoi on ne peut en continuer longtemps l'usage. Le VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE DE CHINE ne présente pas et ne peut présenter ces inconvénients. Il est agréable au goût, et convient dans tous les cas où le fer est indiqué. 61, boulevard Malesherbes. Paris, et dans toutes les pharmacies

Sirop minéral sulfureux de Crosnier.

Ce sirop, résultat de la combinaison intime de goudron de Norwége et du monosulfure de sodium inaltérable, est, en raison de sa puissance modificatrice des muqueuses, prescrit avec succès dans les *bronchites aiguës et chroniques* et dans la *tuberculose* quand l'expectoration est très-abondante. Il remplace avec avantage, sans en présenter les inconvénients, l'huile de foie de morue et les Eaux-Bonnes naturelles. Il est journellement ordonné pour combattre les *maladies* de peau.

Pharm. CROSNIER, 7, r. des Filles-St-Thomas.

Viande crue et alcool. Élixir alimentaire DUCRO.

Employé avec succès dans le traitement des maladies consomptives, phthisie, diabète, cachexie, palustre.

Par la réunion de l'alcool et de la viande crue, cet élixir constitue un des plus puissants analeptiques connus, très-utile dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Aucun autre produit ne peut lui être comparé pour les propriétés stimulantes et réparatrices.

Prix : 3 fr. 50, à la pharmacie, 82, rue Rambuteau. Maison de gros, 8, rue Neuve-Saint-Augustin, Paris.

Papier Wlinsi. — Papier chimique

perfectionné ; puissant dérivatif ; emploi facile. Son effet, prompt et sûr, peut être prolongé suivant le désir du médecin. Remplace les emplâtres de poix de Bourgogne, stibiés et autres analogues. — Boîte de 10 feuilles : 1 fr. 50 c. — Chez tous les pharmaciens

Établissement thermal du Mont-Dore

Ouverture de la saison des bains, du 1er juin au 15 septembre. — E. BROSSON, concessionnaire.

Les EAUX MINÉRALES DU MONT-DORE, exportées, se conservent longtemps sans éprouver aucune décomposition qui en altère les propriétés médicamenteuses ; de sorte que, transportées, elles rendent de très-grands services ; elles sont employées avec succès contre le Rhume, le Catarrhe pulmonaire chronique, l'Asthme, l'Emphysème pulmonaire, la Pleurésie chronique sans fièvre, la Phthisie pulmonaire commençante, la Pharyngite et la Laryngite chroniques avec altération ou perte de la voix. — S'adresser, pour les demandes d'Eau, dans toutes les pharmacies et dépôts d'eaux minérales, ou à M. E. BROSSON, concessionnaire, au Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

Dragées Chantrel au bromure de potassium,

chimiquement pur (*sans trace d'iode*).

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Epilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

Névralgies

calmées à l'instant même par les pilules antinévralgiques du docteur CRONIER. — Dépôt, M. LEVASSEUR, pharmacien, rue de la Monnaie, n° 19, Paris. — 3 fr. la boîte.

Apiol des docteurs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition universelle de Londres 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très-infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs JORET et HOMOLLE, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur*, ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau...* Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets JORET et PUJOL. *Dépôt général*, pharm. BRIANT, 150, r. de Rivoli.

Pharmacie L. FOUCHER, à Orléans.

Dragées de bromure de potassium

(*exempt d'iodure*). Ces dragées sont agréables au goût, d'une parfaite conservation, d'un transport facile et d'un dosage très-exact (5 dragées pour 1 gramme de sel).

Le bromure employé à la confection de ces dragées étant toujours exempt d'iodure, elles peuvent être données sans aucune crainte dans tous les cas où l'usage du bromure est indiqué, et surtout pour combattre l'épilepsie, la danse de St Guy, l'hystérie, les névroses de toutes sortes, etc., 3 fr. le flac. de 100 drag.

NOTA.—Un dépôt centr. des produits L. FOUCHER est établi, *pour le gros seulement*, r. Rambuteau, 50.

Huile de foies frais de morue de Hogg.

Fabrique à Terre-Neuve

(Extrait du rapport de M. **Lesueur**, chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Paris :)

« L'huile incolore de HOGG contient presque le « double de PRINCIPES ACTIFS de plus que les « huiles de foie de morue foncées et n'a aucun « des inconvénients d'odeur et de saveur. »

Cette huile ne se vend qu'en *flacons triangulaires*, à Paris, chez **HOGG**, *pharmacien*, 2, *rue Castiglione*, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le Sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode des bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la

Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FEHLING (de Stutgard), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault;

seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

Pilules de Hogg.

— 1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée.* Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène.* En vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable.* En vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux.**

Prix : la boîte de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

N° 2. 45e ANNÉE SAMEDI 6 JANVIER 1872.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . 16 —
Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. Revue clinique hebdomadaire. Étude clinique sur les blessures des nerfs par les armes à feu. — Recherches sur la physiologie du cervelet (M. Weir Mitchell). — Société de chirurgie. — Variétés. — Nouvelles — Bibliographies.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Étude clinique sur les blessures des nerfs par les armes à feu.

Le service des ambulances durant les deux périodes néfastes de la guerre et de la Commune a été une source féconde d'observations et d'études que nous devons nous efforcer de ne point laisser perdre. M. le docteur Em. Larue, qui a été attaché au titre d'aide-major aux ambulances de la Presse pendant toute la durée de ces deux périodes, vient d'exposer, dans un travail d'un très-grand intérêt, les résultats de tous les faits qu'il a pu recueillir sur les blessures des nerfs. Ces faits, au nombre de 24, présentent à peu près toutes les variétés et tous les degrés de lésions traumatiques des nerfs, depuis la simple contusion jusqu'à la destruction complète et dans une étendue plus ou moins considérable des plus grosses branches nerveuses. La physiologie, l'anatomie pathologique, la pathologie et la chirurgie pratique ont également à gagner à l'analyse de ces faits.

Nous allons essayer d'en exposer quelques points principaux et d'indiquer tous ceux que l'on pourra plus utilement consulter dans le travail même de notre jeune confrère.

Lésions anatomiques des nerfs. — Contusion.— Section.

Deux cas de contusion de nerfs, ayant entraîné, l'un l'amputation du membre blessé, l'autre la mort, ont permis d'étudier les lésions qui étaient résultées de cet ordre de traumatisme.

Dans le premier, il s'agit d'une contusion du nerf cubital par une balle entrée à la partie externe de l'avant-bras droit, près du pli du coude et sortie transversalement à la partie interne, en brisant les os jusque dans l'articulation. La sensibilité et la contractilité étaient complétement abolies dans le petit doigt et en grande partie dans l'annulaire. On dut pratiquer la résection du coude et plus tard la désarticulation de l'épaule. M. Larue put examiner alors l'état des parties.

Il existait une contusion du nerf cubital, dans la longueur de 4 centimètres, sans solution de continuité. La pièce fut examinée par M. le professeur Robin, qui constata ce qui suit :

Extrémité périphérique du nerf. — Le névrilème n'avait rien de particulier. Le périnèvre était intact, facile à isoler des tubes qu'il enveloppe. Ces tubes étaient, pour les neuf dixièmes environ, le siége d'une résorption de leur contenu ou myéline. Dans un quart environ, le contenu avait complétement disparu et le tube n'était plus représenté que par sa gaîne propre, avec quelques fines granulations au centre desquelles on pouvait, sur un petit nombre seulement, distinguer le *cylinder axis.* Dans les autres trois quarts des tubes, la myéline était à l'état de gouttelettes et de granulations. Elle présentait, en d'autres termes, dans ses éléments nerveux, l'état de transformation granulo-graisseuse. Par cet aspect, ces tubes se distinguaient nettement de ceux dans lesquels la myéline est intacte.

Extrémité centrale. — Les tubes présentant le passage à l'état granuleux de la myéline étaient beaucoup moins nombreux (environ les deux tiers). Un petit nombre seulement d'entre eux offraient l'état de résorption complète de cette substance. Quant aux autres tubes, ils avaient l'aspect normal.

Dans aucun point il n'a été possible de constater la présence de tubes en voie de développement régénérateur.

Comme on le voit, dans ce cas les fonctions du nerf étaient abolies par suite de la désagrégation des cellules nerveuses, pendant que les gaînes et l'enveloppe du nerf avaient résisté au choc.

Dans le deuxième fait de contusion, il s'agit d'un homme atteint par une balle à la partie antérieure du genou, entre la rotule et le condyle interne du fémur droit, laquelle sortit au côté externe du creux poplité. Il survint une paralysie immédiate du pied et de la jambe; l'extension et la flexion étaient également impossibles. La sensibilité était conservée à la partie antérieure de la jambe et à la partie postérieure jusqu'au tendon d'Achille. Le troisième jour, la jambe et le pied commencèrent à se sphacéler. On pratiqua l'amputation de la cuisse. Le blessé ayant succombé, voici ce qui fut constaté :

Le nerf grand sciatique avait été frôlé à sa bifurcation au creux poplité. La veine poplitée était déchirée.

L'examen microscopique fait par M. Robin fit reconnaître que les tubes nerveux étaient presque tous à l'état normal, et que les capillaires du névrilème étaient congestionnés et contenaient des caillots.

Voici deux observations de section des nerfs, l'une complète, l'autre incomplète, qui n'ont pas donné lieu à l'examen anatomique, mais dans lesquelles les symptômes sont tellement nets et précis, que le fait de la solution de continuité, complète dans un cas, incomplète dans l'autre, ne saurait guère être mis en doute :

Un jeune mobile de Paris reçut une énorme balle de rempart,

en acier, de forme oblongue, dans l'espace interosseux de l'avant-bras, à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, qui ressortit transversalement en brisant les deux os de l'avant-bras. Cette balle, avant d'atteindre l'avant-bras, avait fait un large séton à l'abdomen. Les deux faces antérieure et postérieure de l'avant-bras étaient sensibles. La partie palmaire du pouce et l'éminence thénar étaient insensibles, ainsi que l'index et toute la paume de la main, excepté l'éminence hypothénar. Le médius était insensible dans la face dorsale des deux dernières phalanges, insensible dans la partie antérieure, insensible à son côté externe, sensible à son côté interne. L'abduction du pouce était impossible; ses phalanges étaient immobiles comme celles des autres doigts, sauf à l'articulation métacarpo-phalangienne. Les deux derniers doigts remuaient mieux et se fermaient un peu. L'index était le plus paralysé. Tous les mouvements du poignet se faisaient assez bien.

Le 12 février, trois mois après, les plaies étaient cicatrisées et la fracture consolidée. La paralysie des fléchisseurs de la main persistait au même degré; le pouce et l'index, surtout, n'avaient aucune force.

Huit mois plus tard, en octobre 1871, le blessé ne pouvait pas encore se servir de sa main.

Un militaire blessé à Buzenval le 19 janvier par une balle entrée à la partie inférieure et interne de la cuisse droite et sortie après un trajet transversal en arrière de l'os, à la partie externe de la cuisse, fut pris de paralysie immédiate de tout le membre inférieur, avec conservation de la sensibilité. Au bout de deux mois, léger mouvement des orteils. En juin (six mois après environ), les plaies étaient fermées. Atrophie des jumeaux; adduction du pied, tombant en avant et en dedans sans pouvoir se relever. Immobilité des muscles péroniers. Quelques fibres du jumeau interne seulement se contractent encore. Le pied est œdématié et plus froid que l'autre. Tout porte à croire qu'il y a eu section du nerf sciatique, mais incomplète, en raison de la persistance de la sensibilité et de quelques mouvements partiels, isolés, prouvant la communication de quelques tubes du sciatique avec les centres nerveux.

Passons à la symptomatologie, qui est un des points le plus importants de cette étude.

Symptômes des lésions traumatiques des nerfs.
Douleurs. — Paralysie. — Atrophie.

De l'ensemble des faits de blessures des nerfs réunis dans cette partie du travail, il ressort qu'on peut reconnaître qu'une plaie d'arme à feu est compliquée de plaie de nerf : 1° à des douleurs violentes, que la plaie seule ne pourrait produire ; 2° à l'insensibilité ; 3° à la paralysie ; 4° à des troubles nutritifs.

Un des effets remarquables des blessures des nerfs, suivant M. Larue, est l'indépendance des signes qui les accompagnent et peuvent les faire reconnaître. Ainsi, dans certains cas, la douleur est le seul trouble qui les accuse ; dans d'autres c'est l'insensibilité avec ou sans paralysie ; d'autres fois la paralysie sans insensibilité. Enfin M. Larue a vu des troubles de la nutrition persister alors que le mouvement et la sensibilité, momentanément anéantis, étaient revenus. Cela, pour le dire en passant, vient à l'appui du principe de l'indépendance des fibres nerveuses, chaque cordon nerveux représentant non-seulement un organe distinct, mais autant d'organes différents qu'il renferme de fibres primitives.

Outre la douleur qui suit toute blessure, la lésion des nerfs donne lieu à une douleur en quelque sorte spéciale, immédiate, aiguë, brûlante, lorsque le nerf est incomplétement coupé ou dilacéré. Parfois elle apparaît tardivement, après un ou deux septénaires; elle est due, dans ce cas, à une névrite; elle est lancinante et s'irradie au loin. M. Larue en cite plusieurs exemples, ainsi que des exemples de douleurs dues à une compression par le tissu cicatriciel et de celle qui est causée par l'étranglement si fréquent à la suite des blessures par armes à feu.

Les troubles de la sensibilité consistent dans l'anesthésie ou l'hyperesthésie. M. Larue rapporte comme exemple de troubles de la sensibilité plusieurs cas très-intéressants, entre autres un cas de blessure du nerf médian, suivie d'une altération de la sensibilité, hyperesthésie qui a constitué une véritable maladie de l'organe du tact; un cas de section (probable, non rigoureusement démontrée) du nerf optique; un cas de lésion du pneumogastrique et du sympathique, suivi d'anesthésie et de paralysie fort étendues, dyspnée, anurie, et terminé par la mort.

La paralysie, résultat le plus fréquent et le plus grave à la fois des plaies des nerfs, s'est montrée en général d'emblée ; elle n'est survenue par degrés successifs que dans les cas de névrite, de phlegmon consécutif ou de compression par des brides cicatricielles. Pour les membres, les extenseurs ont été plus souvent frappés d'immobilité ou de faiblesse que les fléchisseurs.

La paralysie a fourni à M. Larue l'occasion, dans un cas de lésion des fibres motrices du tronc du nerf radial, de faire une étude analytique des mouvements de la main et des doigts.

Les troubles de la nutrition qui ont succédé au traumatisme des nerfs ont été : l'atrophie, l'abaissement de température, la perturbation des sécrétions. L'atrophie paraît avoir été le résultat, soit de l'immobilité qu'entraîne la paralysie, soit de la lésion directe des nerfs trophiques. L'atrophie par immobilisation ou par compression n'a été généralement qu'un simple amaigrissement, tandis que l'atrophie par suspension nerveuse a amené une modification profonde de la structure de la fibre musculaire, portée jusqu'à la dégénérescence graisseuse.

Dans un cas de blessure des sciatiques poplité, interne et externe, par un éclat d'obus, il y a eu à noter une douleur fixe du talon, tandis que la plaie elle-même n'était pas douloureuse, l'abaissement de température du pied coïncidant avec une augmentation de sueur partielle du pied, preuve de la lésion des nerfs de la vie organique.

Dans un autre cas, communiqué par M. Nicaise, le projectile (une balle) ayant intéressé les apophyses transverses des vertèbres cervicales et lésé les branches nerveuses d'origine du plexus brachial, il y a eu atrophie musculaire sans paralysie, preuve de l'existence de nerfs trophiques indépendants des nerfs moteurs.

Dégénérescence et régénération des nerfs.

Les faits recueillis par M. Larue lui ont fourni l'occasion de faire une étude d'un point de physiologie pathologique très-intéressant : celui de la dégénérescence et de la régénération des nerfs à la suite des plaies qui les intéressent. Il peut arriver de trois choses l'une :

1° Le nerf sectionné peut se réunir ou se cicatriser par l'intermédiaire d'un tissu inodulaire semblable à celui qui se produit dans les autres organes ;

2° Le nerf peut se régénérer, c'est-à-dire qu'il se forme une nouvelle matière nerveuse ou de nouveaux tubes nerveux dans la cicatrice, à travers laquelle ils plongent ;

3° Il se fait une réparation, c'est-à-dire un rétablissement des propriétés physiologiques du nerf, qui avaient été plus ou moins complétement abolies.

Dans la contusion du nerf, la réparation peut se faire sans passer par la cicatrisation et la régénération. Elle est très-tardive après la section et encore plus après la section contuse. Dans un grand nombre de cas, elle ne se produit même pas.

Deux observations de contusion, l'une du nerf cubital, l'autre de plusieurs branches du plexus cervical et brachial, suivies toutes deux de guérison, montrent qu'à moins d'une désorganisation complète du nerf, circonstance rare à cause de la solidité du névrilème, le pronostic de la contusion des nerfs est généralement favorable, la myéline et le cylinder axis se restaurant intégralement alors même qu'ils ont été momentanément désagrégés, à la condition que les gaînes enveloppantes aient résisté.

Dans quelques circonstances M. Larue a vu, à la suite d'une section complète sans réunion ultérieure des deux bouts du nerf, un rétablissement partiel, mais toujours très-limité, de mouvements. Dans l'un de ces cas, par exemple à la suite d'une section du nerf sciatique par une balle, il était survenu subitement une paralysie complète du pied, avec atrophie, anesthésie et absence de contractions par la faradisation. Cependant un léger mouvement reparut à la longue, non dans les orteils, comme c'est un cas plus fréquent, mais dans le pied lui-même, qui put dès lors se fléchir légèrement. M. Larue pense — et nous sommes volontiers de son avis — qu'on ne peut expliquer ce retour d'un mouvement partiel que par la réunion des tubes nerveux animant le jumeau interne, avec une portion du sciatique ou tout autre nerf transmettant l'influx. Les anatomo-pathologistes et les chirurgiens, M. Richet entre autres, rapportent plusieurs exemples de ce genre.

Dans un cas de section du nerf médian, faite par un corps tranchant, un éclat de verre, la section ayant été nette, fut suivie immédiatement de paralysie de l'index, du médius et du pouce, et d'une insensibilité complète de la face palmaire de la main, du pouce et des deux premiers doigts, et consécutivement d'un certain degré d'atrophie des muscles, avec altération atrophique de la peau de ces trois doigts. Dans l'espace d'un peu plus d'un an (de juin 1870 en juillet 1871), tous les mouvements sans exception étaient revenus dans la main, l'atrophie avait beaucoup diminué, les parties atrophiées (l'éminence Thénar particulièrement) avaient repris les trois quarts de leur volume. La sensibilité restait un peu obtuse dans la face palmaire de la moitié externe de la main.

Dans un autre cas, un militaire reçoit une balle dans la cuisse gauche, vers le milieu de la partie antérieure. La balle avait dû être divisée sur le fémur; il y avait deux trous de sortie. Il se produit aussitôt une paralysie du pied. Cette paralysie est restée stationnaire après la guérison des plaies. Il y a eu dans cet intervalle de très-vives douleurs et de l'hyperesthésie intense loin de la blessure, accusant l'existence très-probable d'une névrite de la portion sensitive du sciatique, dont la portion motrice a dû être complétement divisée par l'un des éclats du projectile.

Traitement des plaies des nerfs.

Les principales indications pratiques qui ressortent des faits exposés dans le travail de M. Larue sont les suivantes : éviter et prévenir les effets de la compression par tous les moyens possibles, débridements des aponévroses, évacuation des collections liquides, extraction des corps étrangers, etc. Le pansement par occlusion, utile à d'autres égards, aurait ici l'inconvénient de retenir les liquides dans la cavité traumatique. Il faudrait excepter, bien entendu, de cette exclusion le pansement par occlusion avec aspiration pneumatique, dont l'auteur ne parle pas.

Assurer l'immobilité, qui est une condition importante de la réunion rapide des nerfs.

Ménager les explorations; éviter l'extension forcée, nécessitée cependan par fois, d'autre part, dans les complications de blessures des nerfs avec fractures.

Éviter les injections irritantes.

Ne recourir à l'électricité pour combattre la paralysie et l'anesthésie qu'avec une extrême réserve et précaution, et très-tardivement, c'est-à-dire après le laps de temps présumé nécessaire pour le travail de cicatrisation ou de réorganisation des nerfs. Employer les courants continus de préférence aux courants intermittents.

RECHERCHES SUR LA PHYSIOLOGIE DU CERVELET (1)

Par le Dr Weir Mitchell

Compte rendu par M. H. Gafé, interne des hôpitaux de Nantes.

Au printemps de 1867, il découvrit que, lorsque la colonne vertébrale est gelée en quelque point au-dessus des vertèbres dorsales, il s'ensuit des résultats curieux.

« Les expériences, dit-il, varient beaucoup ; mais, dans un grand nombre... tout me représenta à l'esprit les lésions du cervelet que j'ai vues si souvent suivies de phénomènes semblables... J'ai également remarqué que la congélation du cervelet donne précisément les mêmes résultats. Ensuite je découvris que l'irritation directe du cordon cervico-spinal par des irritants occasionne des mouvements en arrière, et que l'influence des irritants dure plus que celle du froid. »

Tous ces phénomènes, il les rapporte à l'irritation, à la congestion que le froid produit secondairement :

« Que le froid soit appliqué là (cervelet) ou à la colonne vertébrale, les phénomènes du mouvement tardent souvent à apparaître une minute ou plus, mais ils vont ensuite en augmentant d'intensité pendant quelque temps. — L'été suivant, je fis une très-curieuse découverte : si l'on applique subitement le froid en des points déterminés de la peau d'un pigeon, on a précisément les mêmes mouvements à reculons que lorsque l'on congèle les régions de la moelle qui leur correspondent.

« Quand je congelais le côté gauche ou le côté droit du jabot, le pigeon marchait du côté opposé à celui qui était congelé. Il y avait donc là ressemblance frappante avec les résultats des lésions du cervelet. »

Enfin, au 1er juillet 1868, l'auteur découvrit, à sa grande surprise, que ses pigeons, après avoir perdu une partie ou la totalité du cervelet et s'être guéris, étaient encore capables de produire dans la perfection des mouvements à reculons, des convulsions en arrière et la marche de côté. Dès lors il ne pouvait plus rapporter au cervelet ces espèces de spasmes de la coordination, toutes les apparences d'équilibre, les convulsions, etc. L'auteur admit donc que les lésions du cervelet ne produisent point le défaut de coordination, lequel est dû à des affections mécaniques et intercurrentes des parties voisines :

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

« Chez les oiseaux, les lésions et la congestion de la moelle occasionnent d'abord un semblant d'incoordination ou tout au moins des phénomènes semblables à ceux qui résultent de lésions pareilles du cervelet. Lorsque le cervelet a été enlevé, l'irritation de la moelle continue encore à développer les mêmes symptômes que quand le cervelet est intact. Ces faits prouvent que ces deux organes, chez les oiseaux au moins, ont une curieuse communauté de symptômes pathologiques et probablement de fonctions physiologiques. »

L'auteur ajoute : « Supposons que le cervelet est une grosse masse ganglionnaire qui a les mêmes facultés motrices que la substance grise de la moelle et se rattache comme elle et par elle aux muscles qui obéissent à la volonté : les irritations de son tissu, l'ablation, ou ce qui équivaut momentanément à une irritation étendue, les congestions provenant de l'application du froid ou d'autres causes, peuvent produire directement, par la moelle, ou indirectement, par réaction, sur son tissu, justement la confusion dans les mouvements, l'agitation et les désordres de la locomotion que nous voyons actuellement. Si un organe est perdu et qu'aucune fonction finalement ne disparaisse, ou bien cet organe n'en possède point, ou bien il en possède une en commun avec quelque autre partie qui reste intacte et capable de suppléer seule le jeu des tissus détruits. Pour ces motifs, je suis disposé à refuser au cervelet une plus large part dans la coordination que celle qui appartient à tout ganglion servant au mouvement volontaire et à lui assigner une puissance qui le rattache étroitement au cordon nerveux de la moelle. Le cervelet devient donc pour moi un organe puissant de renforcement capable de servir plus ou moins pour les mouvements musculaires soumis à la volonté... L'apparence d'incoordination qui se voit après les sections faites dans les couches les plus profondes du cervelet est simplement une confusion des mouvements due à l'action réunie de deux causes séparées et intercurrentes. Dans la santé, le cervelet est comme réveillé par la volonté, quand elle a besoin de lui, et agit, à travers la moelle, sur les muscles. Après l'irritation ou l'ablation (équivalents pour un temps à une irritation étendue), nous avons en jeu deux forces opposées : la première, ce sont les fibres afférentes du cervelet excitées et blessées, force inconstante, irrégulière, involontaire ; la seconde, c'est l'activité normale de la volonté qui, en présence de cette première force perturbatrice, s'efforce, mais en vain, de développer dans les muscles le mouvement ordinaire et régulier. Le résultat général, le physiologiste le voit dans l'étrange confusion de la motilité qui s'offre si souvent à ses yeux. »

Mais l'auteur ne prétend point affirmer par là que le cervelet n'a pas d'autres usages; il pose seulement cette conclusion-ci : que, chez les oiseaux, « la parenté des fonctions entre le cervelet et la moelle est nettement établie. » Ainsi chez les oiseaux, pour lui, le cervelet est un grand centre supplémentaire de puissance motrice que la volonté met habituellement en activité et qui coopère avec la substance nerveuse de la moelle. Mais ne peut-on pas généraliser cette théorie et l'appliquer anx mammifères? Il n'y a rien dans les expériences du cervelet des mammifères qui puisse l'infirmer.

« Les irritations du cervelet chez ces derniers animaux produisent exactement le même genre de troubles de la locomotion et d'irrégularités que chez les oiseaux. »

Quant aux symptômes consécutifs à l'ablation, ils sont moins concluants, car ils sont trop-passagers, l'animal survivant très-peu à l'opération. D'ailleurs il ajoute :

« Les expériences comparatives sur des animaux appartenant à des classes inférieures à celles des oiseaux me semblent prouver encore avec plus grande valeur l'idée que j'ai déjà démontrée que le cervelet est principalement un renflement moteur supplémentaire des cellules nerveuses de la moelle, comme elle obéissant à la volonté. »

Enfin l'auteur cherche, même dans l'étude clinique des affections du cervelet, les preuves qu'elles peuvent fournir à l'appui de sa théorie :

« Luys, dit-il, dans cent observations, a noté quarante-sept fois la faiblesse musculaire progressive; je suis moi-même arrivé à peu près au même résultat après avoir étudié d'autres cas que les siens, et je me crois autorisé à dire que, si la démonstration pathologique est peu concluante, il y a plus en faveur des idées que j'ai exposées qu'en faveur de toutes les théories qui ont précédé. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1871. — Présidence de M. Blot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — *Della preparazione del labyrinto osseo*, memoria di Luigi Porta. Broch. in-4°.

ÉLECTIONS (Suite).

Secrétaire annuel : 17 votants.

M. Després...........	14 voix.
M. Panas..................	1 —
M. Forget..................	1 —
Bulletin blanc...............	1 —

M. Després est nommé secrétaire annuel.

Vice-secrétaire annuel : 16 votants.

M. Tillaux..................	12 voix.
M. Horteloup.............	2 —
M. Labbé...................	1 —
Bulletin blanc..............	1 —

M. Tillaux est nommé vice-secrétaire.

M. Guéniot est renommé trésorier par acclamation.

M. Giraud-Teulon est renommé archiviste par acclamation.

Commission pour l'examen des titres des candidats à la place de membre titulaire. Sont élus : MM. Le Fort, Horteloup, Forget.

Commission pour l'examen des titres des candidats au titre de membre correspondant national. Sont élus : MM. Dolbeau, Després, Guyon et Duplay.

Commission pour l'examen des comptes de la Société. — Par voix de tirage au sort, sont désignés : MM. Dolbeau, Sée, Labbé, Horteloup et Blot.

COMMUNICATION

Cysticerque Ladrique (*Cysticercus cellulosæ Rudolphi*) **dans le corps vitré.** — M. GIRAUD-TEULON communique le fait suivant qu'il a observé avec M. Sichel fils.

L'intérêt qui se rattache à ce cas, c'est que c'est la première fois que cette opération est faite en France. Le cysticerque dans le corps vitré est, en effet, fort rare en France. M. Sichel et moi n'en avons eu connaissance ici que de trois cas : un appartenant à Follin

(1858, hôpital Necker); un appartenant à M. Trélat; un appartenant au Dr Meyer.

Le premier cas de cysticerque dans le corps vitré observé à l'ophthalmoscope appartient à de Graefe, qui l'observa en 1854 (*Arch. f. ophth.*, vol. I, 1re partie, page 457). Ce cas fut décrit la même année par Liebreich (*Arch. f. ophth.*, vol. I, 2e partie, p. 343).

Le premier cas d'extraction appartient également à de Graefe 1856 (*Arch. f. ophth.*, vol. III, 2e partie, p. 312).

Extraction faite à l'aide d'une pince capsulaire de Sichel père, à écartement limité, par une petite plaie scléroticale faite avec une large aiguille à cataracte.

2e cas d'extraction, 1857, de Graefe (*Arch. f. ophth.*, vol. IV, 2e partie, p. 171 et suiv.)

Extraction par la cornée, après iridectomie et extraction du cristallin préalables.

Guérison avec amélioration de la vue.

En 1863 (*Arch. f. ophth.*, vol. IX, 2e partie, p. 84), de Graefe donne le conseil d'extraire le cysticerque par une plaie scléroticale, faite dans la région de l'équateur.

C'est cette méthode qui a été suivie ici par M. Sichel fils.

L'opération a duré près de trois quarts d'heure. On put extraire l'entozoaire entier et vivant.

Guérison de la plaie par première intention.

Aujourd'hui, la malade est en bonne voie de guérison. Point de signes de phthisie du globe. Nombreux flocons opaques dans le corps vitré. On aperçoit en haut et en dehors le reflet rouge du fond de l'œil. Le décollement de la rétine qui existait tout d'abord s'est accru notablement.

La malade souffrait depuis le 22 avril dernier de douleurs intolérables.

Lorsqu'elle se présenta pour la première fois, on ne remarqua qu'un décollement rétinien en bas et en dedans, accompagné d'un notable trouble du corps vitré.

Dix jours après, violents symptômes d'irido-choroïdite : sous l'influence de l'atropine, la pupille se dilate et on voit flotter librement le cysticerque dans la cavité du corps vitré.

M. BOINET demande si le diagnostic a été fait avant l'opération et quel était le siége exact du cysticerque.

M. GIRAUD-TEULON. Le cysticerque s'était développé dans la rétine, et avait fini par pénétrer dans le corps vitré. A l'aide de l'examen ophthalmoscopique, on avait vu l'animal : il venait par instant flotter dans le champ pupillaire; la vision d'ailleurs était déjà perdue et l'opération avait été hâtée à cause des douleurs qu'éprouvait la malade. S'il y avait eu possibilité de rendre la vision, l'opération certes eût atteint le but; mais il y avait un vaste décollement de la rétine auquel il était impossible de remédier.

M. LE FORT communique l'observation suivante :

Blessure de l'artère humérale au pli du coude par une balle de pistolet. — Anévrysme diffus. — Ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie. — Guérison. — Le 29 mai 1870, je fus appelé par M. le docteur Taurin auprès d'un de ses malades qui venait de recevoir accidentellement un coup de pistolet au pli du coude du côté droit. Cet homme, exerçant la profession de serrurier, avait été requis pour ouvrir des meubles qu'on soupçonnait renfermer des armes. Un des assistants déchargea par mégarde un revolver du plus petit modèle, et la balle alla frapper le malade à la partie interne du pli du coude droit, en avant de la trochlée et à sa hauteur. Il n'y eut qu'une très-légère hémorrhagie, et lorsque, quelques heures après, j'arrivai auprès du blessé, il n'y avait aucun écoulement de sang. La région du coude, à la partie antérieure et interne, était un peu tuméfiée; on distinguait difficilement des battements à ce niveau, mais on pouvait percevoir un très-léger bruit de souffle. Les pulsations de l'artère radiale au poignet avaient disparu, mais il n'y avait qu'une très-légère diminution dans la température. La balle avait évidemment intéressé l'artère humérale; mais comme il n'y avait pas d'hémorrhagie extérieure, que la tuméfaction était peu marquée et que l'absence de thrill pouvait autoriser à croire que les veines étaient intactes, on pouvait espérer ne voir s'établir qu'un anévrysme circonscrit, lequel aurait pu être guéri plus tard par la compression digitale intermittente ou par la flexion, ce qui offrirait pour le malade moins de dangers qu'une ligature dans une plaie, qu'il fallait nécessairement agrandir dans de notables proportions. Je plaçai donc le bras dans la flexion, après avoir entouré le membre d'un bandage roulé compressif. Les choses restèrent dans le même état pendant les trois ou quatre premiers jours; mais, à partir de ce moment, la tumeur commença à croître; en même temps le bras tout entier augmentait de volume, par suite du développement d'une inflammation diffuse qui ressemblait aux débuts d'un phlegmon diffus. Si la tumeur était devenue plus volumineuse, elle était aussi bien moins limitée, car elle était en partie marquée par le gonflement des parties voisines. Le bruit de souffle était devenu plus intense, et des battements expansifs assez forts soulevaient et écartaient les doigts qui embrassaient l'anévrysme. Il était évident que l'on devait renoncer à l'espoir de voir cet anévrysme se circonscrire, et l'on devait craindre non-seulement l'aggravation des symptômes inflammatoires, mais surtout l'ouverture de la plaie, et par conséquent une hémorrhagie qui, avant l'arrivée des secours, eût pu être mortelle. Il y avait dès lors indication d'agir, et la seule opération justifiable était la ligature des deux bouts de l'artère lésée.

Le 6 juin, neuf jours après la blessure, j'ouvris largement la poche et la vidai des caillots qu'elle renfermait, tandis qu'un aide comprimait l'humérale à sa partie supérieure. Le gonflement du bras rendit la compression assez difficile, et les modifications survenues dans les parties molles, sous l'influence de l'inflammation, rendaient assez délicate la recherche de l'artère.

Guidé par l'écoulement du sang, j'arrivai assez rapidement sur l'artère au niveau de la plaie, et je liai d'abord le bout supérieur.

L'artère était ouverte, mais non sectionnée complétement. Il me fut dès lors facile de porter une seconde ligature sur un gros tractus, qui me paraissait être le bout inférieur; mais malgré la seconde ligature, que j'appliquai sur cette partie de l'artère, une légère hémorrhagie continuait. C'est alors qu'en soulevant les deux fils, posés évidemment tous deux sur le vaisseau, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la plaie, je vis que la blessure de l'artère consistait en un trou fait comme à l'emporte-pièce, et que limitaient deux brides longitudinales formées par les débris du cylindre vasculaire, et ma seconde ligature n'ayant porté que sur une de ces brides ne pouvait arrêter l'écoulement du sang provenant du bout inférieur. Un troisième fil fut porté plus bas, puis je sectionnai l'artère en travers entre les deux ligatures.

Tout écoulement de sang avait cessé; la plaie fut couverte de compresses d'eau alcoolisée.

Les symptômes inflammatoires ne tardèrent pas à diminuer, puis à disparaître; peu à peu le bras reprit son volume normal, et le 28 juin la plaie était cicatrisée et le malade pouvait se lever. Les battements de la radiale avaient reparu six à sept jours après la ligature.

Bien que guéri de son anévrysme, le blessé conservait une grande difficulté dans les mouvements du bras; la flexion et l'extension du coude étaient très-limitées. Un appareil mécanique à flexion, appliqué plusieurs fois par jour, rendit bientôt les mouvements. Ils ont repris depuis toute leur étendue; la guérison est absolument complète, et le malade ne conserve de son accident que la cicatrice résultant de l'incision.

Le 28 juillet, la balle qui s'était montrée sous la peau, en arrière de l'épicondyle, fut extraite facilement. C'est une balle cylindro-conique, du volume d'un très-gros plomb de chasse. La pointe seule est restée intacte, la partie cylindrique s'étant aplatie probablement en frottant sur la face antérieure de l'humérus.

M. F. GUYON. Le procédé qu'a employé notre collègue M. Lefort donne une sécurité absolue, et je veux citer un fait qui le prouve. Un soldat, blessé à Buzenval, avait reçu une balle qui avait traversé l'avant-bras et avait intéressé le pli du coude et le bras. L'humérus

et les os de l'avant-bras étaient intacts. Mais l'artère humérale était évidemment atteinte; il n'y avait plus de pouls radial. Je crus devoir attendre néanmoins; pendant ce temps, le pouls radial reparut.

Le neuvième jour après la blessure, une hémorrhagie survint; le bras gonfla énormément. Je me décidai alors à aller à la recherche des deux bouts de l'artère, en donnant le chloroforme, ainsi que cela a été fait par M. Lustremann pendant la guerre de Crimée. J'ai fait exécuter une compression double au-dessus et au-dessous de la plaie artérielle, afin de me mettre en garde contre l'hémorrhagie pendant l'opération. J'ai trouvé entre les deux bouts de l'artère divisée une petite poche anévrysmale; j'ai lié les deux bouts de l'artère. Le malade a guéri sans accidents.

M. DEMARQUAY. J'ai observé, à la suite d'un accident de chasse, une plaie de l'artère tibiale antérieure. Un grain de plomb avait pénétré à la partie inférieure de la jambe. Il y a eu gonflement de la jambe et des battements. Je découvris l'artère blessée; elle avait été entaillée comme à l'emporte-pièce par le grain de plomb. J'ai lié au-dessus et au-dessous de la blessure artérielle, et le malade a parfaitement guéri.

M. GIRALDÈS. Les faits de plaie latérale des artères ont été depuis longtemps signalés par M. Laugier dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère.* Un homme avait reçu un coup de couteau qui avait intéressé l'artère axillaire; la plaie artérielle découverte seulement au moment de l'autopsie ressemblait à une petite boutonnière oblique; en effet, des hémorrhagies répétées amenèrent la mort du malade sans qu'il y eût d'anévrysme.

La Société se forme en comité secret à cinq heures.

Le vice-secrétaire: ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

Jacques de Béthencourt. — Origine de la syphilis (1).

II

Quant à vous, Diathèse scorbutique, je connais votre histoire, et je vais la raconter au public; vous m'interromprez si je me trompe. Vous aussi, vous prétendez ne dater que du XVe siècle; car vous êtes ainsi plusieurs à dissimuler votre grand âge, non-seulement vous et la syphilis, mais le typhus aussi et même la contagion. Tout à l'heure nous ferons venir le XVe siècle et nous lui demanderons là-dessus des explications. Présentement il s'agit de vous, Diathèse scorbutique: or, vous aussi, vous avez menti et vous mentez encore. Vous êtes aussi vieille que le monde. Les auteurs de vos jours sont connus, ce sont: la Nourriture Insuffisante et Vicieuse, les Passions Tristes, l'Humidité et le Froid. Toutes les fois que ces circonstances se marient ensemble, on est sûr de vous voir naître partout, dans toutes les contrées, en Algérie, au Mexique, tout comme dans les pays froids. Or, vos père et mère n'ayant pas fait défaut dans l'antiquité, vous devez avoir existé de tout temps et avoir surgi de bonne heure. (La Diathèse scorbutique rougit et baisse la tête.) Si Hippocrate et Galien ne font pas mention de vous, c'est que dans leur courte existence ils ne vous ont pas rencontrée, ce qui n'est pas étonnant, car dans les pays chauds où ils ont pratiqué, vous vous montrez moins souvent et ne faites qu'y végéter. C'est au XVe siècle qu'on a commencé à vous décrire, à faire votre portrait, voilà tout, et naturellement c'est votre forme la plus apparente qui alors a frappé les regards: ulcérations aux gencives et taches noires sur la peau. Ronsseus, Echthius et Wierus vous ont représentée ainsi. Cependant vous ne viviez pas alors que, sous ces traits, vous aviez encore d'autres visages à votre disposition, et c'est ici que je vais vous démasquer entièrement.

Quand vos père et mère, Mauvaise-Nourriture, Tristesse..., accompagnaient un navire en mer, ils avaient juste le temps de vous engendrer sous votre forme classique, gingivale et cutanée; mais dès l'arrivée au port, les auteurs de vos jours étaient chassés par l'Abondance et la Gaîté, qui donnaient à vous, leur fille, le coup de grâce. Bien autrement les choses se passaient sur terre, dans certaines contrées misérables du Nord, surtout chez les classes inférieures. Là, vos père et mère résidaient en permanence, pendant une longue série d'années, et vous produisaient sous la forme de ce que l'on a appelé *scorbut constitutionnel*, votre vraie forme de diathèse et de diathèse invétérée, souvent latente comme toutes vos sœurs, les autres diathèses. Alors, au fond de ce tempérament spécial, vous attendiez l'arrivée de quelque affection intercurrente (pneumonie, diarrhée, entérite, gastrite, péritonite...), et, vous mêlant traîtreusement à tous ces survenants, vous troubliez toute la nosologie. Alors aussi, dans ces états complexes (*pro portione*), les médecins ne pouvaient vous reconnaître, ne vous trouvant pas conforme aux modèles laissés par Hippocrate et Galien, et c'est ainsi qu'ils virent en vous une maladie nouvelle.

Cependant un médecin, un seul, vous a alors démasquée, un obscur praticien de la Frise orientale, exerçant à Embden et appelé Eugalenus.

La *diathèse Scorbutique* interrompant: C'était un ignorant, un charlatan, qualifié ainsi par Lind. — Oui, Lind s'est exprimé ainsi; mais les injures ne sont pas des raisons, et les médecins pensent volontiers ces choses-là les uns des autres. Au surplus, Lind lui-même admet un scorbut *constitutionnel*, état chronique et souvent latent; mais ne l'ayant plus rencontré de son temps, il s'est borné à le signaler, sans le décrire. Or, si vraiment il a existé un scorbut constitutionnel dans les contrées où vos père et mère résidaient en permanence, il est impossible que les affections intercurrentes (pneumonie, fièvres, diarrhées) y aient évolué comme d'ordinaire, comme dans Hippocrate et Galien. Peut-être Eugalenus, décrivant les phénomènes insolites de ces mélanges, peut-être s'est-il en maint point trompé, ou a-t-il exagéré, mais au fond il ne pouvait pas ne pas avoir raison, et ainsi s'explique pourquoi, avant Lind, c'était le nom d'Eugalenus qui était en vénération, Sennert, Willis, Boërhaave n'ayant juré que par lui.

Pour terminer votre histoire, je n'ai plus que quelques mots à dire. Dans le siècle dernier, en Angleterre, les matelots étaient déjà bien nourris, avec confort complet, de sorte que c'est seulement pendant les grandes traversées que vous pouviez reparaître parmi eux, mais temporairement, car, au débarquement, le confort vous chassait de nouveau. C'est dans ces circonstances que Lind vous a vue, sous votre forme ordinaire et bien apparente, celle déjà décrite par Ronsseus, Echthius et Wierus.

Depuis, grâce aux progrès continus de l'aisance publique, vous n'avez fait que décliner et vous aviez presque passé à l'état de mythe, quand nos guerres récentes, notamment celle de Crimée, vous ont passagèrement rappelée.

Telle est votre histoire, et ainsi il est démontré: « *Primo*, que le silence d'Hippocrate et de Galien n'est pas une preuve péremptoire et absolue contre l'existence de certaines maladies à leurs époques;

Secundo, et itérativement, que la connaissance exacte d'une diathèse implique un tâtonnement médical antérieur pendant une longue série de siècles, et par conséquent Béthencourt ayant déjà si bien décrit au quinzième siècle la diathèse syphilitique, celle-ci a dû remonter bien loin en arrière, conclusion déjà précédemment établie.

Je me dispense de faire comparaître la diathèse Scrofuleuse avec sa forme apparente d'adénite cervicale et ses masques cutanés ou autres; c'est toujours même histoire. (Voir notamment le *Compendium de médecine pratique.*) Demandons maintenant une explication au XVe siècle.

Sous son règne, quatre divinités malfaisantes ont été considérées comme nouvelles: Scorbut, Syphilis, Typhus et Contagion. L'acte de naissance antique du Scorbut vient d'être rétabli; celui de la Syphilis le sera prochainement; quant au Typhus, il est le

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

compagnon ordinaire des famines, et comme dans l'antiquité celles-ci ont été communes, forcément le Typhus a dû régner aussi, et avec lui dame Contagion. Quelle est donc la circonstance qui, sous son règne, a pu favoriser ces illusions de nouveauté et de jeunesse? — Rien de plus simple, c'est... la *découverte récente de l'imprimerie* dans les *pays du Nord*. Tout aussitôt les médecins ont fait gémir les presses, et naturellement ils ont décrit ce qu'ils voyaient, mais en ne quittant pas un seul instant les lunettes d'Aristote, Hippocrate et Galien. Ceux-ci devaient avoir tout su, et quand ce qui se présentait ne se trouvait pas conforme aux modèles antiques, on criait à la nouveauté.

(La fin prochainement.) X...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Par suite de la mise à la retraite de MM. Denonvilliers, Maisonneuve et Woillemier, les changements suivants ont eu lieu dans les hôpitaux (services de chirurgie) :

M. Cusco, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, passe à l'Hôtel-Dieu.

M. A. Guérin, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, passe à l'Hôtel-Dieu.

M. Trélat, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, passe à l'hôpital de la Charité.

M. Le Fort, chirurgien de l'hôpital Cochin, passe à l'hôpital Lariboisière.

M. Tillaux, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital Saint-Louis.

M. Labbé, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, passe à l'hôpital de la Pitié.

M. Després, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital Cochin.

M. Péan, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, passe à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Saint-Germain, chirurgien-adjoint de la Maternité à l'hôpital Cochin, passe à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Sée, chirurgien de l'hospice de Bicêtre, passe à l'hôpital du Midi.

M. Duplay, chirurgien du bureau central, entre à l'hôpital de Lourcine.

M. B. Anger, chirurgien du Bureau central, passe chirurgien-adjoint de la Maternité à l'hôpital Cochin.

M. Meunier, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de l'hospice de Bicêtre.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 janvier, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Installation du bureau; 2° Rapport de M. Chaillery sur la candidature de M. Bourguet; 3° Rapport de la commission de statistique et des maladies régnantes pour le 4e trimestre de 1871.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — HÔPITAL SAINT LOUIS. Pemphigus bulleux traité par la ouate et le liniment oléocalcaire (M. Hillairet). — De la pourriture d'hôpital (M. Netter). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Correspondance. — Variétés. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 8 janvier 1872.

Nous recevons la lettre suivante :

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

Un nombre considérable de membres de l'Association des médecins de la Seine s'est réuni, samedi dernier, afin de discuter les présentations qui ont été faites par la Commission générale pour remplir les places vacantes du Bureau.

On a regretté que, malgré les idées qui tendent à prévaloir à l'égard des candidatures officielles, et surtout en présence de l'espèce de surprise sous le coup de laquelle la Commission, très-peu nombreuse, a voté, alors que le vote n'avait été ni annoncé ni discuté, le Bureau ait publié les noms de ses candidats, au lieu de faire connaître les délibérations mêmes de la commission, ainsi que les statuts l'exigent.

Sans tenir compte de ce vote dont la majorité n'a été que de deux voix, l'assemblée a discuté les titres des candidats, et, après mûre délibération, elle a décidé de porter M. Brochin à la vice-présidence, en remplacement de M. Barth, démissionnaire.

En même temps l'assemblée a nommé un comité de cinq membres chargé de faire connaître la candidature adoptée, et de se mettre en relation avec la presse scientifique pour porter à la connaissance de tous les décisions de l'assemblée.

C'est donc à ce titre que nous vous prions, monsieur et honoré confrère, de donner place dans les colonnes de votre journal à la note ci-dessus, et d'agréer l'expression de notre considération distinguée.

Les membres du comité :

BERRUT, DE RANSE, GAYE, ROUBAUD (Félix), VEYNE.

Paris, le 8 janvier 1872.

Nos lecteurs comprendront combien est délicate notre situation en semblable occurrence. Est-il besoin de dire que cette candidature a toutes nos sympathies? Si la vie la plus honorable et la plus complètement dévouée à la science est une condition de succès, nous sommes assuré de la complète réussite de la candidature de M. le docteur Brochin. Nous nous bornerons à reproduire le sentiment de la presse sur la proposition soumise au corps médical de Paris. Nous ne pensons pas cependant sortir de la réserve qui nous est imposée en disant bien haut toute notre gratitude pour la démarche de M. de Ranse, auquel on doit la pensée de cet hommage rendu à notre très-cher confrère le docteur Brochin.

Dr E. Le Sourd.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

La première séance annuelle de l'Académie des sciences s'est tenue le 2 janvier. Il y avait d'abord à renouveler le bureau et la Commission administrative.

M. de Quatrefages, ayant obtenu 46 suffrages sur 59, a été proclamé vice-président pour l'année 1872.

MM. Chasles et Decaisne ont été élus membres de la Commission administrative, à la majorité absolue des suffrages.

Parmi les lectures faites dans cette séance, nous signalerons celle que M. Trécul a consacrée aux « Cellules de levûre de bière devenues mobiles comme des monades ». Cette communication sera un des éléments de la grande discussion pendante entre MM. Liebig et Pasteur.

MM. Rabutau et Massul, après s'être livrés à de nombreuses recherches sur les propriétés physiologiques et les métamorphoses des cyanates dans l'organisme, ont fait présenter, par M. Robin, le résultat de leurs travaux. De leur note, il résulte :

1° Que les cyanates de potasse et de soude ne sont pas toxiques ;

2° Qu'ils donnent naissance, dans l'économie, à des carbonates alcalins.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. HILLAIRET.

Pemphigus bulleux traité par la ouate et le liniment oléocalcaire (deux observations).

Par M. PICOT, interne du service.

Il est peu d'affections plus rebelles à la thérapeutique que le pemphigus, surtout le pemphigus chronique. Si nous consultons à cet égard les divers traités de dermatologie, nous trouvons les auteurs unanimes sur ce point. La plupart même, désespérant de modifier directement l'affection cutanée, s'attachent surtout à l'état général et recommandent une médication tonique, quelquefois l'arsenic, et n'opposent aux bulles que des palliatifs. Ils indiquent principalement, dans ce but, des topiques

pulvérulents : poudre d'amidon, de tan, etc., en recommandant de s'abstenir des corps gras, des émollients, des bains, qui, le plus souvent, ne servent qu'à donner une nouvelle activité à l'éruption bulleuse. C'est à cela, à peu près, que se borne, pour le moment, la thérapeutique du pemphigus.

M. Hillairet, se fondant sur l'analogie que présentent les lésions du pemphigus avec celles des brûlures au second degré, a pensé qu'une même méthode de traitement pouvait leur être appliquée. On sait tous les services que rend, dans les brûlures, le pansement par la ouate et le liniment oléocalcaire. C'est ce mode de pansement que M. Hillairet applique au pemphigus bulleux, et nous rapportons ici les observations de deux malades qui ont été traitées avec avantage par cette méthode.

Elles présentaient toutes deux une éruption bulleuse à peu près généralisée, s'accompagnant de vives démangeaisons.

Au moment où elles ont commencé le traitement, elles avaient un état général peu satisfaisant, de la fièvre. Chez l'une, la température s'élevait à 40° (Obs. II); chez l'autre, à 39° (Obs. I). Elles ont été toutes deux enveloppées, de la tête aux pieds, de ouate enduite de liniment oléocalcaire qu'on changeait tous les jours.

Le premier effet de ce traitement, dans les deux cas, a été une amélioration dans l'état général. Bien qu'on eût suspendu tout traitement interne, la fièvre a rapidement diminué ; de 40° elle est descendue, en peu de jours, à 38°, chez l'une de nos malades (Obs. II) ; chez l'autre (Obs. I), elle est descendue un peu moins rapidement à 38°; puis la fièvre a disparu. Quant à l'état local, nous avons vu les excoriations succédant à la rupture des bulles, se dessécher et se cicatriser en peu de temps. Quelques bulles nouvelles se sont encore formées, mais en petit nombre et disséminées; elles ont entièrement cessé dans un cas (Obs. I), après un mois de traitement et six semaines de maladie ; dans l'autre (Obs. II), la guérison a été plus lente ; la maladie datait de plus longtemps. Des bulles disséminées ont continué à apparaître avec obstination. Cependant, après deux mois et demi de traitement, la malade est sortie dans un état satisfaisant.

On verra, par l'observation, que, chez elle, le pansement ayant dû être interrompu faute d'huile pendant quelques jours, les bulles ont aussitôt reparu et se sont accompagnées de vives démangeaisons. Ces accidents ont disparu aussitôt qu'on est revenu au pansement ordinaire, dans lequel on a dû substituer la glycérine à l'huile.

Les deux cas que nous rapportons ne suffisent pas pour permettre d'apprécier bien complétement ce mode de pansement; nous voyons cependant que dans deux cas il a produit une amélioration rapide, et au bout d'un temps variable la cessation de l'éruption bulleuse ; en outre, il a été un excellent palliatif contre le prurit, et nous paraît préférable aux topiques pulvérulents, qui forment souvent sur la peau des croûtes épaisses difficiles à enlever et entretiennent autour du malade une atmosphère chargée de poussières irritantes pour le larynx et les bronches.

Depuis deux ans M. Hillairet a employé ce traitement dans huit à dix cas de pemphigus bulleux, et avec des résultats analogues à ceux que nous venons de rapporter. Il l'a essayé dernièrement dans deux cas de pemphigus foliacé, mais avec moins de succès.

Dans un cas, l'affection s'était rapidement généralisée et avait pris un caractère des plus aigus ; elle a emporté le malade en sept semaines. C'était un jeune homme de 23 ans, d'une bonne santé antérieure. Il a passé les trois dernières semaines de sa maladie dans le service de M. Hillairet (salle Saint-Louis, n° 14), et y a été pansé avec la ouate et le liniment oléocalcaire. Ce traitement a produit un soulagement momentané. La fièvre a un peu baissé dans les premiers jours ; le sommeil a été meilleur, mais le malade est mort épuisé par une diarrhée incoërcible.

Quant à l'autre, qui est encore à l'hôpital (salle Saint-Louis, n° 77), il a été soumis au même pansement, mais sans amélioration bien sensible, au bout de trois semaines de traitement.

Voici les observations de nos deux pemphigus bulleux :

Obs. I.—B... (Anne), âgée de 60 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 69, service de M. le docteur Guibout. Je l'examine le 18 juillet 1871, et constate une éruption très-confluente de bulles au cou, aux deux bras, aux jambes et surtout aux cuisses. Ces bulles sont larges. Plusieurs se sont ouvertes et laissent à leur place des surfaces rouges, suintantes, excoriées. La malade a peu d'appétit, une fièvre vive. A 2 heures et demie, la température prise dans l'aisselle est de 39°; pouls, 76; pas de diarrhée.

Cette femme raconte que sa maladie date de douze jours. Elle a joui en général d'une bonne santé, n'a jamais eu de maladie grave, sauf la variole, il y a 33 ans. Elle était cependant sujette à des douleurs névralgiques, et a souffert l'année dernière de douleurs rhumatismales dans l'épaule ; ses parents se sont toujours bien portés. Elle a eu cinq enfants.

Il y a douze jours, sa maladie a débuté par du prurit et des taches érythémateuses aux bras, sur la peau du ventre et des cuisses. Elle a alors pris un bain et appliqué des cataplasmes de fécule sur les parties malades. Il s'est développé à la suite des bulles sur le bras droit et les cuisses, et elle est entrée à l'hôpital. Là, l'éruption bulleuse continue et s'étend à la plus grande partie du corps. La malade est mise à l'usage de l'arséniate de soude, un milligramme par jour en pilule, et les parties malades sont saupoudrées d'amidon.

Le 19 juillet, elle est complétement enveloppée, jusqu'au cou, de ouate enduite de liniment oléocalcaire; on suspend l'amidon. Le soir, à 6 heures, température 40°.

Le 20 juillet au matin, température, 38°9.

Le 21 juillet, température, 38°8.

Le 22 juillet, la malade passe dans le service de M. Hillairet (salle Henri IV, n° 33). La pilule arsenicale est suspendue ; la ouate, qui n'avait pas été changée depuis le 19, sera changée désormais tous les jours. Temp. 39°. Quelques bulles nouvelles se sont montrées sur la poitrine.

A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliore rapidement, l'appétit reparaît, la fièvre diminue.

Le 23, temp., 38°4; le 24, 38°; le 25, 38°; le 26, 38°4 ; le 27 et le 28, 38°4 ; le 29, 38°1.

Quant à l'état de la peau, les excoriations consécutives aux bulles se dessèchent et se cicatrisent ; il ne se montre plus que quelques bulles nouvelles disséminées ici et là, une au cou, l'autre au pied, etc.

Le 3 août, on peut constater que la peau des épaules est entièrement guérie.

Le 14 août, la ouate est définitivement enlevée. Il n'y a plus de bulle nulle part. Leur place n'est indiquée que par quelques rougeurs. La malade quitte l'hôpital le 18 août.

Obs. II. — B... (Désirée), âgée de 64 ans, journalière, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, n° 48, service de M. le Dr Guibout. Je l'examine le 18 juillet 1871. Elle présente une éruption abondante de bulles sur les cuisses, les bras, les pieds, le dos. Les unes sont gonflées de sérosités; les autres, rompues, sont remplacées par des excoriations superficielles ; d'autres sont desséchées, quelques-unes sont assez larges ; d'autres, plus petites, paraissent être de date récente. La malade se plaint surtout d'un prurit violent. Quant à l'état général, la fièvre est assez intense; la température axillaire est de 40°2; le pouls est à 100 pulsations.

Comme antécédents, cette femme dit avoir joui jusqu'ici d'une bonne santé ; on se porte bien dans sa famille : son père et sa mère

sont morts très-âgés. Elle a eu dix-sept enfants, dont six vivent encore; sa maladie a débuté il y a deux mois et demi, à la suite d'émotions morales vives. L'éruption bulleuse apparaît d'abord dans le dos, autour d'un cautère, puis s'étend aux bras et aux cuisses : des bains ne font que l'aggraver. La malade entre à l'hôpital, où elle prend *un* milligramme d'arséniate de soude; la peau est saupoudrée d'amidon.

Le 19 juillet, elle est mise au traitement par la ouate et le liniment oléo-calcaire; le soir, après enveloppement, la température, qui était la veille de 40°,2, est de 39°,4; le lendemain matin, on ne trouve plus que 37°,6; le surlendemain, 38°,5.

Le 22 juillet, la malade passe dans le service de M. Hillairet, salle Henri IV, n° 32; le pansement à la ouate est renouvelé tous les jours, la pilule arsénicale est supprimée; l'état général s'améliore; temp. 38°,4; l'appétit est bon, cependant quelques bulles nouvelles sont apparues aux cuisses; les bulles anciennes se dessèchent et sont remplacées par de grandes taches rouges.

Le 23, temp. 38°,1; le 24, 38°,5; le 25, 38°; le 26, 39°, quelques bulles nouvelles sont apparues sur la main; la peau du dos est en voie de guérison.

Le 27, temp. 38°,7; le 28 et le 29, 38°; les excoriations consécutives aux bulles sont presque entièrement cicatrisées.

Le 1er août, quelques bulles nouvelles apparaissent aux cuisses et aux bras, et le 5 août, à la région lombaire; le même état persiste pendant tout le mois d'août; des bulles apparaissent de temps en temps sur divers points de la peau, principalement à la partie inférieure du dos, où elles font souffrir la malade et lui rendent le décubitus dorsal très-pénible; sauf cela, l'état général est satisfaisant, l'appétit bon, pas de diarrhée.

Le 1er septembre, l'huile étant venue à manquer dans l'hôpital, on doit cesser l'emploi du liniment oléo-calcaire; il survient bientôt une nouvelle éruption bulleuse sur les parties antérieurement malades, s'accompagnant d'un prurit violent qui amène l'insomnie.

Le 8, on revient au pansement à la ouate et au liniment calcaire, dans lequel on a substitué la glycérine à l'huile; la malade éprouve aussitôt une amélioration notable; le prurit s'apaise et le sommeil reparaît; les excoriations consécutives aux bulles se cicatrisent rapidement; à la fin du mois, il ne se montre plus de bulles nouvelles, et la malade quitte l'hôpital.

DE LA POURRITURE D'HOPITAL

Thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 22 août 1871, par M. Rigal, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Je ne veux analyser cette thèse que pour les renseignements qu'elle nous donne sur ce qui s'est passé à l'hôpital du Val-de-Grâce.

« Au Val-de-Grâce, l'invasion menaçant de s'étendre, le médecin en chef fit placer les blessés sous la tente. » — Donc les cas étaient nombreux, et la vérification de l'action de la poudre de camphre doit aujourd'hui être faite.

« C'est à la forme pultacée que nous avons eu le plus souvent affaire. » — Donc, au Val-de-Grâce, les choses se sont présentées comme ailleurs.

Arrivons au traitement. L'auteur dit qu'aucun des moyens connus ne réussit d'une manière régulière, « que c'est le hasard ou le tâtonnement qui servira de guide; car, dans tel ou tel cas où le perchlorure aura échoué, nous verrons réussir le camphre ou l'alcool camphré, et réciproquement. Une fois cet agent trouvé, si l'on a le soin d'alterner, de le remplacer par un autre, on arrive promptement, dans la majorité des cas, à une solution satisfaisante. » — Est-il besoin de faire remarquer que, avec le principe de l'*alternance systématique* des remèdes, toute vérification de l'un d'eux spécialement devient impossible ?

L'auteur continue : « Je dois ajouter, comme complément à mes observations, que le jus de citron et le perchlorure de fer semblent avoir une action beaucoup plus spéciale sur la forme ulcéreuse de cette affection. Quant à la forme pultacée, nous l'avons vue céder en plusieurs circonstances à des applications de camphre conformes aux prescriptions récentes de M. Netter. *Mais* il est *bon* que l'on sache que *Delpech* déjà s'était fort bien trouvé de son emploi, et que, du reste, le moyen n'est pas infaillible, comme le prouve l'observation V. »

Tout d'abord, je me reporte à cette observation V, et j'y vois que l'auteur la qualifie en toutes lettres de *forme ulcéreuse* (p. 26), après que dans le passage rapporté il en a argué contre l'infaillibilité du camphre dans la forme pultacée. Quant à Delpech, comme chacun sait, il a préconisé le *cautère actuel;* de sorte que, s'il s'était fort bien trouvé de l'emploi du camphre, employant néanmoins le fer rouge, il aurait été, ni plus ni moins qu'un bourreau, passible de la peine correctionnelle : car il n'est pas permis, en médecine, de faire souffrir cruellement les malades avec des moyens violents, là où des remèdes bénins conduisent rapidement au but. Mais qui donc oserait accuser Delpech d'un fait semblable? Et pourquoi *est-il bon* que *l'on sache* que Delpech s'était fort bien trouvé...? Quel intérêt a-t-on au Val-de-Grâce à ce que l'on sache que Delpech...? N'est-ce pas que cet *il est bon que l'on sache* vaut son pesant d'or? (Le curieux de l'affaire, c'est que Delpech, dans son célèbre mémoire sur la question, *ne dit mot de la poudre de camphre.*)

Mais ne nous attardons pas à ces détails et examinons les observations qui terminent la thèse, au nombre de sept. Il n'est question du camphre que dans quatre d'entre elles.

Dans les deuxième, quatrième et cinquième, l'auteur nous montre le tâtonnement dont il a été question, et se borne à dire que le camphre a échoué, mais sans détail aucun ni sur la manière dont on a procédé, ni sur la question de savoir si la poudre a liquéfié ou non la matière pultacée. Enfin, la septième observation, la dernière, est venue confirmer la puissance de la médication que j'ai préconisée.

Observation VII. — Lempire, blessé le 23 mai au Panthéon, a reçu une balle à la partie interne de la jambe, au tiers moyen. La balle, retenue dans les chairs, a été extraite le 24, au Val-de-Grâce, à la partie postéro-externe du tiers moyen de la jambe.

Jusqu'au 20 juin, pansements simples, cérat. La plaie allait assez bien.

20 juin. La plaie d'entrée avait un peu plus de 3 centimètres de diamètre; le travail de cicatrisation s'arrête, le pourtour de la plaie s'œdématie, les bords s'ulcèrent; le malade éprouve une douleur locale, sentiment de brûlure, excessivement intense. Une membrane grisâtre, pultacée, filamenteuse, a envahi la plaie. — Application de perchlorure de fer pur.

20-24 juin. Formation d'une eschare très-dure, pendant laquelle le malade a énormément souffert.

25 juin. A la chute de l'eschare, la plaie est encore ulcérée et conserve un teint grisâtre qui me prouve l'insuccès du perchlorure. — Je fais une nouvelle application : nouvelle eschare.

30 juin. A sa chute, il se fait une hémorrhagie considérable. Comme la plaie était très-profonde et dans la direction de l'artère tibiale postérieure, nous craignions sa perforation; la plaie est toujours ulcérée, grisâtre. — Nous faisons un pansement au citron.

Du 2-6 juillet. Le mal continue ses progrès, une nouvelle hémorrhagie a lieu. Le médecin en chef agrandit la plaie pour chercher l'artère. Les recherches sont infructueuses; le malade avait préalablement été endormi. — Pansement au sulfate de cuivre jus-

qu'au 12 juillet. L'hémorrhagie ne s'est plus reproduite, mais l'ulcération n'a cessé de s'étendre dans tous les sens. Le malade n'a d'autre symptôme que de la douleur.

12 juillet. La plaie est remplie de poudre de camphre. J'abandonne le traitement pendant deux jours.

14 juillet. Je lave la plaie avec de l'alcool camphré, et je trouve une plaie des plus satisfaisantes. Le succès est complet, et j'avais pu vérifier les expériences de M. Netter. Le tissu cellulaire était dissous ; ce détritus organique était fluidifié, et au dessous on constatait l'aspect rosé des muscles. A partir de ce moment, la plaie est entrée en pleine voie de cicatrisation.

26 juillet. La plaie devient un peu blafarde. J'abandonne le camphre, et fais le pansement avec de la charpie imbibée d'alcool. Depuis lors la plaie a toujours bien marché ; à cette heure le malade est complétement guéri.

Dans cet exemple, le modificateur initial fut le camphre ; les autres avaient successivement échoué.

Les accidents généraux nuls ; l'incision faite au bistouri pour extraire la balle se cicatrisa régulièrement sans avoir jamais été infectée.

Ici, je me bornerai à faire remarquer que la thèse ayant été soutenue le 22 août, c'est-à-dire cinq semaines après le 14 juillet, jour de l'application de la poudre de camphre dans cette observation, il est à regretter que M. Rigal n'ait pu faire de nouvelles expériences en ce sens.

A. Netter.

P. S. — Cet article était sous presse quand j'ai pris connaissance d'une autre thèse, publiée tout récemment, le 8 décembre, par M. Moty, également *stagiaire au Val-de-Grâce.* L'auteur avait observé la pourriture d'hôpital à Maubeuge, où elle a régné sur les blessés épidémiquement depuis le 25 décembre 1870 jusqu'au 31 août 1871. Sa dissertation fournit des détails intéressants, surtout pour l'étiologie et la symptomatologie ; mais je n'ai à m'en occuper ici qu'au point de vue de la thérapeutique. C'est seulement à la fin de l'épidémie, le 5 juillet, que notre confrère a eu recours à la poudre de camphre, dans deux cas qui avaient résisté pendant des mois à tous les autres traitements. Or, il y a eu, dit-il, *rapide succès* (p. 49), et on devrait dès lors s'attendre à l'expression de regrets de n'avoir pas eu recours à la médication plus tôt, en place des agents si douloureux employés précédemment. Point ; car voici comment il s'exprime dans le cours de son travail :

« Delpech vantait le fer rouge ; suivant Salleron, le perchlorure de fer était tout puissant ; plus tard, le citron détrônait toutes les médications antérieures à lui, et, tout récemment enfin, M. Netter a publié une série d'observations tendant à donner au camphre la place occupée par le citron. Mais le camphre est lui-même un ancien spécifique détrôné (oui, l'alcool camphré, mais non la poudre de camphre, liquéfiant les matières grasses et les transformant en huile camphrée) ; il y a un siècle que sa valeur est discutée ; Pringle en fait un simple désinfectant, etc. »

De regrets de n'avoir pas employé la poudre de camphre plus tôt, au lieu de remèdes violents et incertains, il n'en est nullement question.

Une remarque pour terminer. C'est le 27 février que mes succès avec la poudre de camphre ont été publiés par l'Académie des sciences ; pourquoi est-ce seulement à la fin de l'épidémie qu'on a procédé à la vérification ? A Maubeuge, on pouvait ignorer ma communication ; mais au Val-de-Grâce ?

Et maintenant, je mets au défi mes opposants, quels qu'ils soient, de publier leurs observations négatives avec tous les détails nécessaires pour l'examen ; car j'ai la conviction de pouvoir démontrer que leurs observations négatives n'auront pas été recueillies selon les règles de la vérification expérimentale.

A. N.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 17 novembre 1871. — Présidence de M. Léon Gros, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Charrier, le secrétaire général, donne connaissance d'une lettre de M. Blumenthal, ancien interne des hôpitaux, qui demande à faire acte de candidature et à lire à la Société un mémoire sur la maladie décrite par Duchenne (de Boulogne) : la paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.

M. Blondeau offre à la Société une brochure intitulée : *Scarlatine et rhumatisme,* dont il lit les conclusions.

M. Lagneau présente à la Société un mémoire intitulé : *Remarques ethnologiques sur la répartition géographique de certaines infirmités en France.*

J'ai étudié seulement quelques infirmités dont la répartition proportionnelle m'a paru plus ou moins en rapport avec la répartition de nos populations de diverses races; mais je suis loin de prétendre que toutes les infirmités dépendent exclusivement de conditions ethniques. Relativement au goître, sa répartition proportionnelle, étudiée par Boudin, semble plutôt en rapport avec certaines conditions géographiques qu'avec des conditions ethniques, cette infirmité se montrant surtout dans les vallées des Alpes, des Pyrénées, habitées par des populations de races différentes.

Relativement aux rapports signalés entre la taille et la race, M. Lunier est peu disposé à les admettre, parce que certains départements, présentant de nombreux exemptés pour défaut de taille, se trouveraient au milieu de départements peuplés d'habitants de haute stature. Dans les premières cartes de MM. Boudin et Broca sur les exemptions pour défaut de taille, le département de la Meuse formait ainsi une tache noire au milieu des départements blancs. Frappé de cette singularité, depuis M. Broca, ayant pu obtenir communication des documents relatifs à ce département, a reconnu qu'il ne différait pas notablement, sous ce rapport, des départements voisins (1).

Puisqu'il est question de faits exceptionnels relativement à la répartition de la taille, je rappellerai que, à propos d'un mémoire de Boudin sur la répartition des hommes de haute stature, de 1m,73, taille des cuirassiers, je fis observer que dans le département des Vosges, ne se faisant remarquer ni par le petit nombre de ses exemptions pour défaut de taille, ni par le grand nombre de ses recrues ayant plus de 1m,73, il était singulier de trouver un nombre relativement très-élevé de recrues gigantesques de plus de 1m,89. Dans la pensée que ces géants provenaient d'une population vraisemblablement très-circonscrite, je signalai l'utilité de publier les documents statistiques non pas seulement par départements, mais par cantons (2). MM. Larrey, Bergeron, Broca ont d'ailleurs également insisté sur l'importance qu'il y aurait, au point de vue de la géographie médicale de notre pays, à publier ces documents cantonaux, qui existent, mais qui jusqu'à présent n'ont pu être utilisés que par quelques médecins militaires, dans des monographies topographiques généralement fort intéressantes.

Si, comme on a cru le remarquer, les varices et varicocèles sont plus fréquents chez les hommes de haute taille, on comprend facilement que les Normands, en général de haute stature, y soient plus sujets que les Bretons, de taille moins élevée (3).

M. Lunier. En général, la race celtique, surtout dans le centre,

(1) *Mém. de la Soc. d'anthrop.*, t. III, p. 156, etc.
(2) *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, t. VI, p. 358.
(3) *Revue des cours scientifiques*, Broca, 3 avril 1869, p. 283.

a occupé les localités montagneuses. On doit, dans ces considérations ethnologiques, faire une part aussi large aux conditions géographiques qu'aux conditions propres à la race. Ainsi, le goître et le crétinisme se rencontrent dans certaines localités montagneuses, indépendamment des conditions d'organisation des habitants ou de leur origine ethnologique.

M. COLLINEAU. A l'appui de ce que dit M. Lunier, je ferai remarquer que la Loire-Inférieure est divisée en plusieurs parties tout à fait distinctes relativement à la taille des habitants.

M. LUNIER. La Beauce et la Sologne font partie d'un même département, le département de Loir-et-Cher; on y remarque des différences notables entre les habitants de la première et ceux de la seconde, différences bien évidemment dues au milieu géographique, puisque ces habitants appartiennent à une même race.

M. LE PRÉSIDENT. La prochaine séance sera consacrée aux élections pour le renouvellement des membres du bureau et des autres fonctionnaires.

M. DUROZIEZ commence la lecture d'un mémoire intitulé : *Anévrysme du cœur et des valvules.*

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel : ANTONIN MARTIN.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Bruxelles, le 24 décembre 1871.

Monsieur le directeur,

Dans le numéro de janvier-février dernier des *Annales d'oculistique*, j'ai publié, sous ce titre modeste : *Répertoire ophthalmiatrique*, quelques notes fugitives sur divers points se rapportant à la thérapeutique oculaire, sans autre prétention que celle de signaler à l'attention de mes confrères certains moyens dont je me trouve bien dans ma pratique, et sans la moindre pensée de m'y attribuer une part quelconque de priorité ou de paternité.

L'une de ces notes (V. l. 65, p. 91) intitulée : *Symptôme douleur, teinture d'iode morphinée*, a pour objet de recommander un mode particulier d'introduction topique de la morphine, au moyen de la teinture d'iode employée comme véhicule, mode qui remplace avantageusement les injections hypodermiques, dans tous les cas où le symptôme douleur joue un rôle sérieux dans une affection oculaire quelconque.

La mention que ce moyen était destiné à remplacer les injections narcotiques sous-cutanées indiquait, du reste, que la teinture n'y jouait point le rôle principal, encore moins un rôle exclusif. Il paraît que cela n'est pas compris ainsi, si j'en juge par les lettres que vous ont adressées à ce sujet M. le docteur Magne et M. le docteur Boinet, et que la *Gazette des Hôpitaux* a tout récemment publiées.

Voici ma réponse à ces deux communications.

A celle de M. Magne :

1° Qu'il n'est pas question, dans ma note, de la teinture d'iode seule, mais de la teinture d'iode *morphinée*.

2° Que la teinture d'iode joue ici le rôle de menstrue vis-à-vis du sel narcotique, dont elle favorise l'absorption en l'incorporant avec lui dans le derme.

3° Que la teinture d'iode est profondément modifiée dans ses caractères par l'addition de la morphine. Chimiquement, il se forme de l'iodomorphine et de l'iodhydrate de morphine, lequel est lui-même transformé, par un grand excès d'iode, en iodomorphine. Il résulte de cette décomposition, qu'une partie d'iode passant à la morphine, la teinture s'en affaiblit d'autant qu'elle devient beaucoup plus limpide, moins irritante, et que la peau en supporte beaucoup mieux l'action que ne fait de la teinture d'iode pure.

Ce fait explique, mieux que la différence entre la sensibilité de l'épiderme français et celle de l'épiderme belge, indiquée par M. Magne, cette circonstance que les badigeonnages avec la teinture d'iode morphinée peuvent être répétés deux et même trois fois par jour, sans offenser les parties, ni pratiquer de douleurs, alors que la teinture d'iode pure ne se prête pas aussi bien à ces applications réitérées.

4° Quant aux réserves faites par M. Magne relativement à l'action de la *teinture d'iode* dans l'iritis et le glaucome, je les fais avec lui. Seulement, je me permettrai de lui faire observer qu'il n'en est pas question dans ma note.

A celle de M. Boinet :

1° Que je le remercie des renseignements qu'il veut bien me donner quant à l'histoire du badigeonnage iodé autour de l'orbite, dans différentes maladies des yeux avec photophobie, bien que ces renseignements ne me fussent pas absolument nécessaires pour m'édifier à cet égard. Qu'en retour, je lui signalerai qu'en 1854, M. le docteur Van Hofsbeech publiait, dans le tome XIX du *Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie de Bruxelles*, p. 423, un article ainsi intitulé : *De l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement de la photophobie*, où nous trouvons ces mots : « avec un pinceau à miniature, imprégné de teinture d'iode, nous peindrons les régions orbitaire et sourcilière des yeux atteints de la photophobie. Cette opération est pratiquée une ou deux fois dans le courant de la journée, selon l'intensité et l'ancienneté du symptôme. Une seule peinture suffit ordinairement pour enlever la photophobie en 24 heures. »

D'après cela, si M. Boinet veut établir ses titres à la priorité de l'application spéciale de ce moyen thérapeutique, il lui faudra remonter plus haut dans le passé qu'il ne le fait dans sa lettre du 14 décembre, où il ne prend inscription qu'à la date de 1855.

2° Qu'en ce qui concerne ce que M. Boinet appelle « ma découverte », je n'en revendique qu'une part bien secondaire la formule même que j'emploie (teint. iod. 1 gros, acét. morph. 4 grains) ne m'appartient pas; je l'ai ramassée, il y a plus de quinze ans, dans un journal, et je regrette bien que ma mémoire ne me permette pas de l'y retrouver, pour en citer l'auteur. Je me suis borné à l'essayer pour enrayer les douleurs qui accompagnent certaines maladies des yeux; je m'en suis bien trouvé, et l'ai recommandée. Pas autre chose.

3° Que, bien que mon fonds soit bien léger, je n'ai jamais cherché à le grossir aux dépens de celui des autres; que la pensée surtout n'aurait pu me venir d'attenter à celui de M. Boinet, si laborieusement et si légitimement acquis.

Veuillez avoir l'obligeance, monsieur le directeur, d'accorder une place à cette note dans l'un de vos plus prochains numéros, et recevez l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

WARLOMONT.

VARIÉTÉS

Jacques de Béthencourt. — Origine de la syphilis (1).

III

A votre tour, Diathèse syphilitique. A l'époque de Béthencourt, vous n'auriez eu que trente ans d'existence, et, tandis que la nosologie des autres diathèses a seulement pu être fixée de nos jours, après un tâtonnement antérieur prolongé pendant des siècles, vous seule vous feriez exception, et au XVe siècle déjà, à l'époque même de votre origine, on aurait saisi tout de suite, d'emblée, le rapport qui relie, à vos phénomènes primitifs, et les accidents secondaires et les manifestations tertiaires! On n'aurait rien oublié, ni la con-

(1) Fin. — Voir les numéros des 4 et 6 janvier.

tagion initiale, ni les éruptions cutanées, ni les douleurs nocturnes, ni les exostoses, ni les caries, ni les cirrhoses du foie, ni même la consomption terminale, si rare! Pendant ces trente années, on vous aurait encore devinée dans l'*état latent* que ces symptômes viennent troubler! Pendant ces trente années, on aurait été jusqu'à apprendre à vous combattre, soit avec le mercure, soit par la seule dépuration de l'économie au moyen du jeûne et des sueurs profuses, et déjà, en 1527, Béthencourt aurait pu discuter la valeur comparée de ces cures dans une parodie, s'amusant en quelque sorte sur un sujet suranné!!!

Et qui était donc ce Béthencourt pour avoir, à lui seul, lu tout cela dans le grand livre de la nature? Était-ce un réfractaire à l'autorité d'Hippocrate et de Galien, et avait-il l'esprit dans l'état de *doute philosophique*, condition *sine quâ non*, j'en atteste M. Claude Bernard, pour faire des découvertes?

Hélas! Béthencourt, dit M. Fournier, était un galéniste, un ultra-galéniste, divaguant sur la bile et l'atrabile, et ajoutant par là-dessus les idées de carême, pénitence et purgatoire. Que l'on demande à M. Claude Bernard si semblable disposition d'esprit se concilie avec une, que dis-je? avec des découvertes aussi colossales. Non, non, et ici je diffère entièrement avec le traducteur, l'œuvre de Béthencourt ne peut être qu'une *compilation* des connaissances déjà acquises à son époque, œuvre précieuse, néanmoins, mais en ce que, selon moi, elle démontre, par sa contexture même, contrairement à l'opinion de l'auteur et de son interprète, la haute antiquité alors déjà de la syphilis. Hâtons-nous de répondre à une objection. Où donc, me dira-t-on, Béthencourt aurait-il puisé les éléments de sa compilation, ayant été un des premiers auteurs qui ont écrit sur la matière? Où il aurait puisé? C'est lui même qui va nous l'apprendre, et avec lui un de ses contemporains, Gaspard Torrella, dans certains détails qu'ils révèlent, à la vérité incidemment et accessoirement.

« L'impéritie des médecins étant devenue manifeste, dit Béthencourt, ce sont aujourd'hui des empiriques et des charlatans de tout genre, même des femmes, qui usurpent notre ministère et nous supplantent dans nos fonctions.....

« Le mercure paraît convenir à tous les malades... Qu'on l'accuse de nombreux insuccès, cela n'a rien qui doive nous surprendre; car nous le voyons journellement prescrit, sans règle ni raison, par des charlatans, des empiriques, des imposteurs de tout genre, voire même par des courtisanes (p. 93).

« Les médecins instruits, dit Torrella, évitaient de traiter ce mal, avouant eux-mêmes qu'ils n'y comprenaient rien, de sorte que les malades ne s'adressaient plus qu'aux empiriques. Des guérisseurs de tout genre, gens de la pire espèce, marchands de drogues, vagabonds, bateleurs, saltimbanques, maraudeurs, s'emparèrent de la crédulité publique et débitèrent, jusque dans les carrefours, les remèdes de leur invention. Des femmes même, paraît-il, courtisanes, entremetteuses et autres se mirent de la partie. Ce fut à qui trouverait une recette nouvelle, imaginerait quelque panacée extraordinaire. » (Note de M. Fournier, p. 26.)

Ces détails sont précieux, car ils montrent clairement où les médecins d'alors ont puisé les éléments de leurs compilations syphilographiques. Et, en effet, d'où est sortie tout à coup cette nuée d'empiriques, vagabonds, bateleurs, courtisanes?... D'où? Mais évidemment des quartiers des prostituées, où depuis très-longtemps ils ont dû traiter Vénus malade. Et pourquoi étaient-ils sortis tout à coup? Mais évidemment parce que, avec notre armée revenue de Naples, la syphilis s'était propagée dans toutes les classes de la société. Alors, les médecins proprement dits, ceux coiffés du bonnet d'Aristote, ne comprenant rien à ce mal nouveau pour eux, ce que Torrella avoue en propres termes, eurent à subir la concurrence de toute la plèbe du quartier des prostituées, habituée depuis lonpgtems à traiter le mal là endémique. Et naturellement, comme ceux-ci eurent des succès merveilleux, notamment avec les frictions mercurielles, un de leurs remèdes favoris (voir Béthencourt), c'est auprès d'eux que durent se renseigner les disciples d'Aristote. Voilà où Béthencourt et autres ont dû puiser les éléments de leurs compilations.

Mais dira-on encore, est-ce que le peuple ignorant a pu connaître les accidents primitifs, secondaires, tertiaires, l'état latent, etc., etc.? Non-seulement il aurait su traiter le mal empiriquement, mais encore il l'aurait étudié dans tous ses détails symptomatologiques avec la perfection que révélerait la compilation de Béthencourt? Oui, oui, trois fois oui, et je vais le démontrer.

Voici, en dehors de notre sujet, une tout autre affection montrant le peuple ignorant capable des plus fines observations et saisissant, entre les faits, des rapports qui échappent à l'œil des médecins, je veux parler de la *petite vérole*. Qui est ce qui a fait la remarque sur l'innocuité relative de la *variole inoculée?* C'est le peuple ignorant que les médecins ont fini par imiter. A une époque plus rapprochée de nous, qui est-ce qui a tout d'abord découvert les bienfaits du cow-pox? C'est encore le peuple ignorant, car c'est pour vérifier une tradition populaire que Jenner s'est engagé dans la question, ce qu'il avoue lui-même : une domestique des fermes, « Sarah Portlock, dit-il, entre autres détails, était convaincue d'être à l'abri de la petite vérole, parce que *vingt ans auparavant* elle avait été infectée par le cow-pox. »

La possibilité de mon interprétation étant ainsi établie, je veux montrer que pour la syphilis forcément les choses ont dû se passer ainsi. Et en effet, les prostituées étaient groupées en permanence dans des quartiers à part, dans lesquels les médecins ne se rendaient guère ou point, ce que prouve leur profonde ignorance sur le mal là endémique, de sorte que là Vénus malade a dû être soignée par Vénus bien portante. Alors tout ce peuple aussi ignorant qu'ignoble recourut à tous les remèdes imaginables, et naturellement le mercure, le vif-argent, qui jouait un si grand rôle dans l'alchimie du temps, a dû avoir été essayé de très-bonne heure.

Maintenant, remarquez ceci : c'est sous forme d'onguent, en frictions mercurielles, qu'on a tout de suite employé le mercure, par la méthode des frictions, aujourd'hui encore la plus puissante et à laquelle nous recourons tous encore dans les cas invétérés. On frictionnait donc et l'on obtenait des succès de plus en plus merveilleux, qui encourageaient toujours davantage l'expérimentation.

Accidents secondaires, accidents tertiaires, on avait tout cela sous les yeux, endémiquement, en permanence, et les étrangers qui s'aventuraient dans ces quartiers en sortaient infectés quatre jours après; comment le peuple, qui n'était aveuglé ni par Galien ni par Hippocrate, n'aurait-il pas saisi peu à peu tous les détails du mal, étiologie, contagion, symptômes, nature commune des accidents endémiques? *Morborum naturam ostendunt curationes*, et le peuple se médicamentait par la méthode des frictions mercurielles; il avait donc sa pierre de touche ici, comme nous avons le sulfate de quinine dans les endémies paludéennes. Si le peuple ignorant a pu découvrir et l'inoculation variolique et le cow-pox, je dis que forcément, dans les quartiers des prostituées, il a dû noter tout ce qu'on lit dans Béthencourt. Ainsi se comprend ce passage de M. Fournier : « On se tromperait fort si l'on croyait trouver *décrits* dans notre auteur les divers symptômes qui précèdent. Ces symptômes ne sont qu'indiqués par lui, énumérés, dénommés. De description point; d'exposé clinique, même sommaire, il n'en est pas question... Le petit livre constitue moins un traité sur le mal vénérien qu'un *commentaire* sur les altérations humorales de cette maladie (p. 18).

Donc, et à tous égards, l'œuvre de Béthencourt n'est qu'une compilation, et la syphilis a dû régner pendant tout le moyen âge. Existait-elle du temps de Galien et d'Hippocrate? C'est le dernier point à examiner.

Est-il vrai qu'aujourd'hui entre la syphilis et la prostitution la liaison est tellement intime que, celle-ci venant à disparaître et les relations sexuelles n'ayant plus lieu que dans l'état de mariage, la syphilis s'éteindrait peu à peu dans les familles infectées? Si cela est vrai, il s'en suit par cela même que la syphilis remonte à la plus haute antiquité, la prostitution ayant existé de tous temps. Et en effet qui donc met en doute que les autres diathèses, saturnine, paludéenne, scorbutique, ont surgi, la première depuis que dans les ateliers on manie le plomb, la deuxième depuis qu'il y a des marais, la diathèse scorbutique depuis que les circonstances étiolo-

giques s'en produisent? Pourquoi donc la syphilis, intimement liée à la prostitution aujourd'hui, ne s'y serait-elle pas également rattachée dès l'origine? On le voit, le raisonnement est ici le même, et la seule objection à la thèse réside dans le silence de Galien et d'Hippocrate sur le mal vénérien. Eh bien! il est facile de faire voir qu'il a été impossible à ces deux grandes autorités de reconnaître le fléau qu'ils avaient sous les yeux et que forcément ils ont dû passer à côté sans le noter.

Supposons qu'aujourd'hui nous ne connaissions nullement la syphilis, en tant que diathèse régnant autour de nous, que nous soyons dans l'ignorance la plus complète sur tout ce qui concerne sa cause (contagion), son état latent, la nature commune des accidents auxquels elle donne lieu, et que les prostituées n'aient jamais été groupées ensemble, si des malades se présentaient à nous, les uns avec des exostoses, les autres avec des caries, d'autres encore avec des éruptions, est-ce que l'idée nous viendrait de rattacher ces états morbides à de petites ulcérations depuis longtemps cicatrisées aux parties génitales? Eh bien! telle était la situation du temps d'Hippocrate et de Galien, avec le surcroît de difficulté que dans leurs climats chauds les altérations générales ont dû être moins graves, comme de nos jours en Algérie, et que les ulcérations initiales s'y cicatrisaient plus rapidement.

Mais, dira-t-on, ils auraient dû au moins reconnaître la contagion du mal? Je réponds non, en m'appuyant encore une fois sur les faits de la variole. La contagion de cet autre fléau crève les yeux et cependant ni Rhazès, ni Sydenham n'ont noté la contagion; c'est que Rhazès, galéniste, considéra la variole comme une dépuration naturelle de l'organisme, et Sydenham envisagea les épidémies de variole au point de vue des constitutions épidémiques d'Hippocrate. Tels élèves, tels maîtres. Les mêmes raisons qui ont fait méconnaître si récemment encore la contagion de la variole, ont dû planer autrefois sur la contagion de la syphilis.

Résumons-nous.

La syphilis remonte à la plus haute antiquité; elle est née et a vécu avec la prostitution, robe de Déjanire accolée à Vénus.

La diathèse syphilitique a été découverte dans le milieu étiologique des prostituées groupées dans des quartiers à part.

D'abord la connaissance s'en est transmise oralement dans la population de ces quartiers; puis, au quinzième siècle, la syphilis s'étant répandue dans toutes les classes de la société par le retour de notre armée de Naples, la tradition populaire a été recueillie par les médecins, qui l'ont interprétée au point de vue des idées galéniques.

J'ai fini. Si les considérations que je viens de développer ont quelque valeur, je les dois à Béthencourt, si brillamment remis au jour par M. Fournier. Maintenant, reprenant la manière de Béthencourt, je me tourne vers le public, le priant d'excuser la forme excentrique avec laquelle j'ai traité mon sujet. C'est le dialogue entre le gaïac et le mercure qui m'a entraîné (1).

A. Netter.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 décembre 1871 :

Article premier. — Par dérogation à l'article 19 du décret du 22 août 1854, les officiers de santé, pharmaciens, sages-femmes et herboristes de 2e classe, reçus pour les départements Alsace-Lorraine détachés en tout ou partie du territoire français par le traité du 10 mai 1871, pourront, pendant une période de trois ans, faire choix d'un autre département, sans avoir à subir de nouveaux examens.

Cette disposition s'applique seulement aux praticiens qui auront opté pour la nationalité française.

(1) Voir *Études sur le scorbut* (*Gaz. méd.*, Paris, 1861), et *Mystères de la petite vérole* (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1866-1867).

Art. 2. — La faculté d'option prévue à l'article 1er ne pourra s'exercer qu'une fois.

Art. 3. — Lorsque l'un des praticiens désignés ci-dessus aura résolu de s'établir dans un département autre que celui mentionné sur son diplôme, il devra en faire la déclaration au préfet de sa nouvelle résidence et au greffe du tribunal de première instance de l'arrondissement.

D'après cette déclaration, le préfet visera le diplôme pour l'entrée en exercice du titulaire.

— Par décret en date du 4 janvier 1872, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les docteurs Baileau (de Pierrefitte), Lorraine et Arqué (d'Orléans), Trannoy (d'Arras).

— Le nombre des inscriptions prises à l'École de médecine de Bordeaux pour le trimestre de novembre 1871 est de 285. Les années précédentes, pour le même trimestre, il avait varié entre 120 et 140.

— *Peste bovine.* — Le *Journal officiel* contient une circulaire du garde des sceaux aux procureurs généraux pour leur enjoindre de poursuivre quiconque aura favorisé la diffusion de la maladie par négligence.

Le garde des sceaux invite, en outre, les procureurs généraux à faire appel *à minima* toutes les fois qu'ils ne jugeront pas les contrevenants assez sévèrement punis.

— La Société de médecine de Paris a l'honneur de prévenir les sociétés de médecine départementales qui avaient l'habitude de lui envoyer leurs travaux, que son siége est à la préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg). Tout travail, livres ou bulletins, doivent donc être adressés soit à la Société, au *Palais du Luxembourg*, soit au secrétariat général de la Société, Dr Charrier, 45, rue Saint-André-des-Arts.

— M. le docteur Fort a commencé son *Cours public d'histologie* le lundi 8 janvier 1872, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre no 3 de l'École pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Le jeudi 11 janvier, M. Fort recommencera son cours particulier d'anatomie et de dissection.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Annuaire-agenda des médecins et pharmaciens du département de la Seine. Un beau volume cartonné : 2 francs.

Examen comparatif des principales eaux de l'Allemagne et de la France, par le docteur Rotureau. Brochure in-8o de 56 pages. — Prix : 2 francs.

Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu, par le docteur Giraud. In-8o. — Prix : 2 francs.

Moyen pratique de reconnaître avec certitude la mort réelle et d'éviter l'inhumation prématurée, par le docteur J.-V. Laborde. Brochure in-8o de 32 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Température, pouls, urine, dans la crise et la convalescence des pyrexies (pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire), par le docteur Eugène Charcot. Ouvrage accompagné de 14 planches et tableaux. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Soerd.

Paris. — Typographie A. Povein, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre.	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.94	6.0.0	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7 0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.23-
Silicate et silice, alumine..	0.0 0	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.134	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens, en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0 44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium.....................		
Matières organiques....................		

*Cette eau est arsenicale; elle **n'a aucune analogie** avec les précédentes.* Fièvres intermittentes, cachexies, dyspepsies, maladies de la peau, scrofule maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,30 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DRAGÉES ET SIROP

D'EXTRAIT AQUEUX DE FOIE DE MORUE, DE DESPINOY.

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui accompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Pharmacie L. FOUCHER, à Orléans.

Dragées d'iodure de potassium

Ces dragées, à 20 centigrammes d'iodure, remplacent la saveur désagréable de la solution par le goût agréable d'un bonbon; le dosage est des plus commodes, puisque cinq dragées représentent un gramme d'iodure. Enfin la fidélité du médicament est constante, puisqu'au lieu d'être décomposée comme avec la solution, l'iodure de potassium arrive dans l'estomac sans avoir subi la moindre altération.

4 fr. le flacon de 100 dragées.

Nota. Un dépôt central des produits L. FOUCHER est établi *pour le gros seulement,* r. Rambuteau, 50.

MÉDAILLE D'OR ET PRIX DE 16 600 FRANCS

Quina Laroche, reconstituant,

TONIQUE et FÉBRIFUGE

(Ext. complet des 3 quinquinas jaune, rouge et gris)

Paris, r. Drouot nº 15, et dans toutes les Pharmacies. Laroche

PAPIER RIGOLLOT POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Huile de foies frais de morue de Hogg

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — Mention honor.

2, rue Castiglione, Paris.

Pilules de Hogg. —

1º *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée.* Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2º *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène.* En vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3º *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable.* En vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

Sirop de digitale de Labelonye.

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches PNEUMONIES, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.)

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Papeterie du Corps médical, r. Bonaparte 29, à Paris.

Chamonin, éditeur.

Registre du médecin. — Comptabilité rapide.

600 comptes, 8 fr.; 800 comptes, 10 fr; 1 000 comptes, 12 fr. — Lettres d'honoraires. — Cartes de visite.

Vin ferrugineux à la rhubarbe de Chine

De **Ad. Carpentier**, pharmacien à Paris

Toutes les préparations ferrugineuses amènent plus ou moins de la constipation, et c'est pourquoi on ne peut en continuer longtemps l'usage. Le VIN FERRUGINEUX A LA RHUBARBE DE CHINE ne présente pas et ne peut présenter ces inconvénients. Il est agréable au goût, et convient dans tous les cas où le fer est indiqué. 61, boulevard Malesherbes. Paris, et dans toutes les pharmacies

Papier Wlinsi. — Papier chimique

perfectionné; puissant dérivatif; emploi facile. Son effet, prompt et sûr, peut être prolongé suivant le désir du médecin. Remplace les emplâtres de poix de Bourgogne, stibiés et autres analogues. — Boîte de 10 feuilles: 1 fr. 50 c. — Chez tous les pharmaciens.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le Sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode des bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la

Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FEHLING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et

fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lientérie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin. Elixir, Pilules, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

Névralgies calmées à l'instant même par les

pilules antinévralgiques du docteur CRONIER. — Dépôt, M. LEVASSEUR, pharmacien, rue de la Monnaie, nº 19, Paris. — 3 fr. la boîte.

Établissement thermal du Mont-Dore

Ouverture de la saison des bains, du 1er juin au 15 septembre. — E. BROSSON, concessionnaire.

Les EAUX MINÉRALES DU MONT-DORE, exportées, se conservent longtemps sans éprouver aucune décomposition qui en altère les propriétés médicamenteuses; de sorte que, transportées, elles rendent de très-grands services; elles sont employées avec succès contre le Rhume, le Catarrhe pulmonaire chronique, l'Asthme, l'Emphysème pulmonaire, la Pleurésie chronique sans fièvre, la Phthisie pulmonaire commençante, la Pharyngite et la Laryngite chroniques avec altération ou perte de la voix. — S'adresser, pour les demandes d'Eau, dans toutes les pharmacies et dépôts d'eaux minérales ou à M. E. BROSSON, concessionnaire, au Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

N° 4. — JEUDI 11 JANVIER 1872 45e ANNÉE JEUDI 11 JANVIER 1872. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — CONDAMNATION DU NOUVEL HÔTEL-DIEU. SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Extrait de la *Gazette médicale de Paris*. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (M. Guéneau de Mussy). — Balles explosibles ; balles fragmentées (M. Amédée Tardieu). — ACADÉMIE DE MÉDECINE.

CONDAMNATION DU NOUVEL HOTEL-DIEU. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'événement de la journée ne s'est pas produit à la séance de l'Académie, mais à une séance générale de la Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux.

On y a condamné le nouvel Hôtel-Dieu, dont la construction a déjà coûté tant de millions, et en coûterait encore au moins cinq pour être achevée, au moins deux pour être couverte et rester debout.

Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, convoqués extraordinairement samedi dernier, avaient nommé, pour faire un rapport sur ce sujet, une commission composée de MM. Hardy, Broca, Marjolin, Giraldès, Hérard, Lallier, Trélat, Vidal et Lorrain, rapporteur.

Ces messieurs visitèrent longuement, dimanche dernier, le nouvel hôpital, et les opinions qu'ils émirent peuvent être groupées sous trois chefs.

Les plus modérés, MM. Hérard et Hardy, tout en reconnaissant que la construction de cet hôpital est détestable, proposent de le conserver en y installant des services spéciaux de maladies de la peau, de maladies des yeux, etc., c'est-à-dire en en écartant le plus possible les vrais malades.

D'autres, au contraire, et parmi eux MM. Marjolin, Giraldès, Lallier et Vidal, proposaient la démolition d'un bâtiment tout à fait impropre au service sanitaire auquel il était destiné.

Enfin d'autres, MM. Broca et Trélat, proposent de garder une partie des bâtiments, après avoir démoli le reste, de manière à réduire de moitié le nombre des lits.

Ces diverses propositions, résumées par M. Lorrain dans un volumineux rapport, ont été discutées hier, et on est arrivé à l'unanimité sur un point : *c'est que l'Hôtel-Dieu, tel qu'il est construit, ne répond pas aux conditions exigées pour un hôpital par l'état actuel de la science et de l'hygiène.*

Une conclusion dans ce sens, formulée par M. Trélat, n'a pas trouvé un seul opposant.

Au contraire, la Société n'a point admis un amendement formulé par M. Hardy, et qui tendait à conserver les bâtiments pour un nombre de lits moindre de moitié : 400 au lieu de 800.

Venons-en à l'Académie.

Combien vite les questions s'usent à notre époque ! Où sont maintenant les partisans de cette théorie qui attribuait au périoste un rôle exclusif dans la formation du tissu osseux ? Quand M. Demarquay est venu rappeler cette doctrine pour la combattre, on s'étonnait presque comme s'il se fût agi de chose bien ancienne, et cependant c'est à peine s'il y a quelques années qu'on se passionnait pour ou contre. Les discussions étaient bien vives lorsqu'en 1867 M. Ollier a publié son bel ouvrage sur la régénération des os, et lorsque je suis allé à Lyon passer de longues heures à examiner les résultats obtenus par lui dans ses expériences pour en parler à nos lecteurs (1).

Alors déjà pourtant M. Ollier lui-même était bien moins exagéré dans ses conclusions que ses adversaires ne le croyaient, d'après quelques-uns de ses partisans.

M. Demarquay est dans l'erreur quand il prétend qu'il n'ait complétement le rôle de la moelle dans la formation du nouvel os.

Voici en effet dans quels termes je résumais dans la *Gazette* nos conversations sur ce point :

« Ainsi l'importance du périoste pour la régénération des os devrait être admise par tous. La seule question est de savoir jusqu'à quel point cette importance est capitale, et si, en dehors du périoste, la moelle ou le tissu osseux, ou même les parties périphériques ne pourraient pas jouer un rôle analogue dans la reconstitution des os. Pour la moelle, quand elle reste en place, il est certain qu'elle s'ossifie dans de nombreuses circonstances. Elle constitue après les fractures la virole interne, elle fournit à l'os des couches de renforcement, elle joue alors dans ce cas un rôle semblable à celui du périoste, et M. Ollier le reconnaît. Mais la moelle est un tissu mou, friable, et qui ne peut guère subsister en dehors de l'os. »

Certes, on ne peut pas dire qu'il y ait là une négation absolue.

M. Ollier ne niait pas davantage le rôle des portions d'os saines et conservées :

« Elles semblent contribuer par elles-mêmes, continuais-je, à la production du tissu osseux. C'est pourquoi M. Ollier emploie très-souvent, quand il le peut, la méthode dite de l'évidement.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, numéros du mardi 12 et du mardi 19 février 1867.

Nous avons vu plusieurs malades chez lesquels cette opération avait été pratiquée par lui. »

M. Ollier n'en était plus du reste à la théorie du blastème ; il ne regardait pas les tissus nouveaux comme produits par une sécrétion d'abord liquide, mais comme le résultat de la prolifération de cellules persistantes. C'était un disciple de M. Virchow et non pas de M. Robin.

Il devait donc, en théorie, transporter en dehors du sang et du système circulatoire le principe d'activité réparatrice ou formatrice.

Mais, comme il était bon observateur, il n'hésitait pas à écrire le passage suivant :

« La reproduction de la matière osseuse est, en outre, plus rapide sur les parties vasculaires, le long des vaisseaux. A la voûte palatine, au crâne, là où la membrane périostéique est tendue et permet d'analyser le processus, nous avons constaté que les premiers linéaments de l'ossification suivaient la direction des artères. *Bien que le vaisseau n'ait, en principe, aucune action spéciale sur la matière du processus, il n'en est pas moins utile pour son rapide accomplissement.* Plus le périoste est vasculaire, plus marquées sont ses propriétés ostéogéniques (1).

On sent le côté faible de cette théorie, bien moins facilement exclusive que celle d'une membrane sécrétante et d'un blastème.

Les éléments propres du périoste perdraient beaucoup de leur importance si, pour exalter leurs propriétés ostéogéniques, ils avaient besoin de la présence des vaisseaux.

On pouvait prévoir que bientôt d'autres chirurgiens accorderaient à tous les tissus traversés par les mêmes vaisseaux les propriétés que M. Ollier voulait réserver au périoste.

M. Bilroth le fit en effet dans son magnifique *Traité de pathologie générale*.

Remarquant combien le périoste proprement dit, dans sa couche fibreuse qui adhère intimement à l'os, est relativement peu vasculaire, il lui refuse à peu près toute espèce de rôle dans la production du tissu osseux.

En cas de fracture, ce périoste-là reste, dit-il, le plus souvent, en dedans du cal externe; en cas de nécrose, il meurt avec l'os ou disparaît graduellement.

Le travail ostéogénique se fait surtout dans les parties où les vaisseaux destinés à l'os se ramifient et se distribuent, c'est-à-dire dans les couches de tissu conjonctif qui entourent le vrai périoste, dans l'os lui-même et dans la moelle.

Si l'on admet ainsi que l'ossification soit essentiellement dépendante de l'activité circulatoire, il est facile de comprendre comment l'os nouveau formé dans la moelle d'un os mortifié devait être mince, comme l'a trouvé M. Demarquay.

En effet, la moelle reçoit ses vaisseaux de la diaphyse comme des épiphyses à travers les canalicules de Harvers. Tant que l'os est sain, les canalicules étant partout perméables, l'activité circulatoire est assez grande dans la moelle. Mais quand la diaphyse d'un os long est mortifiée en son entier, ses vaisseaux nourriciers et ses canalicules de Harvers sont oblitérés ; la moelle ne reçoit donc plus d'éléments sanguins par cette voie, et la circulation ne peut s'y continuer qu'à l'aide des anastomoses aboutissant aux épiphyses. Les productions osseuses n'y peuvent donc être telles qu'elles seraient à l'état normal, et comme les conditions sont toutes différentes en cas de fracture ordinaire, la pièce présentée par M. Demarquay ne permet aucune induction en ce qui touche le col interne.

(1) *Traité expérimental et pratique de la régénération des os*, tome I, p. 320.

L'espace nous manquerait aujourd'hui pour exposer les dernières théories sur la formation du tissu osseux.

Dr Victor Révillout.

On lit dans la *Gazette médicale de Paris* du 23 décembre 1871 :

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de parler de l'Association des médecins de la Seine et d'appeler l'attention de nos confrères sur son organisation essentiellement démocratique. On se rappelle, en effet, que tous les membres du bureau sont élus par le suffrage universel, et que les noms des membres qui doivent composer la commission générale, renouvelable par moitié tous les ans, sont tirés au sort en assemblée générale. Chaque sociétaire peut ainsi participer, quand le sort en décide, à l'administration des affaires de l'Association, et la prospérité toujours croissante de celle-ci, le chiffre de plus en plus élevé des secours qu'elle distribue, témoignent en faveur d'une semblable organisation.

Cependant le *bien* ne doit pas empêcher de rechercher le *mieux*, malgré l'avis contraire d'un vieil adage qui dit que le *mieux* est l'ennemi du *bien*. Ainsi, par suite d'un accord dont on ne s'est pas rendu compte, et qui résulte d'un assentiment tacite aux propositions émanant du bureau, on a pris l'habitude d'élire chaque année, pour renouveler ce bureau, les candidats que lui-même présente. Cet usage a eu pour résultat, d'abord de faire choisir constamment les membres du bureau parmi les sociétaires qui, par leur haute position ou leurs attaches officielles, pouvaient avoir personnellement plus de crédit, plus d'influence que leurs collègues auprès des divers représentants de l'autorité ; ensuite de renouveler sans cesse le mandat de ces mêmes sociétaires et de les laisser ainsi s'éterniser dans leurs fonctions. Ceci constitue, suivant nous, un double inconvénient.

Et d'abord, dans une association mutuelle, on doit surtout compter sur l'appui, l'assistance réciproque des sociétaires entre eux ; on ne doit faire appel que *très-exceptionnellement* à la protection ou à la faveur d'une autorité quelconque. Lorsqu'un pareil cas se présente, il est plus digne pour l'Association que le président, ou le membre qu'elle a délégué, emprunte à ses seules fonctions et à la bonté de la cause qu'il défend, tout le crédit nécessaire pour assurer le succès. Il n'est donc pas besoin que ce président ou ce délégué fasse intervenir son influence personnelle, et dès lors on peut le choisir indifféremment parmi les membres de l'Association aptes à remplir le mandat, quelle que soit d'ailleurs leur notoriété.

En second lieu, pourquoi ne pas établir, pour les membres du bureau, le renouvellement *effectif* qui existe pour les membres de la commission générale, et que nous rencontrons dans toutes nos sociétés savantes? Nous comprenons la rééligibilité du secrétaire général et du trésorier, ces deux colonnes de toute société, de toute association ; mais nous ne saurions admettre au même titre celle des autres membres du bureau ; chaque sociétaire doit pouvoir être appelé à des fonctions qui, tout en exigeant de lui un surcroît de dévouement, constituent, de la part de ses collègues, un témoignage d'estime et de sympathie des plus enviables.

Les considérations précédentes ont eu pour but de poser une question de principe ; nous laissons de côté toute question de personne. Cependant, l'un des vice-présidents de l'Association ayant donné sa démission, on nous permettra de profiter de l'occasion pour appliquer le principe que nous venons de défendre. Nous proposerons donc, pour remplacer le vice-président démissionnaire, un confrère libre de toute attache officielle, qui est aimé, estimé de tous, dont la compétence en matière d'association est éprouvée : nous voulons parler de M. Brochin. Nous devons ajouter que nous prenons seul la responsabilité de cette candidature ; mais elle nous a paru donner une sanction pratique si heureuse aux considérations générales exposées plus haut, que nous n'avons pu résister au désir de la produire, au risque de mécontenter notre honorable et modeste confrère.

Dr F. de Ranse.

HOTEL-DIEU. — M. Noel Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (1).

Un homme de 55 ans, cordonnier, est entré dans la salle Saint-Agnès, le 17 octobre 1868. Il ne put donner aucun renseignement sur la santé de ses ascendants. La sienne a été très-bonne, dit-il, et aucune maladie grave n'était venue la troubler jusqu'au développement de l'affection dont il est aujourd'hui atteint, malgré des excès de tout genre auxquels il affirme avoir renoncé depuis dix-huit à vingt ans.

Cependant, il y a trois ans, il contracta un chancre reconnu induré, et fut soumis, pendant dix mois, à un traitement antisyphilitique, quoi qu'il n'eût éprouvé aucun accident secondaire. Il n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Il y a un an, il constata, dans ses selles, la présence d'entozoaires qui, d'après sa description, étaient des fragments de ténia. Un médecin qu'il consulta lui fit prendre, à plusieurs reprises, de la décoction de racine de grenadier. Il y a quatre mois qu'il en prenait pour la dernière fois, un mois avant le début de la diarrhée qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital. Il a rendu, dit-il, en quatre fois, plus de 12 mètres de ténia, et après la dernière dose du vermicide, la tête du parasite aurait été expulsée.

Pendant le dernier été, en même temps qu'il se livrait à un travail très-fatiguant, il eut beaucoup à souffrir de l'excessive chaleur de la saison dans la petite chambre qu'il habitait et qui était située sous les toits. Ce fut dans ces conditions, auxquelles il impute l'origine de son mal, qu'il fut pris de diarrhée, il y a huit mois environ.

Au début, il avait 8 à 10 selles par jour, semi-liquides, jaunâtres ou verdâtres. Il prit sans résultat de l'eau de chaux et du sirop de coings ; la diarrhée persista ; les selles mêmes devinrent plus nombreuses et en même temps moins copieuses. Trois semaines après le malade y constatait un peu de sang, et les évacuations étaient accompagnées de ténesmes douloureux ; mais jamais, quoique son attention fût constamment éveillée sur ce point, il n'y remarqua la présence de parasites.

Ainsi, chez ce malade, nous avons observé une diarrhée qui a persisté pendant plusieurs semaines sans offrir aucun caractère spécial. Elle n'empêchait pas cet homme de se livrer à ses occupations habituelles ; puis, après quinze ou vingt jours de durée, elle prit une forme dysentérique bien accentuée avec ténesmes, excrétions glaireuses, sanguinolentes très-fréquentes. Malgré ces accidents, cet homme continua à travailler jusqu'au moment où il tomba en quelque sorte vaincu par la faiblesse. L'épuisement avait été d'autant plus rapide que la perte complète de l'appétit ne permettait pas à l'organisme de regagner ce qu'il avait perdu.

Quand il entra dans notre service, il était amaigri et présentait un aspect cachectique. Son visage était ridé ; le sillon naso-labial était fortement accusé ; son teint était d'un jaune pâle un peu terreux. Les conjonctives offraient une teinte subictérique qui appelle toujours mon attention vers l'examen du foie. Il n'est pas rare de rencontrer cette teinte dans la pneumonie, et la congestion hépatique en est une complication fréquente (2). Elle est commune dans cet état morbide assez mal défini qu'on désigne sous le nom d'embarras gastrique, et qui, d'après mes observations, est le plus souvent accompagné de congestion du foie.

En effet, chez notre malade, le foie était volumineux et dépassait les côtes de deux travers de doigt. Son bord antérieur était saillant et dur, sans inégalités de la surface. Il était douloureux à la pression, comme il l'est toutes les fois qu'il devient le siége d'un travail congestif, quelle qu'en soit la cause,

Le ventre était ballonné ; on y sentait, par la palpation, des anses intestinales immobiles, comme elles le sont ordinairement dans le météorisme, et on y éveillait, par la pression, une sensibilité diffuse qui devenait beaucoup plus accentuée au niveau de l'*S* iliaque du colon, phénomène très-habituel dans la dysentérie.

L'examen des organes thoraciques n'y fit rien constater d'anormal ; le pouls était fréquent et faible ; la peau était sèche, mais sans chaleur.

Les dents étaient cariées et encroûtées de tartre, en partie recouvertes par les gencives molles, fongueuses et saignantes ; la bouche était mauvaise et pâteuse ; la langue était blanchâtre le malade éprouvait du dégoût pour les aliments et mangeai peu ; ses digestions étaient pénibles ; deux heures après les repas, souvent plus tôt, il éprouvait des douleurs intenses dans le ventre. Les évacuations se répétaient environ dix fois par jour, glaireuses, rouges, ressemblant à du frai de grenouille teint de sang.

Depuis le début des accidents, cet homme a maigri ; ses forces ont diminué ; la vue, l'ouïe et même sa mémoire lui semblent affaiblies.

En présence de ces symptômes, de cette congestion hépatique, de cette colite dysentérique dejà ancienne (1), je prescrivis, deux fois par jour, une pilule contenant deux centigrammes de calomel et dix centigrammes de conserve de roses. Dans les congestions subaiguës de la glande hépatique, et même dans les congestions aiguës, après avoir rempli les indications qui ressortent de l'état réactionnel, le calomel est souvent un admirable médicament ; il sollicite l'action de la glande, et c'est probablement ainsi que se juge alors l'état congestif.

D'une autre part, c'est un fait d'expérience que, dans la dysentérie, en même temps que l'action sécrétoire est exagérée dans la partie inférieure de l'intestin, elle est en général diminuée ou suspendue dans le foie, et le rétablissement des selles bilieuses annonce ou même favorise la guérison de la recto-colite.

En même temps, pour agir topiquement sur l'intestin, j'ordonnai des lavements avec du sous-nitrate de bismuth suspendu dans un mucilage de gomme additionné de quelques gouttes de laudanum. Des cataplasmes laudanisés furent appliqués sur le ventre. Je lui donnai pour boisson de l'eau de riz avec du blanc d'œuf, et pour aliment des potages gras féculents qui devaient être pris deux heures au moins après les pilules de protochlorure.

L'effet thérapeutique répondit à mon attente ; avec ces trois petites doses de calomel, les selles devinrent bilieuses, plus rares, presque indolentes. Le foie rentra dans ses limites normales, et j'eus affaire à une diarrhée simple. La maladie avait

---

(1) Ces leçons, faites en 1858, ont été en partie rédigées par M. Colette, interne des hôpitaux.

(2) Je l'ai très-souvent rencontrée. La sympathie morbide de ces deux organes est-elle la conséquence de leur synergie physiologique, ou le trouble circulatoire du poumon amène-t il consécutivement un trouble de la circulation hépatique ? J'ai plusieurs fois vu des hépatites compliquées de congestion de la base du poumon.

(1) Dans le début de la dysenterie, l'ipécacuanha est souvent le meilleur des remèdes, surtout peut-être quand la dysenterie est compliquée de troubles gastriques.

repris sa forme initiale, mais très-atténuée ; au lieu de 10 ou 12 évacuations, il n'en avait plus que 5 à 6.

Je lui donnai alors le bismuth par la bouche, associé d'abord au laudanum, puis, plus tard, au diascordium. L'amélioration obtenue demeura stationnaire. Je me decidai à recourir à des lavements avec une solution d'azotate d'argent. *Quinze*, *vingt*, *vingt-cinq* centigrammes de sel lunaire furent successivement ajoutés à *cent* grammes d'eau distillée. Chaque injection fut suivie de vives douleurs, que je calmai par des applications de cataplasmes laudanisés et par des lavements avec de la décoction de pavots et de l'amidon.

Cette sensibilité de l'intestin m'engagea à éloigner ces injections rectales que j'avais d'abord fait administrer tous les deux jours.

Le nombre des selles se réduisit à trois dans les vingt-quatre heures ; leur consistance devint pultacée ; des grumeaux solides s'y mêlaient habituellement ; à peine, de temps en temps, y trouvait-on encore un peu de sang. Cependant, ce nouveau progrès ne conduisit point le malade, comme je l'espérais, à un rétablissement complet.

Comme la peau était habituellement sèche, je cherchai à en activer les fonctions à l'aide de douches de vapeur d'armoise. Elles provoquèrent une transpiration passagère ; mais l'état de l'intestin ne fut point modifié.

Je me demandai alors si l'affection parasitaire dont cet homme avait été récemment atteint ne serait pas pour quelque chose dans ce désordre opiniâtre des fonctions intestinales. Le ténia habite le jejunum et l'iléon, et ne produit point, ordinairement, de diarrhée. Cependant, comme les troubles fonctionnels provoqués par sa présence sont très-variables, je prescrivis *vingt* grammes de kousso. Ce médicament eut une action purgative assez énergique. Dès le lendemain, le malade reprit du bismuth. Depuis ce jour, un nouveau progrès s'est accompli ; la consistance des selles a augmenté, et au lieu de six en deux jours, dans le même espace de temps le malade n'en a eu que trois.

Le kousso a-t-il agi comme purgatif? A-t-il, à ce titre, exercé sur la muqueuse cette action modificatrice, quelquefois utile dans certaines formes de diarrhées chroniques, action que Trousseau appelait substitutive, mais dont le mode intime n'est pas encore déterminé ? Je l'ignore. Je me suis demandé encore si certains parasites, difficiles à retrouver dans les selles, comme les trichocéphales, qui habitent le gros intestin, n'auraient pas contribué à entretenir, dans la muqueuse intestinale, une irritation sécrétoire, et si le kousso n'aurait pas agi sur eux comme vermicide, ou si le principe actif de ce médicament n'aurait pas détruit des ferments intestinaux qui peuvent, en se reproduisant, troubler l'action digestive ? Je n'exprime ici ces hypothèses qui traversaient mon esprit que comme des questions à résoudre et des jalons posés pour des observations ultérieures.

Revenons un moment sur l'histoire de ce malade pour étudier les phénomènes morbides observés chez lui ; cherchons à deviner les lésions qui leur correspondent, à déterminer les conditions pathogéniques auxquelles on peut imputer ce trouble fonctionnel, et surtout celles qu'il faut accuser de la chronicité des accidents. C'est sur toutes ces données réunies que nous fonderons les indications thérapeutiques.

(*Sera continué.*)

BALLES EXPLOSIBLES. — BALLES FRAGMENTÉES

Par le docteur Amédée Tardieu,
Ex-chirurgien en chef de la 8e ambulance de Secours aux blessés.

Au moment où l'opinion publique s'occupe avec raison de savoir si, dans la dernière guerre, nos ennemis ont employé des balles explosibles, il ne sera pas sans intérêt de citer les deux observations suivantes. Nous les avons recueillies pendant le siége de Paris.

Obs. Ire. — D..., Pierre, soldat au 69e de ligne, tombe frappé de plusieurs balles, dans le combat du 30 septembre, devant L'Hay. Ce blessé s'est traîné péniblement sous un buisson pour échapper à l'ennemi, et, de 6 heures du matin à 6 heures du soir, il n'a point reçu de secours. Ce n'est qu'à 5 heures que les médecins et infirmiers de la 8e ambulance de secours aux blessés le découvrent et le transportent à Arcueil, où était alors notre ambulance.

Ce soldat offre les blessures suivantes : la cuisse droite est traversée d'une balle à sa partie moyenne ; la balle a passé en avant du fémur, qui n'est point brisé.

La cuisse gauche est beaucoup plus malade. En dehors, à sa partie moyenne, elle porte deux trous très-nets faits par deux balles ; le blessé nous dit lui-même que c'est par ce côté que les balles sont entrées. En dedans de la cuisse gauche, on ne trouve qu'un trou de sortie, et, dans un premier examen superficiel, on suppose qu'une des balles est restée dans la cuisse.

Cependant cette cuisse gauche est considérablement déformée ; elle est gonflée, et, en l'examinant attentivement, on reconnait qu'il sera absolument impossible de la conserver. Le fémur paraît brisé sur une grande étendue, et l'on sent partout des esquilles. On ne voit d'autre remède que la désarticulation de la cuisse, que l'on propose au malade. Celui-ci refuse, mais permet qu'on lui fasse une large incision à la partie antérieure de la cuisse, où des esquilles pointues soulèvent la peau.

Par cette incision on retire un grand nombre de petites esquilles ; deux ou trois seulement ont le volume d'une pièce de deux francs. Cette grande quantité d'esquilles et surtout leur dissémination dans toutes les parties molles de la cuisse frappent l'attention du chirurgien. On place un drain et l'on panse le blessé.

Pendant quatre jours, malgré les soins les plus assidus, le blessé va de mal en pis. On lui propose de nouveau l'opération, comme sa seule chance de salut. Le 6 octobre, il accepte enfin, mais il est si affaibli, que l'on craint fortement de le voir succomber pendant l'opération. La désarticulation de la cuisse gauche est faite rapidement et le malade perd fort peu de sang. Mais il est visible cependant qu'il s'affaiblit de plus en plus. Il a encore assez de forces pour remercier le chirurgien qui vient de l'opérer. Il meurt moins d'une heure après avoir été remis dans son lit ; son agonie est tranquille, et le blessé succombe peu à peu en conservant jusqu'au bout son intelligence.

L'autopsie de la cuisse enlevée est faite avec le plus grand soin devant un grand nombre de personnes. Outre les médecins de l'ambulance, on compte parmi les personnes présentes plusieurs officiers du fort de Montrouge. Voici ce que l'on constate : Le trajet du trou d'entrée au trou de sortie d'une des deux balles est très-nettement indiqué ; on suit moins facilement le trajet de la seconde balle, dont on voit très-manifestement le trou d'entrée. Qu'est-elle devenue ? On la cherche longtemps en vain, et dans cette recherche on aperçoit avec étonnement que toutes les parties molles, muscles et tissu cellulaire, sont comme farcies de toutes petites esquilles. Le fémur a disparu, sur une longueur d'environ six centimètres, entre son tiers moyen et son tiers supérieur. On trouve enfin, attachés à deux petites esquilles, de petits morceaux de plomb aplatis, et guère plus gros qu'une tête d'épingle. En présence des dégâts extraordinaires de la cuisse, et de la découverte de ces deux petits morceaux de plomb, plusieurs spectateurs songent que ce pourrait bien être une balle explosible qui aurait occasionné tous ces dégâts. On dissèque la cuisse tout entière et l'on trouve ceci :

A partir du point, comme centre, où le fémur a disparu, et en allant d'une part vers le genou, et de l'autre vers l'articulation coxo-fémorale, on trouve une infinité de petits grains de plomb dans tous les tissus et jusque sous la peau. Ces grains sont d'autant plus abondants qu'on approche plus près du centre indiqué. On ne saurait mieux comparer les petits grains qu'à une poussière noire ; ces grains de poussière, du reste, ne laissent aucun doute sur leur nature métallique, après un examen attentif. On en découvre quelques-uns jusqu'à 3 centimètres du genou. L'articulation du genou est très-enflammée. Nous avons recueilli un certain nombre de ces petits fragments métalliques, que nous conservons. En outre, de toutes petites esquilles sont également disséminées dans tous les tissus et jusque sous la peau, principalement dans la région antérieure de la cuisse, et dans la région externe où se trouvait le trou d'entrée dont nous avons déjà parlé.

Dans l'esprit des spectateurs, il n'était pas douteux que nous ne fussions en présence d'une balle explosible.

Cela ne suffisait pas, et, comme il était facile d'avoir des renseignements, nous voulûmes savoir si le fait était isolé ou, au contraire, si, dans le combat du 30 septembre, les Prussiens avaient employé une certaine quantité de balles explosibles. Plusieurs officiers français, notamment un capitaine du 42e de ligne, nous affirmèrent que, dans cette journée du 30, les ennemis leur avaient envoyé des balles explosibles. Nombre de soldats du 35e, du 51e et du 42e nous dirent comme leurs chefs. Les balles, en frappant les arbres, faisaient un bruit analogue à un fort coup de *fouet*. Quand elles s'enfonçaient un peu dans le sol, elles produisaient, suivant l'expression d'un capitaine, de *petits volcans*.

Ajoutons enfin que plusieurs personnes nous affirmèrent avoir vu ce jour-là, sur des cadavres, des lésions que l'on ne pouvait guère s'expliquer que par la présence de balles explosibles. C'est ainsi qu'un malheureux soldat, mort sur le champ de bataille, avait une plaie du sternum, large de plus de 5 à 6 centimètres, en évidoir, et dont la surface déchiquetée indiquait que le projectile était explosif et ne pouvait être qu'une balle, vu l'absence, bien constatée, de tout éclat d'obus.

Nous devons ajouter que, dans ce combat seul du 30 septembre, devant Chevilly et l'Hay, nous avons observé des projectiles explosifs. Bien que notre ambulance se soit trouvée dans huit autres combats ou batailles, nous n'avons pas observé de faits analogues à celui que nous venons de citer. En outre, les officiers et soldats interrogés par nous, lors des autres combats, n'ont pas observé de balles produisant des effets semblables à ceux que nous avons rapportés.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il demande de lui fournir un programme pour l'enseignement de l'hygiène dans les lycées et dans les écoles normales primaires.

Sur la proposition de M. le président, l'Académie décide que la commission chargée de rédiger les programmes demandés par M. le ministre se composera de MM. Joly, Bouchardat, Guérard, Vernois, Bergeron, Delpech et Colin.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet des rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements des Hautes-Pyrénées et du Tarn-et-Garonne (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le comte de Flavigny qui invite l'Académie à se faire représenter au service funèbre qui sera célébré à Notre-Dame le 16 janvier 1872, à onze heures du matin, en mémoire des officiers, sous-officiers et soldats des armées de terre et de mer, des gardes nationales mobiles, des gardes nationales et des corps volontaires morts pendant la guerre. Des cartes d'invitation seront mises à la disposition des académiciens qui en feront la demande.

2° Une lettre de M. Blanchard, vétérinaire à Grenoble, et de M. Weart, aide-vétérinaire au 6e d'artillerie, annonçant la découverte d'un cas de how-pox et la production du cow-pox par l'inoculation de ce how-pox sur une génisse (commission de vaccine).

3° Une note sur le sang par M. le docteur Pigeon, de Fourchambeau.

M. Amédée Latour présente, 1° au nom de M. le docteur Gallard, deux brochures intitulées, l'une de l'*Introduction de l'exercice militaire dans les lycées* ; l'autre, *Notions d'hygiène à l'usage des institutions primaires* ;

2° De la part de M. le docteur Burdel (de Vierzon), un ouvrage ayant pour titre : de *l'Ivrognerie et de ses effets désastreux sur l'homme.*

M. Devilliers offre en hommage, au nom de M. le docteur Mattéi, le troisième volume de sa *Clinique obstétricale.*

M. Gavarret présente un nouvel ophthalmoscope imaginé par M. Sichel, et qui permet à deux observateurs de voir en même temps la même lésion.

M. Larrey présente 1° de la part de M. Léon Soubeyran : 1° une note sur quelques accidents consécutifs à la piqûre de la vipère ; 2° la liste des titres scientifiques de l'auteur ;

2° Une brochure sur la météorologie et les maladies régnantes à Perpignan pendant l'année 1869 ;

3° Plusieurs tomes des mémoires de l'Académie des sciences de Toulouse.

LECTURES

I. *Sur l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement.*

M. Guéniot lit sur ce sujet un long mémoire, dont voici les conclusions :

1° Il existe chez certaines femmes, pendant la grossesse et parfois au moment de l'accouchement, une affection particulière du col utérin qui, presque toujours méconnue, n'a été jusqu'ici l'objet d'aucune description.

2° Cette affection peut être désignée sous le nom d'*allongement œdémateux avec prolapsus du col*, qui en indique les principaux traits constitutifs. L'hyperhémie et la turgence de l'organe, la disposition de sa cavité transformée en un long canal librement ouvert, la rapidité avec laquelle ces divers symptômes sont susceptibles de disparaître et leur grande facilité à se reproduire sous certaines influences, représentent autant d'autres caractères fondamentaux de la maladie. L'ulcération du museau de tanche, le renversement du vagin, l'amincissement et la fluidité des parois utérines sont aussi des symptômes presque constants, de même que des douleurs péri-pelviennes, un sentiment de faiblesse générale et des troubles variables dans la miction.

3° Les causes de cette altération du col utérin sont complexes ; elles dérivent à la fois de certaines dispositions anatomiques de l'organe et de diverses circonstances exerçant sur lui un action mécanique prolongée.

4° Quoique très-rare, l'allongement œdémateux avec prolapsus du col est, sans doute, moins exceptionnel qu'on ne serait tenté de le supposer. Plusieurs observateurs l'ont, à tort, assimilé à l'allongement hypertrophique ou au prolapsus simple, avec lequel il offre, en effet, une grande analogie, mais dont il se distingue essentiellement par des caractères propres et de première importance.

5° L'affection dont il s'agit est, pour la femme, une cause d'inconvénients douloureux plutôt que de dangers menaçants ; mais

elle est grave pour l'enfant, dont elle compromet la santé ou la vie, en prédisposant soit à l'accouchement prématuré, soit à l'avortement.

6° Le traitement qu'il convient de lui opposer consiste à faire rentrer dans le vagin l'organe prolapsé et à maintenir la réduction au moyen d'un tampon et d'un bandage de toile appliqué sur le ventre. Le repos horizontal, l'usage des calmants contre la toux, des laxatifs contre la constipation, etc., sont des moyens auxiliaires qu'il est nécessaire de mettre à profit. L'emploi des pessaires, étant très-dangereux pour la grossesse, devra être sévèrement proscrit, de même que toute opération qui intéresserait le vagin ou le col de la matrice. Pendant l'accouchement, il suffirait de bien surveiller le travail et de se tenir prêt à parer aux accidents. Enfin, après la délivrance, on devrait réduire le prolapsus et prescrire, pour le temps des couches, un décubitus exceptionnellement prolongé.

II. *Sur un nouveau laudanum proposé en remplacement du laudanum de Sydenham.*

M. DELIOUX DE SAVIGNAC, tout en reconnaissant les incontestables services rendus à la thérapeutique par le laudanum tel que l'a formulé Sydenham, fait ressortir ce que cette formule présente de défectueux au point de vue pharmacologique. Il lui reproche l'emploi de l'opium brut, ainsi que l'intervention de la cannelle et du girofle. Le tannin précipitant tous les alcoolides végétaux, celui qui est contenu dans la cannelle et le girofle doit précipiter les alcoolides de l'opium, par conséquent dépouiller l'opium d'une partie de ses vertus. Ce que la théorie faisait prévoir a été confirmé par l'expérimentation directe et par l'analyse chimique.

En effet, si l'on verse, soit une infusion de cannelle, soit une infusion de girofle dans une solution de sel de morphine, on obtient, dans les deux cas, un précipité blanchâtre de tannate de morphine.

Le laudanum de Sydenham n'a donc pas toute l'activité qu'on lui suppose et qu'il devrait avoir, et cela par le fait de l'intervention vicieuse de substances tannifères incompatibles avec l'opium.

On peut encore critiquer le choix qui est fait de l'opium brut, en raison des éléments inertes ou nuisibles qu'il renferme et de ceux qui lui communiquent une action excitante contraire aux effets calmants et anodins qu'on attend des préparations opiacées.

M. Delioux de Savignac préfère l'extrait d'opium, qui, par un mode de préparation convenable, peut être presque entièrement dépouillé de ses éléments superflus, tout en conservant la morphine et la codéine, ces deux facteurs les plus utiles de la médication narcotique.

Après avoir rappelé la composition des quatre autres principales espèces de solutions officinales d'opium : laudanum de Rousseau, élixir parégorique, gouttes noires anglaises et teinture d'extrait d'opium, M. Delioux de Savignac arrive à l'exposition de la formule par laquelle il croit devoir remplacer ces diverses préparations :

Pr.: Extrait d'opium purifié............	5
Safran divisé..........................	5
Alcoolat de menthe.....................	30
Alcoolat de mélisse....................	25
Hydrolat de cannelle...................	30
Sucre blanc pulvérisé..................	18

Coupez les alcoolats avec l'hydrolat, faites macérer dans cet hydro-alcoolat aromatique l'extrait d'opium et le safran pendant 10 jours; passez, exprimez, ajoutez le sucre, filtrez.

Le produit ainsi obtenu a une couleur analogue à celle du laudanum de Sydenham. Son odeur et sa saveur sont infiniment plus agréables. Un gramme du nouveau laudanum contient cinq centigrammes d'extrait d'opium. Le gramme se divise en vingt-cinq gouttes; ainsi cinq gouttes représentent un centigramme d'extrait d'opium, une goutte représente deux milligrammes, etc.

Sous le rapport clinique et thérapeutique, ce nouveau médicament est plus franchement hypnotique que les laudanums de Sydenham et de Rousseau. Il narcotise mieux la douleur, il ne produit pas l'excitation que les opiacés occasionnent chez certaines personnes. Appliqué à l'extérieur sur quelque point douloureux, il enlève beaucoup plus vite, plus radicalement la douleur.

En terminant, l'auteur fait appel à de nouvelles expériences, et il demande que, si elles sont favorables, sa formule, divulguée dès aujourd'hui, soit inscrite à côté de celle de Sydenham dans le Codex. (Renvoyé à une commission composée de MM. Gubler, Mialhe et Boudet.)

RAPPORT

M. BROCA, par l'organe de M. Béclard, donne lecture du rapport sur le concours du prix Godard.

Trois ouvrages ont été envoyés au concours; mais deux seulement, étant chirurgicaux, rentreront dans le programme.

De ces deux ouvrages, le premier, traitant de l'*uranoplastie*, a pour auteur M. Rouge (de Lausanne). Il est très-bien fait, met en lumière l'habileté chirurgicale de son auteur, mais ne contient rien qui ne soit connu.

L'autre, sur le *tatouage*, dû à M. le docteur Berchon, médecin principal de la marine, a au contraire le grand mérite d'avoir réalisé un progrès important dans nos connaissances en pathologie.

Les conclusions de ce rapport seront lues dans le comité secret qui suivra la séance, pour y être l'objet de la discussion et du vote de l'Académie.

PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE

Ossification de la périphérie de la moelle de l'humérus. — M. DEMARQUAY. J'ai l'honneur de présenter à l'Académie un fait qui m'a paru intéressant. Il s'agit de l'ossification de la moelle occupant le canal médullaire de l'humérus gauche, recueilli sur un homme jeune, lequel avait reçu, il y a un an, au 2 janvier, un coup de feu qui lui avait brisé l'humérus. Ce malade entra dans nos ambulances et l'humérus fut conservé; mais la plaie ne se ferma point, et de nombreux abcès se développèrent au sein du membre malade. L'humérus, au mois de juin de l'année dernière, avait un volume considérable dans toute son étendue. On trouvait des trajets fistuleux qui conduisaient par des surfaces osseuses nécrosées à travers une couche osseuse très-épaisse de nouvelle formation. La santé du malade était épuisée. La désarticulation du membre fut pratiquée.

L'humérus ayant été fendu dans toute sa longueur, nous avons observé les faits suivants du côté de cet os :

1° Le périoste a produit un os nouveau qui recouvre toute la diaphyse et présente des hiatus qui permettent d'arriver sur l'os mort; 2° celui-ci comprend toute la diaphyse, qui a subi une notable diminution quant à son volume; 3° la moelle a subi une transformation osseuse à l'extrémité de la diaphyse et seulement lamellaire au centre; la périphérie seule de la moelle s'est ossifiée et la partie centrale a été détruite.

Ce fait est intéressant à plusieurs points de vue, et démontre que la masse médullaire peut s'ossifier dans toute son étendue. Or ce fait, depuis Troja jusqu'à nos jours, a été successivement attesté et rejeté par les physiologistes. Naguère encore il était prouvé par Ollier, mais seulement à l'état pathologique. Des faits irrécusables d'anatomie pathologique recueillis sur l'homme ont démontré la réalité du fait. Le fait que j'avance est donc confirmatif de ceux qui ont été recueillis avant moi. Mais si on compare l'ossification de la moelle aux productions osseuses fournies par le périoste, on est frappé d'une chose : c'est du peu de puissance de la moelle à produire de l'os, tandis que le périoste, séparé comme la moelle de l'os mortifié, a produit une grande quantité de matière osseuse; l'os périostal de nouvelle formation a un volume considérable, tandis que la moelle qui s'est ossifiée dans sa partie périphérique est mince et d'une grande fragilité; l'os, dans ce cas, est réduit à une lamelle transparente dans laquelle on trouve des ostéoplastes. Ce n'est donc point une calufication de la moelle, mais bien une véritable ossification, qui a porté principalement sur les éléments périphériques de la moelle, sur ce que Bichat appelait la membrane médullaire, et si ce fait ne démontre point l'existence de cette membrane, il démontre du moins que les éléments périphériques

de la moelle sont seuls susceptibles de transformation osseuse sous l'influence d'une irritation longtemps contenue. Si cette pièce démontre la faculté que possède la moelle de produire de l'os, ce que des expériences et l'anatomie pathologique avaient mis hors de doute, en présence de la lamelle osseuse si mince produite par la moelle elle-même, on se demande quel rôle cette faculté doit jouer dans la production du cal, et je me demande si la virole intérieure qui se produit durant la formation du cal est bien une production de la moelle ou une production de l'os lui-même. Quoi qu'il en soit, nous savons que le cal provisoire existe et disparaît au bout d'un certain temps.

DISCUSSION

M. J. GUÉRIN. La communication de M. Demarquay est intéressante, bien que moins probante en elle-même que des faits sur lesquels j'ai depuis bien longtemps attiré l'attention.

Dans le rachitisme très-accusé, il y a des névroses osseuses, et alors l'os névrosé, le vieil os, se trouve situé entre deux os nouveaux, dont l'un est constitué par l'ossification du périoste et l'autre par celle de la moelle. Lorsque Flourens a prétendu que les réparations osseuses se faisaient toujours par le périoste, je l'ai convié à venir voir chez moi des pièces très-probantes.

M. BOULEY. Je désirerais savoir pourquoi M. Demarquay préfère la désarticulation de l'épaule à l'évidement de l'os et à l'extraction de la diaphyse nécrosée?

M. DEMARQUAY. L'opération d'évidement aurait été des plus compliquées dans le cas actuel; il eût fallu couper le nerf radial. Ce que le fait actuel présente de plus remarquable, c'est la minceur de la couche osseuse produite aux dépens de la moelle; cette couche est restée aréolaire. J'ai fait souvent une remarque analogue, et j'en suis à me demander si la virole interne si puissante du cal des os fracturés peut vraiment être le résultat de ce seul travail. Il faut en outre remarquer que l'ossification de la moelle est ici incontestable, bien qu'Ollier en ait nié formellement la possibilité.

M. VULPIAN. La propriété que possède la moelle osseuse de se changer en os ne peut plus être actuellement révoquée en doute par personne. Cette propriété a été démontrée notamment par les expériences faites sur les animaux par M. Goujon, dans le laboratoire de M. Robin, et par M. Philippeau dans le laboratoire du Muséum.

Ces deux jeunes physiologistes ont vu s'associer des fragments de moelle osseuse qu'ils avaient transplantés sous la peau du ventre des lapins, etc. Ils ont constaté, en outre, ce fait très-intéressant au point de vue de la physiologie générale, que ces ossifications produites expérimentalement ne sont point permanentes, mais qu'après un temps plus ou moins long elles se désossifient et disparaissent.

M. DEMARQUAY. J'ai fait traduire par un de mes élèves un long mémoire allemand sur ce sujet, et j'y ai vu qu'on avait fait, en Allemagne, des expériences semblables à celles que vient de citer M. Vulpian, et suivies des mêmes résultats. L'observateur allemand signale la cause des insuccès constants de M. Ollier. Pour réussir, il faut faire la transplantation dans un tissu très-riche en vaisseaux, tel que celui des muscles striés.

M. BOULEY. Je voudrais demander à M. Vulpian si de vrais os ne peuvent pas se former naturellement, de toutes pièces, dans les tissus, tels que la chair musculaire. Pour ma part, j'ai observé chez un cheval un os énorme développé dans un muscle. Était-ce bien un os?

M. VULPIAN. Parfaitement.

M. GUÉRIN. J'ai aussi rencontré des os anormaux dans mes opérations de ténotomie et de névrotomie; seulement, j'ai remarqué que ces os nouveaux, développés soit dans les tendons, soit dans les muscles, disparaissaient souvent, une fois divisés.

M. DEMARQUAY. Il faut avoir soin de distinguer des ossifications les véritables os. Les ossifications proprement dites se reconnaissent à la présence des ostéoplastes, qui font, au contraire, toujours défaut dans les infiltrations calcaires. C'est à cette dernière classe qu'appartiennent, en général, les prétendues exostoses des sinus sus-orbitaires et aussi les fibromes ossifiés en apparence de l'utérus. L'examen microscopique est donc toujours indispensable pour élucider la question.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions de M. Broca et voter sur ces conclusions.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 5. — SAMEDI 13 JANVIER 1872 45e ANNÉE SAMEDI 13 JANVIER 1872. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Abaissement de la température dans les grands traumatismes par armes à feu. Conséquences pratiques. — Abaissement de la température rectale chez un homme exposé au froid extérieur. — Balles explosibles; balles fragmentées (M. Amédée Tardieu). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés. — Nécrologie. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Abaissement de la température dans les grands traumatismes par armes à feu. — Conséquences pratiques.

Dans une note communiquée à l'Académie des sciences, et que nous avons insérée dans le numéro du 8 août dernier, M. Demarquay, en exposant un résumé sommaire des recherches qu'il a faites pendant les deux siéges de Paris, sur les modifications imprimées à la température animale par les grands traumatismes, annonçait la publication prochaine d'un mémoire, plus détaillé sur ce sujet, de l'un de ses élèves, M. P. Redard. Ce mémoire vient d'être publié, en effet, dans le dernier fascicule (janvier 1872) des *Archives générales de médecine*. Nous croyons devoir lui emprunter quelques-uns des résultats principaux qui en ressortent et qui confirment, sur presque tous les points, les faits énoncés par M. Demarquay, ainsi que la plupart des expériences de MM. Cl. Bernard et Brown-Séquard et des propositions émises sur les causes générales de l'abaissement de la température par Billroth et Küss (de Strasbourg). Nous laisserons ici le côté physiologique de la question, bien que très-digne d'intérêt à coup sûr, pour ne nous occuper exclusivement que du point de vue pratique, c'est-à-dire de l'application des faits constatés au pronostic et aux indications chirurgicales.

En résumant les différentes causes qui interviennent pour produire l'abaissement de la température, relevé chez les blessés qu'il a observés immédiatement après l'accident, M. Redard a trouvé :

1° L'ébranlement nerveux, suite du traumatisme, ébranlement d'autant plus marqué que le blessé a été frappé par un projectile plus ou moins gros; 2° l'excitation du combat, la stupeur consécutive, l'émotion ; 3° l'hémorrhagie ; 4° l'alcoolisme.

Ici se place une observation qui concorde avec celles qui ont été faites partout où l'on a pu étudier comparativement l'état général des blessés de l'armée régulière et celui des blessés de l'armée fédérée. Afin de n'affaiblir en rien la portée de cette observation, nous laisserons parler M. Redard.

« Si l'on a lu attentivement, dit-il, quelques-unes de nos observations, on s'apercevra facilement que nos braves soldats ne nous ont jamais présenté une température aussi basse que les fédérés. Nous n'hésitons pas à le dire, la différence entre le soldat et le fédéré est grande, et les manifestations morbides doivent s'en ressentir. Le soldat, champion d'une cause qu'il croit juste, ne doit jamais éprouver une surexcitation, une frayeur aussi grandes que le fédéré, en proie aux passions les plus vives. L'âge doit aussi entrer en cause ; c'est ainsi que dans les observations des fédérés, la moyenne d'âge s'élevait entre 40 et 50 ans ; les troupes étaient composées de jeunes gens dans toute la force de l'âge.

« D'un côté, et pour des raisons multiples, nous trouvions les organes qui ne sympathisaient plus ensemble : des blessés chez lesquels l'incitabilité du système nerveux ganglionnaire (la sensibilité organique de Bichat) était éteinte ou tout au moins ébranlée par l'âge d'abord, par les excès ensuite; parmi ces derniers, l'alcoolisme chronique, dont les lésions ont été minutieusement constatées par quelques autopsies. De l'autre, de jeunes soldats chez lesquels tous les systèmes étaient en activité corrélative, chez lesquels le système nerveux sympathisait avec le système circulatoire. D'un côté, un groupe d'individus, pris parmi la classe des ouvriers d'une grande ville, atteints de cette misère physiologique ou plutôt de cette sénilité précoce dont parle Bouchardat ; de l'autre, de jeunes paysans pour la plupart, dont le cerveau ne connaissait pas la vie cérébrale artificielle créée par l'alcool ; de jeunes ouvriers aussi, mais qui n'avaient pas eu le temps de prendre des habitudes alcooliques également nuisibles à leur intelligence et à leur santé. »

Les occasions d'observer de vastes brûlures ont été fréquentes. M. Redard en a profité pour vérifier les faits déjà constatés par MM. Demarquay, Billroth et Küss. Ses observations l'ont conduit aux mêmes résultats. Il a constaté, chaque fois qu'il a pu prendre la température chez un brûlé, que l'abaissement de température se manifestait avec une grande énergie et qu'il était en rapport avec l'étendue de la surface brûlée. Dans trois observations citées, la température s'est abaissée à 34°,6, à 36°,3, à 35°. Dans les deux premières, la réaction s'est produite environ huit heures après l'accident ; dans la troisième, la mort est arrivée, sans réaction, au bout de trois heures.

M. Redard a étudié ensuite l'état de la température dans les cas de plaies pénétrantes de l'abdomen, et il a reconnu, comme l'avait déjà constaté M. Demarquay pour les étranglements internes et externes du tube digestif, que ces plaies amenaient un abaissement considérable (34° dans un cas, 34°4 dans un autre, 36° dans un troisième).

Cet abaissement de température dans les circonstances qui

viennent d'être rappelées n'est pas un fait de simple curiosité physiologique, stérile pour la pratique. Il peut présenter, au contraire, une grande utilité pratique au point de vue du pronostic et des chances possibles de succès des opérations praticables, soit en l'absence, soit comme complément d'autres renseignements. Qu'un blessé, par exemple, comme le fait remarquer M. Redard, vienne d'être frappé par un éclat d'obus et qu'il présente un fracas énorme d'un des membres ; on ne sait pas toujours, lorsqu'il est apporté à l'ambulance, s'il a eu une hémorrhagie abondante, s'il est resté plus ou moins longtemps exposé au froid sur le champ de bataille, s'il était en état d'ivresse avant sa blessure, toutes circonstances qui rendraient le pronostic très-grave et éloigneraient de pratiquer une opération, utile d'ailleurs dans d'autres conditions. Le thermomètre, dans ces cas difficiles et douteux, devient un moyen précieux de pronostic en fournissant des indications précises qui deviennent la base des règles à suivre et de la conduite à tenir de la part du praticien.

Ainsi, en examinant les résultats thermométriques constatés, on a pu voir que, chaque fois que la température s'abaissait au-dessous de 36°, la mort devait inévitablement arriver au bout de cinq ou six heures; lorsque la réaction salutaire ne se produisait pas au bout de quatre heures, le pronostic devait être considéré comme très-grave. Ce qui l'a conduit à formuler les propositions suivantes, qui sont les conclusions réelles de ses recherches :

1° Tout blessé apporté dans une ambulance avec une blessure excessivement grave, nécessitant une opération, qui présentera une température au-dessous de 35°,5, succombera, et par conséquent il est inutile de pratiquer l'opération.

2° Tout blessé chez lequel une réaction thermique salutaire ne se produit pas au bout de quatre heures, chez lequel la réaction n'est pas en raison directe de l'abaissement, doit être considéré comme très-gravement atteint.

Au point de vue du diagnostic, les plaies pénétrantes, soit de la poitrine, soit de l'abdomen, donnent lieu à des phénomènes tellement caractéristiques sous le rapport de la température, qu'il devient facile de les reconnaître, en l'absence même d'autres signes directs.

Abaissement de la température rectale chez un homme exposé au froid extérieur.

Nous ne sortirons pas du sujet qui vient de nous occuper, en exposant ici le fait suivant, qui a été communiqué par M. le docteur Bourneville à la Société de biologie :

Un homme de 45 ans, entré dans le service de M. Marrotte, à l'hôpital de la Pitié, venait, au dire des personnes qui l'y ont amené, d'être trouvé couché tout nu sur le parquet de sa chambre, dont la fenêtre était ouverte (c'était pendant une des journées les plus froides du mois de janvier de l'année dernière). Au moment de son admission (11 heures du soir), on constata en premier lieu un refroidissement général considérable de tout le corps. Le pouls était imperceptible aux radiales. A l'auscultation du cœur, on ne percevait qu'un seul bruit, sourd, se reproduisant parfois avec lenteur, d'autres fois avec rapidité. On comptait 24 inspirations à la minute. La température rectale était à 27°,4. Comme ce chiffre paraissait tout à fait extraordinaire, on laissa le thermomètre en place et bien enfoncé durant dix minutes, sans remarquer le moindre changement. Outre ces phénomènes, on notait encore une déviation légère de la face et des yeux vers la gauche, une injection de la conjonctive oculaire suivant le grand axe de l'organe, une contraction des pupilles, enfin une contracture des membres supérieurs, sans qu'il y eût de paralysie appréciable.

Des boules remplies d'eau chaude furent placées aux pieds du malade et sous ses aisselles ; des alèzes chaudes furent mises sur la poitrine et sur le ventre ; des sinapismes furent appliqués sur les mollets et sur les cuisses. Enfin on fit boire au malade du vin chaud et sucré.

Deux heures plus tard (une heure du matin), la température rectale était de 28°,2 ; la respiration à 28. L'usage des mêmes moyens fut renouvelé.

En dépit de ces précautions, cet homme succomba le lendemain matin à huit heures. La température rectale, cinq minutes après la mort, était de 36°,2. A onze heures, bien que le cadavre fût resté dans le lit, la température était descendue à 34°,5.

A l'autopsie, faite le jour suivant, on ne put constater aucune lésion dans aucun viscère ; la seule circonstance qui ait été notée est une assez grande quantité de liquide céphalo-rachidien.

Cherchant à quelle circonstance devait être attribué cet abaissement énorme de la température intérieure, M. Bourneville, après avoir éliminé les conditions les plus ordinaires, telles que l'urémie, dont il n'y avait ici aucune trace, l'alcoolisme, qui, d'après des renseignements recueillis sur les antécédents de cet homme, ne pouvait lui être imputé, est resté convaincu qu'il ne pouvait être attribué à d'autre cause qu'à l'action prolongée du froid extérieur, qui était d'une intensité extrême à cette époque, et contre laquelle cet homme n'avait point cherché à se prémunir, — action qui avait pu être secondée par l'état de dépression morale auquel tant d'organismes ont été soumis alors.

BALLES EXPLOSIBLES. — BALLES FRAGMENTÉES (1)

Par le docteur Amédée Tardieu,

Ex-chirurgien en chef de la 8e ambulance de Secours aux blessés.

Obs. II. — Voici maintenant un exemple de balle fragmentée. Plusieurs auteurs ont avancé et soutenu que les balles se fragmentaient et pouvaient faire croire ainsi qu'elles étaient explosibles. Cette opinion est parfaitement exacte ; nous avons observé plusieurs fois des segmentations de balles, et voici un exemple qui nous paraît d'une évidence irréfutable.

B... (Pierre) était clairon au 100e de ligne qui se trouvait en septembre 1870 campé au Petit-Montrouge. Un de ses camarades, en jouant avec lui, le mit en joue à cinq mètres de distance environ et lui dit : « Tiens, si tu étais Prussien, je te ferais comme cela. » Le coup partit; B... s'était instinctivement incliné un peu à droite et en avant. La balle l'atteignit à l'épaule droite, au niveau du bord supérieur de l'omoplate. Le blessé tomba et fut aussitôt apporté à notre ambulance.

On constate les faits suivants : le trou d'entrée de la balle est à égale distance du cou et du moignon de l'épaule droite, en avant du bord supérieur de l'omoplate. Le trou d'entrée est très-net et unique. En arrière du bord supérieur de l'omoplate, à cinq centimètres du trou précédent, on trouve deux autres trous. Ce sont manifestement les trous de sortie, éloignés l'un de l'autre de deux centimètres, et grands comme une pièce de un franc. Ces deux trous de sortie surprennent les médecins présents ; mais ce qui les frappe bien plus, c'est l'état général du malade, qui paraît n'avoir que quelques instants à vivre. Évidemment, une balle en séton au

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

niveau de l'épaule ne peut avoir mis le blessé dans l'état où nous le voyons. Il y a donc autre chose.

Comme la face est violacée et l'asphyxie évidente, nous auscultons aussitôt le blessé; nous trouvons de gros râles disséminés dans les deux poumons. Il ne sort pas d'air par la plaie. L'auscultation ne peut être faite qu'en avant, car il est de toute impossibilité de faire asseoir le malade. En essayant de remuer le blessé, nous constatons que les membres inférieurs sont immobiles. Un examen attentif nous révèle que la sensibilité est complétement éteinte, jusqu'au voisinage de l'ombilic. Nul doute dès lors que le projectile n'ait lésé la moelle, et nous sommes amenés graduellement à faire l'hypothèse suivante :

La balle, dont l'origine nous est bien connue, une balle ordinaire de Chassepot, a frappé le bord supérieur de l'omoplate et s'est probablement divisée en plusieurs fragments; quelques-uns de ces fragments ont fait séton et sont sortis; d'autres, au contraire, ou mieux un autre a changé de direction, traversé en diagonale de haut en bas le poumon droit, puis la moelle au niveau de la 5e vertèbre dorsale, et de là s'est perdu dans le côté gauche.

Du reste, nous avons un moyen de vérifier si le poumon droit est traversé. On incline le blessé, doucement, la tête en bas, et au grand étonnement de plusieurs spectateurs, il sort par la plaie environ 300 grammes de sang vermeil. Cette évacuation singulière soulage considérablement le blessé, qui peut répondre à nos questions et nous donner des renseignements sur la paralysie des membres inférieurs. Il accuse un point très-douloureux au niveau de la 5e vertèbre dorsale.

Le blessé, apporté vers les deux heures de l'après-midi, succombe le lendemain matin, vers sept heures.

L'autopsie est faite avec soin, et l'on trouve ce qui suit : la balle a passé entre les 3e et 4e côtes, à droite, et longeant les parois de la cavité thoracique, elle a déchiré le poumon droit en arrière, sur une longueur de trois à quatre centimètres. De là, elle a passé entre les 5e et 6e vertèbres dorsales en coupant la moelle. A gauche, elle a passé entre les 7e et 8e côtes en déchirant le poumon gauche à sa face postérieure. Puis enfin elle s'est perdue dans les parois, et on la découvre dans le muscle grand dentelé, du côté gauche. Le trajet si curieux du projectile étant très-net et unique dans l'intérieur du thorax, nous ne sommes pas surpris de ne trouver, malgré de longues recherches, qu'un seul projectile.

Ce projectile, du reste, est loin de représenter une balle entière de chassepot. Comme poids, il représente exactement le tiers de cette balle, et sa forme est irrégulière, à arêtes vives.

Le diagnostic était donc confirmé par l'autopsie. Nous avions bien réellement devant nous l'exemple d'une balle ordinaire de chassepot fragmentée; un fragment avait traversé la poitrine et amené la mort; les autres fragments étaient sortis en produisant un simple séton.

Nous ferons observer, en passant, que les plaies de la moelle nous ont paru moins rares que ne l'ont dit plusieurs auteurs. Nous en avons observé cinq dans la même quinzaine, après les combats du 30 septembre et du 13 octobre, sur environ 200 à 300 blessés.

Il nous semble, après avoir cité ces deux exemples, qu'il est peu nécessaire de faire ressortir les différences qui existent entre la balle fragmentée et la balle explosible. Les fragments d'une balle ordinaire sont généralement assez gros et ne ressemblent en rien à la poussière noire d'une balle explosible. L'aspect des plaies n'est nullement le même; dans la balle explosible, les tissus sont littéralement farcis de petites esquilles et de grains métalliques. La balle ordinaire fragmentée, tout en pouvant produire beaucoup de fragments d'os, ne saurait occasionner des esquilles égales en nombre et en petitesse de volume à celles produites par la balle explosible.

Quant aux causes des balles fragmentées, voici celles que nous croyons devoir admettre :

1° La balle se fragmente lorsqu'elle frappe un corps dur, à arêtes vives, un os par exemple.

2° La balle peut se fragmenter avec une grande facilité, si elle a été mal coulée. Nous avons entendu plusieurs officiers insister sur cette dernière cause.

La balle mal coulée présente, soit des fissures, soit une cavité dans son intérieur. Dans l'un et l'autre cas, elle se fragmente avec facilité quand elle frappe un corps résistant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1872. — Présidence de M. H. Blot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine : Le *Bulletin de thérapeutique*. — Le numéro de janvier des *Archives générales de médecine*.

M. Patry (de Saint-Maure), membre correspondant, assiste à la séance.

Appareil spécial en gutta-percha pour le traitement des fractures de cuisses chez les nouveau-nés. — M. Gueniot communique le fait suivant :

Le 29 novembre 1871, on apporta dans mon service un enfant de quatre jours, très-faible, issu d'une grossesse trigémellaire, et atteint d'une fracture du fémur droit à son tiers supérieur. Un appareil appliqué en ville sur toute la longueur du membre avait déterminé, par sa pression, un œdème avec rougeur qui me parut menaçant. Je dus donc supprimer cet appareil et en substituer un autre très léger, fabriqué avec des attelles en carton. Mais, quelque soin que je prisse pour le maintenir en place, les mouvements énergiques de l'enfant, joints à la brièveté du fragment supérieur, le faisaient chaque jour glisser au-dessous du siége de la fracture. Vainement je tentai de le fixer à la racine du membre au moyen de quelques tours de bande, qui s'enroulaient sur le tronc et remontaient en spirale jusque sur les épaules : toujours l'appareil avait glissé le lendemain, et les fractures formaient un angle très-saillant en dehors et en avant. C'est là, d'ailleurs, le fait vulgaire chez les enfants nouveau-nés atteints de fracture de cuisse. Dans les cas que j'ai observés jusqu'ici, j'ai toujours constaté l'inconvénient que je signale. L'enfant a une tendance des plus marquées à fléchir fortement sa cuisse sur l'abdomen, comme dans l'attitude naturelle qu'il avait avant de naître; et il ne semble vouloir garder de repos que quand les plaques contentives ont été refoulées au-dessous du foyer de la fracture. On devine, sans que j'y insiste, les conséquences de ce défaut de contention : le cal est énorme, l'os est fléchi angulairement et la cuisse plus ou moins raccourcie.

C'est pour remédier à ces inconvénients que j'ai imaginé de recourir à un autre mode de contention, au moyen de l'appareil que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de la Société.

C'est un appareil, comme on peut le voir, de la plus grande simplicité et d'une fabrication partout extrêmement facile. Il est formé d'une plaque de gutta-percha, que l'on façonne de manière à constituer deux gouttières ou demi-anneaux, qui restent solidement unis l'un à l'autre. Le premier, de dimensions proportionnées au volume de l'enfant, est destiné à recouvrir les deux tiers antérieurs de la circonférence du tronc; et cela, dans une hauteur d'environ 10 centimètres à partir du pubis. Le second, de dimensions beaucoup moindres et uni angulairement à l'autre au niveau du pli de l'aine, est destiné à entourer les deux tiers supérieurs du membre fracturé, dans la moitié ou les trois cinquièmes antéro-externes de

sa circonférence. Il comprime ainsi le sommet de l'angle formé par les fragments et maintient, dans une mesure satisfaisante, la réduction de la fracture. Tout le reste du membre reste libre, et les parties génitales, le siége ainsi que la partie interne des cuisses, se trouvant à découvert, permettent d'administrer de la manière la plus complète tous les soins de propreté.

Chez l'enfant que vous voyez ici, l'appareil une fois appliqué, n'a aucune tendance au déplacement, et il a maintenu la fracture d'une façon telle, que le membre malade, non-seulement n'est le siége d'aucun raccourcissement, mais semblerait plutôt offrir une légère augmentation de longueur.

Le cal est régulier, solide, et les fonctions du membre sont entièrement recouvrées. Quant à la santé générale, malgré sa faiblesse originelle, elle est devenue aussi satisfaisante que possible.

DISCUSSION

M. CHASSAIGNAC. J'ai pu apprécier combien il est difficile de contenir les fractures chez les nouveau-nés, quoique la réduction soit très-facile ; dans un cas de fracture du tiers supérieur du fémur chez un nouveau-né, j'ai employé ce que j'appelle l'immobilisation préalable, à l'aide de petites attelles de carton maintenues par des bandelettes de diachylum, et j'ai placé ensuite un appareil plâtré. L'enduit vernissé est indispensable pour ces appareils, afin d'empêcher l'urine et les déjections de l'enfant de couvrir les pièces de l'appareil.

M. DEMARQUAY. Dans un cas de fracture de ce genre, j'ai été très-embarrassé ; j'avais employé inutilement le plâtre et la gutta-percha. Je me suis décidé à faire faire une petite gouttière Bonnet, où était couché l'enfant, et qui ne s'opposait ni à l'allaitement ni aux nettoyages du nouveau-né.

M. GIRALDÈS On voit assez souvent des fractures chez les nouveau-nés aux consultations de l'Hôpital des Enfants, tantôt elles sont récentes, tantôt elles sont en voie de consolidation. Il y a des fractures complètes et des fractures incomplètes, chez les enfants rachitiques par exemple.

A cet égard, une distinction doit être établie, car les fractures incomplètes peuvent être plus facilement contenues que les fractures complètes. La consolidation des fractures de cuisses des enfants a lieu rapidement en huit ou douze jours, mais il est difficile de maintenir la contention même pendant ce temps. Les appareils contiennent bien pendant quelque temps, mais il faut les changer vite, car les enfants le salissent, et si on laisse l'urine qui l'imprègne, elle peut causer des érhytèmes et des ulcérations graves du tégument. Le problème à résoudre est donc d'avoir un appareil qui ne s'altère point et que l'on puisse nettoyer sans le déranger.

M. Guéniot a eu recours à un moyen commode. Les appareils moulés en gutta-percha que j'emploie depuis 1848 sont excellents pour le traitement des plaies articulaires et le pansement des plaies de résection; j'en ai obtenu de bons résultats. J'ajoute que M. Guéniot doit bien indiquer la manière de préparer son appareil, car c'est un point important; on juge souvent mauvais un appareil, parce qu'on n'a pas su l'appliquer.

M. TARNIER. Je ne sais si mes collègues ont vu beaucoup de cas analogues à celui que présente M. Guéniot. J'ai vu un certain nombre de ces fractures, et qui avaient pour origine des tractions pendant l'accouchement; seulement, le déplacement n'était pas considérable: La déformation ultérieure peut être grande, assurément; mais je crois que la position des cuisses du nouveau-né, position de la vie intra-utérine, et l'absence de grand déplacement sont peut-être la cause principale de la guérison rapide et bonne qu'a observée M. Guéniot.

M. MARJOLIN. J'ai vu un certain nombre de fractures chez de jeunes enfants. On nous amène des enfants qui ont des fractures récentes en voie de consolidation, avec des cals vicieux et des déformations qui simulent, à s'y méprendre, une déformation rachitique. Quelquefois, il y a simplement, au niveau de la fracture, une nodosité, et ceci se présente principalement quand le périoste est conservé. Ces fractures ont besoin d'être maintenues dès le début. Les appareils en gutta-percha, les appareils vernissés sont bons, mais l'urine et les matières filent entre l'appareil et la peau. J'ai appliqué des appareils inamovibles, et j'ai vu les matières causer sur la peau, sous l'appareil, des érosions cutanées graves. A mon sens, c'est la peau qu'il faut rendre imperméable, et pour cela j'enduis la peau de graisse ou d'huile, et je change souvent l'appareil. Je crois bon de tenir le membre dans la rectitude et de prendre un point d'appui sur le tronc; pour cela, je me sers d'un coussin piqué au milieu, formant une sorte de gouttière, qui est placé sur le côté externe de la cuisse et du tronc, et d'une attelle placée par-dessus le coussin.

M. SÉE. Je me suis servi de gutta-percha pour éviter les excoriations de la peau, en particulier pour l'application du bandage des fractures de la clavicule; je mets une plaque de gutta-percha double dans l'aisselle pour éviter les érosions de cette partie.

M. GIRALDÈS. Les fractures de cuisses qui ne sont pas maintenues régulièrement sont suivies de cals angulaires très-difformes, et, comme la consolidation chez les enfants a lieu rapidement, lorsqu'on veut redresser le cal difforme on est obligé de le fracturer. Il faut savoir que, quand la fracture a lieu sans que le périoste soit déchiré, il y a un cal olivaire, et que, quand le périoste est déchiré, soit au moment de la fracture, soit plus tard, par suite de mouvements ou de mauvaise contention, il y a une consolidation très-difforme. J'insiste sur la distinction que j'avais établie tout à l'heure.

M. FORGET. J'ai observé un fait analogue; c'était chez un très-jeune enfant. Il y avait une fracture complète. Le déplacement n'était pas difficile à réduire. J'ai appliqué quatre attelles et un bandage circulaire. J'ai remarqué l'absence de gonflement et d'inflammation, au niveau de la fracture : les effets du traumatisme étaient tout autres que quand les os sont ossifiés. Le cal se formait, en effet, au milieu du travail ostéogénique, autrement que sur des os entièrement formés.

M. LE FORT. Les fractures de cuisse, chez les très-jeunes enfants, ressemblent aux fractures sous-trochantériennes des adultes, et réclament, à mon sens, une attelle en T, dont la barre transversale prend point d'appui sur le bassin et la barre verticale fixe la cuisse à l'aide de tours de bande circulaires en diachylum, appliqués par-dessus un linge de toile recouvrant la peau.

M. GUÉNIOT. Le point essentiel, dans l'appareil que je soumets à mes collègues est qu'il laisse à découvert les parties génitales saines et les fesses, et qu'il maintient néanmoins, rigoureusement, la fracture sans liens sur la cuisse.

Rétrécissement de l'œsophage. — M. DEMARQUAY présente à la Société les pièces provenant d'un malade auquel il avait dû pratiquer le cathétérisme de l'œsophage. Il s'agit d'un enfant de 15 ans, qui, au mois de mai dernier, avait bu, par mégarde, un verre de solution de potasse qu'il avait vomi, et par la suite une dysphagie était apparue et était arrivée à un tel degré, que le malade ne pouvait plus boire. Je vis le malade trois mois après l'accident, je passai une sonde ordinaire du n° 10, à l'aide de laquelle je pus donner des aliments liquides à l'enfant; puis je procédai à la dilatation. Peu de temps après, l'enfant buvait et mangeait. A quelque temps de là, l'enfant revint; il ne pouvait plus avaler. Je cherchai à passer de nouveau les olives dilatatrices; mais je ne pus parvenir qu'à passer la plus petite. C'était le 8 septembre. Seulement, pendant que je passai l'instrument, le petit garçon se plaignit de souffrir; il but néanmoins et déclara qu'il sentait que les boissons passaient dans l'estomac. Il eut le soir de la fièvre; j'allai voir l'enfant, et je trouvai une pleurésie. Le petit malade a été amené à la maison de santé dans le service de M. Cazali, où il est mort le 4 octobre. On voit sur la pièce une perforation de l'œsophage, communiquant avec le foyer d'une vaste pleurésie purulente. La communication est large et peut recevoir une assez grosse sonde.

Je crois que, dans ce cas, il y a eu ramollissement de l'œsophage,

ramollissement tel, que sous le moindre effort le conduit s'est rompu. Dans des expériences que j'ai faites sur les animaux, j'ai constaté le fait. Dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, à la suite d'un cathétérisme, le malade but et eut une quinte de toux. Une communication s'était établie entre l'œsophage et les bronches. Je mets toujours, depuis que je connais ces faits, la plus grande prudence dans le cathétérisme de l'œsophage.

RAPPORT

M. DE SAINT-GERMAIN lit le rapport de la commission du prix Laborie.

Les conclusions sont : Qu'il n'y a pas lieu à décerner le prix Laborie, et qu'un encouragement est accordé à M. Cornillon pour son travail sur la constriction uréthrale dans les rétrécissements péniens. — Adopté.

La Société se forme en comité secret à 5 heures.

Le vice-secrétaire annuel : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

ASSEMBLÉE NATIONALE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1871.

Proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, présentée par M. Alfred Naquet, membre de l'Assemblée nationale.

EXPOSÉ DES MOTIFS (1).

Des matières à exiger aux examens.

Relativement aux matières à enseigner, et par suite à exiger aux examens, il n'y a guère à ajouter au programme actuel ni à en retrancher.

Les études médicales renfermeront toujours, comme sciences accessoires, la physique, la chimie, l'histoire naturelle; comme sciences principales, l'anatomie, la physiologie, la pathologie externe et interne, la médecine opératoire, la thérapeutique, l'hygiène, la médecine légale, la toxicologie; comme spécialités, les accouchements, les maladies de la peau, l'ophthalmologie, etc., etc.

C'est surtout dans l'ordre à suivre relativement aux sciences accessoires dans leurs rapports avec les sciences principales, et dans une importance plus grande à accorder aux spécialités, que consistent les réformes nécessaires dans l'ordre du programme.

De nos jours, on exige des élèves qui commencent leurs études, le titre de bachelier ès-sciences restreint, titre qui suppose de certaines connaissances en chimie, physique et histoire naturelle, mais une ignorance presque absolue des mathématiques. Une fois admis à la Faculté, l'élève doit encore étudier, pendant un an, la physique, la chimie et l'histoire naturelle à un point de vue soi-disant médical. A la fin de l'année, on exige de lui un examen sur ces matières, examen peu sévère d'ailleurs, comme tous les examens annuels, simples préludes des examens définitifs, auxquels on a le tort d'accorder très-peu d'importance.

S'il est reçu, il entre en seconde année. S'il n'est pas reçu, il a le droit de se représenter à la rentrée, après les vacances, et, s'il est refusé de nouveau, il est obligé de redoubler son année. Ceci s'applique également aux autres examens annuels.

En seconde année, il n'a plus à s'occuper des sciences accessoires; il étudie l'anatomie, la physiologie, la petite chirurgie, matières sur lesquelles il sera tenu de répondre à la fin de l'année scolaire, et il doit fréquenter les amphithéâtres de dissection,

La troisième année est consacrée à la pathologie et à la clinique; elle se termine par un examen final de pathologie.

La quatrième année est pour ainsi dire abandonnée à l'initiative de l'étudiant; il l'emploie d'ordinaire à l'étude de la thérapeutique, de l'hygiène, de la médecine légale et des spécialités qui ne sont guère représentées chez nous que par les accouchements. A la fin de cette quatrième année, il ne subit aucun examen, et il se trouve avoir seize inscriptions, à raison de quatre par an. Dès ce moment, il peut subir les examens de doctorat.

Ceux-ci sont au nombre de cinq. Les deux premiers sont la répétition du second et du troisième de fin d'année; le troisième est la répétition des premiers de fin d'année; le quatrième porte sur la thérapeutique, l'hygiène, la pharmacie, la médecine légale et la toxicologie; le cinquième, enfin, porte sur les accouchements et la clinique.

L'élève refusé à l'un de ces examens ne peut se représenter que trois mois après, à moins d'obtenir une dispense spéciale du ministre. La Faculté peut aussi l'ajourner à six mois ou à un an, si elle le juge convenable; mais cela se pratique rarement.

Reçu à son cinquième, l'élève doit encore faire et soutenir une thèse pour acquérir le grade de docteur.

On voit, d'après cette disposition des études, qu'après être resté cinq ans sans s'occuper des sciences accessoires, les étudiants doivent de nouveau être examinés sur ces sciences pour devenir docteurs. Or il arrive ceci : lors du *premier de fin d'année*, le jury est indulgent, parce que les examens de fin d'année sont considérés comme n'ayant qu'une importance secondaire; lors du *troisième de doctorat*, l'indulgence est plus grande encore, parce que les professeurs comprennent que des jeunes gens, pressés d'en finir, et qui n'ont fait, depuis si longtemps, ni physique, ni chimie, ne puissent répondre sur les menus détails de ces sciences. Ce qui résulte de là, c'est qu'on devient docteur en médecine sans rien connaître aux sciences accessoires.

La cause de ce mal tient surtout à la fausse idée qu'on se fait du genre d'utilité qu'ont ces sciences en médecine. On croit, par exemple, que la chimie n'a d'autre utilité pour le médecin que de lui faire connaître les drogues qu'il devra employer dans sa pratique. Dès lors, on tient d'autant plus à ce qu'il sache la chimie, qu'il est plus près de recevoir son diplôme. Malheureusement, on demande ainsi l'impossible, et le seul résultat auquel on arrive, c'est qu'il n'apprend jamais la chimie.

Or, l'utilité des sciences accessoires est toute autre qu'on ne le croit. Il importe d'abord que l'élève connaisse les grands linéaments de ces sciences avant de commencer ses études médicales proprement dites, pour qu'il puisse bien comprendre les matières qu'on lui enseignera plus tard; il importe aussi qu'il s'habitue aux méthodes d'observations rigoureuses qu'on n'apprend à connaître qu'en faisant des sciences exactes, et qui seules peuvent faire de lui un médecin sérieux.

Par contre, il importe peu qu'il oublie un jour les détails qu'il aura appris. Il se souviendra de ceux qui ont un rapport direct avec les besoins de sa profession; il sera capable de consulter les livres avec fruit quand il éprouvera le besoin de se rappeler un fait oublié, et enfin, et surtout, son esprit se sera formé sous l'action de méthodes rigoureuses : il sera devenu observateur et expérimentateur, qualités en dehors desquelles il ne saurait y avoir ni homme de science, ni médecin de valeur.

Pour répondre à ce besoin, il suffit d'assigner aux sciences accessoires, dans le cours de médecine, la durée et la place suivantes :

On serait tenu, pour être admis à l'École de médecine, de justifier d'un examen constatant qu'on connaît à fond les mathématiques élémentaires et spéciales. Les deux premières années du cours de médecine seraient consacrées aux sciences accessoires étudiées théoriquement et pratiquement. Pendant le premier hiver, on suivrait un cours et des manipulations de physique; pendant le second hiver, on acquerrait, de la même manière, des connais-

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26-28 et 30 décembre 1871.

sances chimiques et minéralogiques. Les deux étés seraient employés à l'étude de l'histoire naturelle, comprenant la géologie, la botanique et la zoologie.

Ces deux années écoulées, l'élève, après avoir montré par des examens suffisants qu'il a acquis les notions exigées de lui, entrerait dans l'étude des sciences médicales proprement dites, et n'aurait plus à revenir jamais sur les sciences accessoires.

En un mot, nous proposons de modifier le baccalauréat restreint et d'exiger des connaissances mathématiques, sans lesquelles on ne peut jamais faire fructueusement de la physique et de la chimie; de consacrer deux années au lieu d'une à la physique, à la chimie et à l'histoire naturelle; de remplacer le premier examen de fin d'année par plusieurs examens rigoureux et d'abolir le troisième de doctorat (articles 20, 21 et 22).

Cette réforme, si elle est adoptée, aura, nous le croyons, pour conséquence immédiate de donner à nos médecins un point d'appui intellectuel beaucoup plus solide, en même temps que des aptitudes plus nombreuses et plus variées.

Dispositions relatives aux laboratoires et aux amphithéâtres.

Pour que l'enseignement théorique puisse être profitable, il faut que les manipulations, les dissections, les études cliniques au lit du malade soient organisées d'une manière telle que le recours à des professeurs particuliers devienne inutile.

Pour les amphithéâtres de dissection, rien de plus simple : il suffit de multiplier le nombre des prosecteurs, de manière à ce qu'il y en ait un pour chaque groupe de dix ou quinze élèves. Ce ne serait du reste pas une dépense pour l'État. Les fonctions de prosecteur doivent être gratuites; elles jettent sur celui qui en est investi un certain lustre utile pour les concours futurs, et, même dans ces conditions, elles seront toujours recherchées.

Il n'en est plus de même des manipulations de chimie et de physique. Il faut ici de grands laboratoires et de bons directeurs, qui s'occupent des élèves, qui les fassent travailler avec méthode, qui les intéressent même en leur faisant faire quelques travaux originaux. Tout cela coûte; mais, en somme, cette dépense ne peut être que très-faible relativement au budget d'un grand État, et l'on ne doit pas oublier qu'il s'agit d'une réforme capitale pour le pays.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

Nous apprenons la mort du docteur Allègre (Dominique), décédé à Hyères (Var), le 12 novembre 1871. Feu Allègre, un des doyens d'âge de la médecine française, était né à Marseille, en 1785, et avait consacré une partie de sa vie au service de santé de la marine. Il fit ses premières études chirurgicales à l'hôpital civil et militaire de Digne. Nommé ensuite chirurgien de 3e classe dans l'armée de Saint-Domingue, il fut fait prisonnier par les Anglais, à la suite de la capitulation du Cap, en 1803, et conduit à la Jamaïque. Il quitta cette île pour s'embarquer sur un vaisseau-ponton, servant d'hôpital aux prisonniers français malades, auxquels il donna ses soins pendant six mois consécutifs. A son arrivée en Angleterre, il fut renvoyé en France, sur parole, pour prix des services qu'il venait de rendre avec tant de dévouement. Allègre servit alors à bord de plusieurs navires, et se trouva à la Martinique, au moment où cette colonie tomba au pouvoir des Anglais, en 1809. Conduit de nouveau en Angleterre, comme prisonnier de guerre, il ne rentra en France qu'en 1814, et reprit le service à bord de divers navires, et, entre autres, de la frégate *la Dryade*, avec laquelle il revint de Tunis, où il avait été atteint d'une fièvre typhoïde. Remis de cette maladie, il servit dans les hôpitaux de la marine de Toulon jusqu'au mois de juillet 1815, époque à laquelle il fut licencié. Après avoir obtenu son diplôme de docteur en médecine de la Faculté de Montpellier, Allègre se fixa, en 1818, à Hyères, station hivernale, où il ne tarda pas à avoir une grande clientèle parmi les nombreux malades qui venaient chaque année y passer l'hiver. Doué d'une grande modestie, d'une probité à toute épreuve, et d'un caractère doux et bienveillant, Allègre a laissé à Hyères d'unanimes regrets et un souvenir qui ne s'effacera pas de longtemps.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

On lit dans le numéro de la *Gazette hebdomadaire* du 29 décembre 1871 :

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Un des vice-présidents de l'Association ayant donné sa démission, M. le docteur de Ranse, dans la *Gazette médicale de Paris*, émet deux vœux auxquels nous nous associons pleinement : le premier, que le renouvellement de la commission générale devienne effectif par la non-rééligibilité immédiate des membres sortants ; le second, que les membres du bureau ne soient pas constamment choisis parmi les sociétaires connus par « leur haute position ou leurs attaches officielles. » Notre collègue propose, en outre, pour la prochaine élection à la vice-présidence, la candidature de M. Brochin. Pour notre part, nous levons la main par anticipation.

— Mardi, 26 décembre 1871, ont eu lieu dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3, la distribution des prix aux élèves en médecine et en chirurgie des hôpitaux et la proclamation des noms des nouveaux internes et externes, nommés à la suite des derniers concours.

La séance était présidée par M. Blondel, directeur de l'administration, assisté de M. le docteur Moissenet et de M. Chardon-Lagache, membres du conseil de surveillance, d'un grand nombre de membres des différents jurys des concours, et de plusieurs fonctionnaires de l'administration.

M. Blondel a ouvert la séance par une allocution dans laquelle, rappelant les douloureux événements de l'année qui finit, il signale les fatigues et les dangers que le personnel des établissements hospitaliers a dû braver pour accomplir sa mission charitable. Les périls du combat se retrouvaient cette fois, dit-il, au milieu des hôpitaux, même auprès des lits des malades ou des blessés, et de nombreux traits de courage ont été accomplis dans tous les rangs de la hiérarchie hospitalière. Le directeur en a rendu compte à l'autorité supérieure, mais il se félicite de pouvoir aussi, dans une séance qui réunit un grand nombre de membres du corps médical, témoigner publiquement de la large part qui lui revient dans ces preuves de dévouement, et signaler les nouveaux titres que tout le service de santé, chirurgiens, médecins, élèves, s'est acquis à la reconnaissance publique.

Le directeur a terminé en adressant ses adieux et ses souhaits aux élèves qui ont terminé leurs années d'études.

Il a donné alors la parole à M. le docteur Beaumetz, membre du jury du concours de l'externat, qui a rendu compte des opérations de ce concours.

MM. les docteurs Meunier et Cadet de Gassicourt l'ont ensuite obtenue successivement au nom des jurys des concours de l'internat et des prix de l'internat; ces messieurs ont apprécié à différents points de vue le mérite des compositions et des épreuves des candidats.

La proclamation des prix a été faite aussitôt après par M. le secrétaire général de l'administration ; ils ont été décernés ainsi qu'il suit :

Le prix des internes (1re division), consistant en une médaille d'or, à M. Berger (Paul), interne de 4e année à l'hôpital de la Charité;

L'accessit (médaille d'argent), à M. Hybord (Paul), interne de 4e année, à l'hôpital Beaujon.

Le prix de la 2e division des internes, consistant en une médaille d'argent, à M. Terrillon (Octave), interne de 2e année à l'hôpital Saint-Antoine, et l'accessit (des livres) à M. Rendu (Henri-Jules), interne de 2e année au même établissement.

Le prix de l'externat (des livres) à M. Longuet (François-Élie-Maurice), interne provisoire nommé le premier au concours de l'internat;

L'accessit (des livres) à M. Raymond (Fulgence), nommé le second au concours de l'internat.

Le prix biennal de 1,000 fr., fondé par feu le docteur Civiale, en faveur de l'interne titulaire ou provisoire qui aura présenté au concours le meilleur travail sur les maladies des voies urinaires, à M. Reverdin, interne des hôpitaux, et des mentions honorables, proposées par le jury, à MM. Muron, interne à l'hôpital Necker, et Alling, interne à l'Hôtel-Dieu.

Chaque lauréat étant venu se présenter au fur et à mesure de l'appel de son nom, le président a déclaré la séance levée.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Lundi prochain 15 janvier, un concours pour sept places d'agrégés stagiaires (section de médecine) s'ouvrira près la Faculté.

Jury : président, M. Tardieu. — Juges titulaires : MM. Hardy, Vulpian, Gubler, Chauffard, Jaccoud et Roger. — Juges suppléants : MM. Axenfeld, G. Sée, Barth et Cornil.

Dix-huit concurrents doivent prendre place au concours :

Ce sont : MM. Baudot, Bergeron (G.), Damaschino, Dieulafoy, Duguet, Dujardin-Beaumetz, Fernet, Ferrand, Gouraud, Hayem, Laborde, Lancereaux, Legroux, Lépine, Liouville (H.), Rathery, Rigal et Schweich.

— La Société de chirurgie a renouvelé son bureau pour 1872 de la manière suivante :

Président : M. Dolbeau; — *Vice-président* : M. Trélat; — *Secrétaire général* : M. Guyon.

— La séance solennelle de la Société de chirurgie aura lieu mercredi 17 janvier, à 3 heures 1/2.

— La Société de médecine pratique a procédé, dans sa séance du 21 décembre 1871, au renouvellement de son bureau pour l'année 1872. Ont été élus :

Président : M. le docteur H. Josias; — *Vice-présidents* : MM. le docteur E. Dubois, Wéber, vétérinaire; — *Secrétaire général* : M. le docteur Léon Duchesne; — *Secrétaires annuels* : MM. les docteurs Bouland et Bonnefin; — *Trésorier* : M. le docteur Caron.

— *Hôpitaux de Lyon.* — A la suite du concours ouvert le 26 décembre, ont été nommés externes des hôpitaux :

1. MM. Biot, Carry, Genest, Teissier, Vezyck, Girin, Mermet, Courbis, Chauvet, Vincent.

11. Gauthier, Guyot, Chavins, Courjon, Gallois, Berthier, Chappet, Rey, Rousset, Roussel.

21. Gros, Gignoux, Bouchard, Passerat, Berlios, Aulas, Duvault, Gouilloud, Bugnon, Gonnet.

31. Jaudot, Ducros, Vissaguay, Sordet.

— Le *Journal médical de Lyon* nous apporte une bien douloureuse nouvelle :

M. le docteur Christôt, ancien chirurgien en chef de la 3e ambulance lyonnaise, vient de succomber à l'âge de 30 ans. Le massacre de l'ambulance de Saône-et-Loire avait laissé une impression fatale sur la nature si éminemment délicate de notre regretté confrère.

— M. le docteur Lailler, médecin de l'hôpital Saint-Louis, nous écrit :

« Je n'ai pas proposé la démolition du nouvel Hôtel-Dieu ; mais je dis et je pense que, quoi qu'on y fasse, ce ne sera jamais qu'un mauvais hôpital, et qu'il vaudrait beaucoup mieux chercher et trouver à ce monument une autre destination. »

— L'École des sciences morales et politiques est ouverte, rue Bonaparte, n° 44.

Tous les renseignements sont donnés au Secrétariat de l'École.

— Un concours sera ouvert, le 4 mars prochain, à Paris, au Conservatoire des Arts-et-Métiers, pour la chaire de zootechnie et de zoologie vacante à l'école d'agriculture de Grignon.

Ce concours servira également pour la nomination à la même chaire, qui vient de devenir vacante à l'école d'agriculture de Montpellier.

Le même programme qui a été adopté pour la chaire de Grignon sera applicable à celle de Montpellier.

— Le village de Jouy-sur-Marin (1,800 habitants, situé à 70 kilomètres de Paris, dans le département de Seine-et-Marne, arrondissement de Coulommiers, canton de la Ferté-Gaucher, se trouve en ce moment dépourvu de médecin.

Deux villages voisins joindraient leur clientèle à celle de Jouy-sur-Marin, où se trouvent d'importants établissements industriels.

On se rend à Jouy-sur-Marin par Coulommiers (gare de Mulhouse).

L'état des chemins vicinaux et ruraux permet de circuler en voiture sur tout le territoire des communes ci-dessus indiquées.

Jouy-sur-Marin est distant de 4,700 mètres de la petite ville de la Ferté-Gaucher.

S'adresser pour plus amples renseignements aux papeteries du Marais, 3, rue du Pont-de-Lodi.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (M. Noël Guéneau de Mussy). — Lettre sur la loi de population (M. Bertillon). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Variétés. — Une Faculté de médecine à Nantes. — Administration de l'Assistance publique : concours de l'externat en pharmacie. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Laugier a fait dans la séance du 8 janvier 1872 une très-intéressante communication, que nous placerons sous les yeux de nos lecteurs.

Il s'agit d'une entérotomie iléo-cœcale pratiquée à l'occasion d'un anus anormal à l'aine.

M. Netter adresse à l'Académie de nouveaux documents établissant l'efficacité de la poudre de camphre contre la pourriture d'hôpital.

M. Pigeon adresse une note relative à la constitution du sang.

La dernière note de M. Trécul donne lieu à une communication de M. de Seynes sur les *prétendues* transformations des bactéries et des mucédinées en levûres alcooliques. De son côté, M. Béchamp continue ses études sur le développement des ferments alcooliques, et les étudie dans les milieux fermentescibles sans l'intervention directe des substances albuminoïdes.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (1).

Dans la diarrhée ordinaire, tous les éléments sécréteurs du tube intestinal, en y comprenant le foie, peuvent être affectés et fournir leur contingent aux produits excrétés en même temps que l'activité digestive normale est altérée.

Dans la dysenterie, le gros intestin est le foyer principal du travail morbide, et je suis porté à croire que celui-ci débute par les follicules muqueux ou glandes utriculaires ; on trouve leurs orifices dilatés conduisant dans de petites cavités remplies d'une matière gélatiniforme. La forme souvent arrondie des ulcérations, à leur début, semble un argument en faveur de cette origine. Dans des cas de diarrhée chronique, chez des vieillards, j'ai trouvé la muqueuse intestinale constellée de petites taches blanches régulièrement distribuées, arrondies, souvent entourées d'un cercle rose, pâle ou rouge foncé ; au niveau de ces taches, le tissu muqueux était ulcéré et la membrane fibreuse mise à nu. La forme arrondie de ces ulcérations, leur dissémination régulière me paraissent rendre très-probable qu'elles sont le résultat de la destruction des follicules intestinaux. Comme nous l'avons dit, dans la dysenterie, en même temps que l'action morbide se concentre principalement sur le gros intestin, l'action de l'intestin supérieur est affaiblie, la sécrétion biliaire est diminuée par une sorte de dérivation morbide que semble attester l'efficacité des médications propres à la provoquer. Il est probable que les sécrétions gastriques sont simultanément modifiées ; l'inappétence, la dyspepsie en témoignent non moins que les altérations des sécrétions linguales et buccales, si souvent connexes aux altérations de l'estomac. L'hypercrinie des glandes mucipares du colon et du rectum, la congestion qui l'accompagne produisent ces espèces de crachats rouillés de l'intestin, brusquement expulsés sous l'influence de l'irritation qu'ils provoquent. Ces sécrétions viciées irritent la partie inférieure de l'intestin et le tégument externe de la région anale, comme le mucus du coryza irrite la peau sous-nasale. Les fibres musculaires sous-jacentes à la muqueuse sont agitées de spasmes réflexes ; puis elles finissent, dans les cas graves, par se paralyser, et comme l'a remaqué M. Pidoux, l'anus reste quelquefois béant.

Dans les formes les plus graves, à l'irritation sécrétoire succèdent l'ulcération et même la gangrène des tuniques intestinales.

En indiquant les lésions qui peuvent accompagner la dysenterie et certaines formes de diarrhée chonique, nous ne voulons pas affirmer que le trouble sécrétoire ne puisse exister, persister même longtemps sans altérations graves ou même sans altérations appréciables des tuniques intestinales. L'observation a prouvé le contraire. Bien moins encore oserions-nous prétendre que les traces de congestion, que les ulcérations observées après la mort nous révèlent la forme initiale du travail morbide, que ces lésions aient été la cause primordiale des anomalies fonctionnelles observées pendant la vie. La connexité qui les unit peut ne pas constituer un rapport de causalité ; les unes et les autres, simultanément développées, peuvent dépendre d'une condition pathogénique commune et plus profonde qui a échappé jusqu'ic à notre appréciation.

La dysenterie sporadique peut se manifester sous l'influence

(1) Suite. — Voir le numéro du 11 janvier 1871.

de ces causes extérieures qui favorisent le développement des maladies à forme congestive, comme les brusques variations de température. Il faut noter aussi qu'elle est plus commune pendant les grandes chaleurs. Elle semble quelquefois provoquée par des erreurs de régime, par l'ingestion d'aliments insalubres, par l'absorption de miasmes. Je me rappelle en avoir été atteint après avoir fait, pendant un été très-chaud, des exercices de médecine opératoire sur un cadavre en putréfaction.

Quand notre malade est entré dans notre service, la nature des selles, le ténesme, le siége de la sensibilité abdominale, mettaient hors de doute la localisation morbide ; et c'est là un point d'une extrême importance dans le traitement de la diarrhée.

La présence de mucosités distinctes, isolées au milieu des fèces, accuse en général un trouble sécrétoire du gros intestin ; la sensibilité perçue sur le trajet du colon descendant et de l'S iliaque est un signe qui vient corroborer cette présomption ; c'est dans le gros intestin que s'accomplit le dernier acte de la digestion, celui qui transforme les matières excrémentielles en bols solides, qui leur donne leur odeur spéciale. La liquidité de ces matières peut dépendre d'une lésion fonctionnelle des parties supérieures du tube digestif ; mais souvent aussi le trouble de l'action du gros intestin en est le point de départ.

Notre malade attribue aux chaleurs de l'été l'origine des accidents qui l'ont conduit à l'hôpital ; mais il s'exprime en termes trop vagues à cet égard pour qu'on puisse affirmer que telle en a été la cause réelle, et qu'il ne s'agit pas d'une de ces hypothèses banales, dont les malades nous payent si souvent et se payent si souvent eux-mêmes quand nous les interrogeons sur les circonstances qui ont précédé leurs souffrances. Mais pourquoi cette dysenterie a-t-elle persisté si longtemps ?

Messieurs, je vous le répète, quand une maladie à marche habituellement aiguë suit une marche chronique, il faut presque toujours chercher dans l'état constitutionnel la cause de cette chronicité. Dans quelques cas, la persistance des causes occasionnelles qui ont favorisé, dès le début, l'évolution du travail morbide, la mauvaise direction du traitement, une hygiène inintelligente, entretiennent le trouble fonctionnel, et quand il a duré pendant un certain temps, quand il est devenu une manière d'être invétérée de l'organisme, il tend à persister sous l'influence de cette loi d'habitude, qui n'a pas moins d'influence sur les anomalies des fonctions que sur leur exercice régulier et normal.

Il nous a donc fallu passer en revue dans nos investigations les principales causes de diarrhée chronique : l'aspect cachectique du malade aurait pu nous faire penser à une affection organique, à des tubercules intestinaux par exemple ; mais les tubercules, chez l'adulte, se développent bien rarement dans l'intestin sans se manifester en même temps dans les poumons, et ces organes, soigneusement examinés, n'en ont présenté aucun signe. Sans être aussi absolue que M. Louis l'avait présentée, cette loi reste généralement vraie.

Chez notre malade, l'absence de tubercules pulmonaires est une forte présomption contre l'existence de lésions tuberculeuses abdominales ; d'ailleurs, l'entérite tuberculeuse est ordinairement accompagnée d'une teinte jaune verdâtre et de dépôts pigmentaires sur la face, d'empâtement du ventre lié ordinairement à des adhérences intestinales et à une période plus avancée d'un développement et d'une sensibilité anomale du foie qui accompagnent sa dégénérescence stéatique ou amyloïde, et nous ne constatons chez notre malade aucun de ces symptômes.

Les membranes tégumentaires sont souvent le siége de la fluxion arthritique ; elle peut se manifester par des lésions herpétoïdes ou par des diacrises : sueurs pour la peau, catarrhes pour les membranes muqueuses.

Il n'est pas rare de voir des goutteux qui, pendant leurs attaques, ont des catarrhes pulmonaires intenses. J'ai connu un goutteux qui à chaque accès expectorait tous les jours une demi-cuvette de crachats sanglants ; il me rassura la première fois que je constatai ce phénomène sur la signification qu'il fallait lui donner ; une longue expérience lui en avait appris le peu d'importance. L'examen attentif de la poitrine n'y montrait, en effet, aucune lésion du parenchyme pulmonaire. Au lieu de se montrer sous forme aiguë et d'escorter l'affection articulaire, le catarrhe peut revêtir la forme chronique et paraître isolé de toute autre affection caractéristique de la goutte. C'est dans les antécédents du malade et dans ceux de sa race qu'on trouvera l'étiquette de l'affection constitutionelle qu'il faut toujours supposer et chercher derrière une altération fonctionnelle chronique.

Le rhumatisme et surtout la goutte peuvent intervenir dans l'étiologie de la diarrhée ; mais celle-ci est en général intermittente. Les vicissitudes atmosphériques, l'impression du froid, les émotions morales, certains aliments ou certaines boissons en provoquent souvent le retour. Elle pourra se montrer plus fréquente et plus opiniâtre à l'automne et au printemps, et, chez beaucoup de malades, elle est précédée ou accompagnée de dyspepsie flatulente, de gastralgie, de migraines, d'urines sédimenteuses, de phénomènes hypocondriaques, de congestions hémorrhoïdaires ; elle alterne quelquefois avec des arthrites, des myalgies ou des névralgies goutteuses.

Contenue dans certaines limites, elle peut persister pendant un grand nombre d'années sans troubler la nutrition d'une manière notable ; elle semble quelquefois une espèce de crise ; elle devient pour ainsi dire un élément de l'équilibre fonctionnel, et tout en cherchant à la modérer et à la combattre, il n'est pas toujours prudent d'employer une médication aussi active pour la supprimer brusquement.

Je connais une dame âgée de 84 ans, encore vigoureuse de corps et d'esprit. Elle est issue d'une race goutteuse : son père était goutteux et calculeux. Pendant le cours de sa vie, elle a souffert de névralgies, de troubles de la circulation centrale ressemblant à des attaques d'angine de poitrine ; elle a eu vers la ménopause quelques douleurs articulaires dans les pieds, donnant d'une manière plus explicite la note arthritique. En 1832, sous l'influence de l'épidémie cholérique, elle fut prise de diarrhée, et depuis lors jusqu'en 1869, c'est-à-dire pendant 37 ans, elle en eut de continuelles atteintes ; malgré une scrupuleuse attention dirigée sur son régime, plusieurs fois par semaine elle éprouvait des coliques passagères, suivies d'évacuations liquides, sans que ses forces en fussent sensiblement affectées. Le froid, les émotions, les acides, ramenaient cette indisposition, qu'elle contenait par l'usage presque habituel du diascordium et du sous-nitrate de bismuth. Pendant l'hiver de 1851, peut-être sous l'action de doses plus considérables et plus soutenues, cette diarrhée parut céder ; mais bientôt cette dame fut atteinte d'une pneumonie compliquée de péricardite, et, bien qu'elle eût alors 64 ans, Chomel qui lui donnait des soins lui fit pratiquer quatre ou cinq saignées qu'elle supporta vaillamment, et qui ne l'empêchèrent pas de se rétablir assez rapidement. Depuis deux ans, sans cause appréciable, la diarrhée a presque complétement cessé. La malade jouit d'une santé excellente ; restée à Paris pendant le siége, elle en a supporté sans faiblir les privations et les émotions ; et

ce qui est plus curieux, elle a abandonné tout régime et peut faire usage de toute espèce d'aliments sans être indisposée.

(*A suivre.*)

LETTRE SUR LA LOI DE POPULATION

A M. le docteur BERTILLON.

Si les modestes suffrages du plus obscur de vos confrères pouvaient être de quelque poids auprès de vous, je vous féliciterais sur vos travaux de médecine sociale.

Vous avez plaidé la cause du mariage, et vous l'avez fait avec l'éloquence des chiffres; car, si l'on a dit : rien n'est brutal comme un chiffre, on peut dire aussi : rien n'est éloquent comme un chiffre.

On ne pourra jamais donner assez de retentissement et d'encouragements à des vérités qui ont pour but de conjurer un danger trop réel pour nos populations.

Parmi ces vérités, nous devons insister sur celle-ci : Il est certain que l'amour du luxe tend à restreindre la population en France et à l'éloigner du mariage. Les jeunes gens disent qu'ils ne peuvent pas se charger d'entretenir le luxe des jeunes femmes, et ils vivent dans la débauche. Ceux qui se marient sont résolus à n'avoir qu'un enfant, pour le faire riche, puisque la considération n'est plus accordée à la probité, au mérite, mais seulement à l'argent. Or, on le sait, un moyen d'atteindre ce but et de diminuer la famille, c'est de mettre les enfants en nourrice. Ces mœurs nous reportent aux plus mauvais jours de Rome, sous les empereurs.

En présence de l'immense danger qui nous menace, les médecins ont le devoir de ne pas abdiquer leur légitime influence.

Il est si vrai que la population tend à décroître, que, pour ne parler que de ma contrée, l'arrondissement de la Réole a diminué de 1,951 habitants depuis le commencement de ce siècle, et le département de la Gironde, en 1865, a compté 15,971 naissances et 16,085 décès, soit un excédant de 114 décès. Tout le monde sait que, en 1853 et 1854, le nombre des décès, pour toute la France, a été plus élevé que celui des naissances, phénomène inouï dans notre histoire. Nous avons tous les jours la preuve de cette diminution dans les mœurs des familles et dans les faits qui se passent actuellement sous nos yeux, mais qui n'ont pas encore pu entrer dans une statistique. Ces révélations sont réservées aux statistiques futures.

Nous sommes sur la pente d'une décadence que l'on ne peut nier que parce qu'on ne veut pas la voir, et qu'on a le parti pris de rester aveugle. Or, nous avons éprouvé assez cruellement où l'on en vient quand on veut absolument se nourrir d'illusions.

Bien que je sois fort loin d'avoir une autorité suffisante, j'ai pris la parole dans cette question en publiant une simple note dans la *Gazette des hôpitaux* du 1er avril 1871, n° 39, contre le malthusianisme; car l'immoralité aimerait à trouver une excuse dans la science.

Le principe de Malthus, considéré dans le sens absolu, est une erreur, résultat du point de vue étroit et restreint sous lequel la loi de population a été envisagée. Pendant mon voyage en Océanie, en observant l'homme sous la zone torride, j'ai été frappé de l'affaiblissement et de l'insuffisance de sa reproduction, qui peut évidemment contrebalancer l'excès de sa fécondité dans les pays froids, de manière à maintenir un équilibre qui n'a même pas été atteint depuis le commencement du monde, bien loin d'avoir jamais été troublé. Si l'erreur du malthusianisme est démontrée, sa pratique, qui est une immoralité, perdra au moins son excuse scientifique.

On peut me dire : Prouvez donc par des chiffres l'insuffisance de la reproduction dans les pays chauds, comme Malthus a établi la fécondité excessive de l'homme dans les pays froids. — Voici ma réponse : Mon assertion repose sur un fait négatif, et, pour la prouver, il suffit de constater ce fait : l'homme ne se perpétue pas dans les pays chauds; partant, jamais une société, un peuple n'ont pu s'y organiser d'une façon régulière et y présenter une certaine durée, de manière à fournir les éléments d'une statistique. La constatation de ce fait emporte la démonstration de la loi d'où il dérive. Les peuples s'éteignent dans la mollesse, sous la zone torride, s'ils ne sont pas perpétués par un courant continu d'émigration.

Or, il est constant que jamais les climats chauds n'ont déversé un excédant de population dans les pays froids, tandis qu'au contraire pour entretenir leur population il faut, comme font aujourd'hui les Anglais dans l'Inde, y conduire une émigration incessante venant des pays froids. On peut prédire, sans crainte d'être démenti, que jamais les peuples de l'Inde n'enverront aucune émigration en Angleterre.

Jetons un coup d'œil sur le globe, et nous y trouverons la constatation de ce fait :

Si l'Australie a été habitée autrefois, sa population s'est éteinte, et les restes de ce peuple font aujourd'hui compassion.

Les indigènes de l'Amérique ont disparu presque entièrement. L'immense et magnifique contrée occupée par le Brésil est à peu près déserte, car elle ne contient que 8 millions d'hommes, quand elle devrait en contenir 500 millions pour être peuplée comme la France.

Et les débris de population qui existent encore sur les îles de l'Océanie s'éteignent misérablement.

Il y a une race qui a évidemment été créée pour peupler la zone torride, c'est la race nègre. Et cependant, loin de l'envahir tout entière, elle s'y maintient à peine, et n'occupe que l'Afrique où elle reste cantonnée.

La loi de population se compose de deux éléments qui se font contrepoids et qui résultent de l'action des climats sur l'homme : l'affaiblissement de la puissance de reproduction dans les pays chauds faisant compensation à l'excès de reproduction des pays froids.

Telle est la loi générale qui régit la perpétuité, la reproduction et l'équilibre de la population sur le globe.

Je ne puis pas aborder aujourd'hui la question des rapports de l'alimentation dans les pays chauds avec la population; je me borne à formuler la loi générale, entendue dans le sens absolu. Cette nouvelle question m'entraînerait dans de trop longs développements.

Dieu a mis une limite à la génération de toutes les espèces animales et végétales, en les confinant dans de certaines zones, pour empêcher qu'elles n'envahissent le globe entier. Je pourrais citer telles espèces végétales qui, sans cette loi, couvriraient, en peu d'années, la terre tout entière.

L'homme est peut-être, de tous les animaux, celui qui possède au plus haut degré la faculté d'acclimatation sous toutes les latitudes; mais cette puissance n'est pourtant pas absolue et sans quelques restrictions. Ces restrictions, il faut savoir les faire tourner à notre profit.

En effet, voici les conséquences pratiques de cette loi : pour conjurer le danger qu'entraîne l'arrêt volontaire et maladroit qui se produit dans le développement de la population française, nous n'avons qu'à former des colonies; nous en sommes pourvus

surabondamment dans l'Algérie, le Sénégal et la Guyane, qui nous fourniraient les produits des climats chauds et nous affranchiraient, à cet égard, de toute dépendance envers les nations étrangères. Ces contrées sont tellement vastes et si malheureusement désertes, que non-seulement notre population ne doit pas craindre de les encombrer, mais encore, en supposant aussi grand que possible l'excédant qu'elle peut fournir, cet excédant sera toujours insuffisant pour entretenir la population de ces colonies, qui sont désormais privées de l'importation des nègres, importation qui est la confirmation éclatante de la loi que je propose. Où est donc la nécessité de se contraindre, par un vil calcul, et d'arrêter le développement de notre population quand nous aurions tant d'interêt à l'étendre d'une manière indéfinie ?

Si l'état de notre population en France est alarmant, le spectacle de son expansion sur le globe est humiliant. Les Espagnols ont dans leurs colonies *cinq millions* d'hommes, les Hollandais en ont *dix-huit millions*, les Anglais en ont *deux cents millions*, les Français n'en ont que *trois millions six cent mille*, en y comprenant l'Algérie.

Mais pourquoi parler d'expansion extérieure, quand nous ne suffisons pas même à peupler notre territoire? N'est-il pas honteux et dangereux que nous ayons en France presque *un demi-million d'étrangers?* Dans le seul département de la Gironde, nous sommes envahis par 15,197 étrangers.

Si nous ne faisons pas un violent effort, si nous ne secouons pas les vices qui étouffent notre *race dégénérée*, comme on l'appelle, il faudra convenir, hélas! que l'heure de la décadence française a sonné.

Je ne veux qu'effleurer ces considérations d'économie politique, mais elles sont intimement liées avec le maintien et la conservation de notre population, qui relèvent de la compétence des médecins. Nous devons donc intervenir pour donner un conseil utile; car le médecin, plus que personne, a le droit de dire :

Homo sum, et nil humani à me alienum puto.

Tournons le dos à la vieille Europe, qui ne nous réserve que des haines et des vengeances; élargissons nos vues et lançons-nous vers des espaces sans limites, où notre activité et notre population ne trouveront jamais de bornes; là sont les conquêtes pacifiques et pleines d'une vraie et solide gloire. Nous verrons, sans doute, alors diminuer les abus qui rongent notre société et qui la réduisent à se replier sur elle-même pour se déchirer les entrailles, et nous rentrerons dans notre véritable destinée, qui est l'exploitation du globe. Cette destinée est écrite en caractères gigantesques dans les conditions naturelles d'habitation qui sont réservées à l'homme sur le globe, il suffit de savoir les lire. Mais tant que les hommes s'obstineront à vouloir échapper à cette destinée, telle que la contemplation de notre terre la dévoile et telle que l'histoire naturelle l'enseigne, ils se débattront dans des convulsions qui forment presque entièrement la matière de leur histoire, spectacle désolant pareil à celui d'une ménagerie de bêtes furieuses.

Les médecins, qui, envisagés dans leur généralité, sont dépositaires d'une grande force morale, devraient *former une opinion* à ce sujet, et la répandre partout; en cela, ils feraient de la vraie et de la bonne *médecine sociale*.

Mais il appartient surtout à un homme de votre autorité, Monsieur, après vous être convaincu de la loi de population que je propose, et qui est, je crois, la seule vraie, la seule générale, de la proclamer toutes les fois que l'occasion s'en présente dans vos travaux sur toutes les questions qui se rapportent à la population et à la distribution des hommes sur le globe. Permettez-moi, Monsieur, de placer cette idée sous votre patronage éclairé.

Dr J. Fleury (de Langon).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 1er décembre 1871. — Présidence de M. Léon Gros, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Une brochure in-8 intitulée : *Quelques cas de paralysies incurables ou temporaires* (sic) *survenues dans le cours ou pendant la convalescence de maladies aiguës autres que la diphthérie*, par le docteur Surmay. Broch. in-8°. 1865.

2° *De la migraine*, par Louis Senn (de Genève). Broch. in-8°.

3° *De quelques formes peu connues de la cachexie alcoolique, et particulièrement de sa terminaison par intoxication urémique sans albumine*, par le docteur Surmay. Broch. in-8°.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le préfet de la Seine à M. le docteur Worms, médecin de la préfecture, transmise par M. Worms à la Société. Par cette lettre, M. le préfet informe notre collègue qu'il accepte, comme par le passé, le concours de la Société.

2° Une lettre de M. le docteur Surmay (de Ham) qui sollicite le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa candidature, outre les deux brochures précitées, un travail manuscrit intitulé : *Contribution à la question de l'infection purulente*.

M. Lunier. La Société de législation comparée va soulever la question des correspondants allemands; je demanderais si l'on accepterait que cette Société s'entendît avec notre commission, qui enverrait un délégué pour s'entendre avec les membres de la commission que cette Société pourra nommer, à l'effet d'examiner cette question.

Cette proposition est adoptée.

M. Perrin. La question de révision de la loi de 1838 sur les aliénés reprend une nouvelle activité; il serait bon que la Société de médecine, qui a nommé une commission, demandât le rapport de ladite commission.

M. Foville. M. Mottet a les documents; je m'entendrai avec lui pour présenter ce rapport.

M. le Président. M. Simonnot, membre de cette commission, étant décédé, il y sera remplacé par M. Lagneau.

Il est procédé au renouvellement du bureau et des diverses commissions de la Société pour l'année 1871-1872.

M. Léon Gros est nommé *président* à la majorité de 21 suffrages sur 23 votants; 2 bulletins blancs.

M. Lunier obtient, pour le titre de *vice-président*, 20 suffrages; M. Giraldès, 1; M. Voisin, 1. En conséquence, M. Lunier est nommé vice-président.

Sont élus à l'unanimité :

Secrétaire-général : M. Charrier.

Archiviste : M. Voisin.

Sont nommés *secrétaires annuels* à l'unanimité des suffrages : MM. Onimus et Tissier.

M. Perrin est élu *trésorier* par 22 voix, contre M. Lagneau, une voix.

Conseil d'administration. — Un membre à élire. D'habitude, ce membre est le président sortant; mais M. Simonnot étant mort, sa place au conseil est dévolue à M. Gillebert-d'Hercourt par la majorité des suffrages.

Conseil de famille. — Sont élus : MM. Lagneau et Blachez

en remplacement de MM. Briquet et Géry père, admis à l'honorariat.

Comité de publication. — MM. Charrier, secrétaire général; Tissier, Onimus, secrétaires annuels en exercice; Durosiez et Antonin Martin, secrétaires sortants.

Commission d'examen des employés de la Seine. — MM. Tissier, Onimus et Delpech.

M. VOISIN demande que la Société fasse, près de MM. Jacquemin et Duparc, une démarche à l'effet d'obtenir, à titre de don pour la Société, un exemplaire du journal de Sédillot. Ce journal, devenu très-rare aujourd'hui, est le recueil complet des actes de la Société de médecine de Paris.

M. LE PRÉSIDENT. M. Jacquemin a la collection de tous les journaux relatifs à la Société. Il les a légués par testament à M. Bois-de-Loury pour les faire revenir par lui à la Société. Il y aurait peut-être lieu de demander à M. Jacquemin de revenir sur cette décision et de les léguer directement à la Société.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Antonin MARTIN.

VARIÉTÉS

ASSEMBLÉE NATIONALE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1871.

Proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, présentée par M. Alfred Naquet, membre de l'Assemblée nationale.

EXPOSÉ DES MOTIFS (1).

Dispositions relatives aux études cliniques dans les hôpitaux.

Pour obvier au vice d'organisation que nous avons mentionné plus haut, pour que le stage dans les hôpitaux serve à quelque chose, il est nécessaire de transformer chaque service en une chaire de clinique, en imposant à chaque médecin d'hôpital l'obligation de faire une espèce de cours au lit du malade, d'interroger les élèves, de les exercer à la percussion, à l'auscultation, de leur faire prescrire le traitement et le régime à suivre, comme si le malade leur était véritablement abandonné. La place de médecin d'hôpital, à Paris et dans une grande ville, vaut une position, et, quelque peu rétribuée qu'elle soit, quelques charges que l'on impose à ceux qui en sont investis, elle sera toujours recherchée. Il n'y a de ce côté aucun accroissement très-sérieux de dépenses.

Mais si l'on veut qu'un médecin d'hôpital puisse interroger les élèves qui suivent son service, il est indispensable que le nombre de ces derniers soit restreint; il faut que la masse des étudiants n'aille pas encombrer les salles de quelques médecins en vogue, au risque de fatiguer les malades sans rien voir ni rien apprendre; il faut que, dans un service quelconque, le nombre des élèves ne dépasse pas le quotient obtenu, en divisant le nombre des élèves inscrits par le nombre des services existants; il faut que le choix du service cesse d'être facultatif.

Les étudiants ne commençant, dans le nouveau système, à fréquenter les hôpitaux qu'à partir de la troisième année, le mieux est de les sérier d'après la moyenne des notes obtenues aux examens des années précédentes, en donnant au premier le droit de choisir parmi tous les services existants, et à ceux qui suivent le droit de choisir parmi tous les services encore libres.

Il faut aussi prévoir le cas où un certain nombre d'étudiants, supérieur à celui que l'on peut admettre dans un même service, auraient des notes égales et feraient le même choix. Le seul moyen de résoudre ces difficultés est d'avoir recours à un tirage au sort. Il serait également très-bon d'opérer un remaniement des services tous les six mois, afin que ceux qui ont été le plus mal partagés puissent se relever par le travail.

Le travail clinique étant en somme celui qui fait le médecin, suivre l'hôpital avec assiduité doit être une obligation rigoureuse; aussi proposons-nous à l'article 35 d'exclure des examens et de forcer à redoubler leur année tous ceux qui, dans le cours de ladite année, auront manqué l'hôpital plus de cinquante fois, quelque excuse qu'ils puissent avoir. L'assiduité dans les hôpitaux est, en effet, un moyen de s'instruire que rien ne peut remplacer, et les excuses, si légitimes qu'elles fussent, que pourraient avoir les étudiants ne changeraient rien à cet état de choses.

Des grades.

A l'heure actuelle, les Facultés de médecine délivrent deux espèces de diplômes : des diplômes de docteur en médecine et des diplômes d'officier de santé. Les uns comme les autres donnent le droit d'exercer la médecine avec quelques restrictions relatives aux grandes opérations, en ce qui concerne les officiers de santé.

Les examens au moyen desquels on devient aujourd'hui docteur étant absolument insuffisants pour démontrer la capacité de ceux qui les subissent, on se demandera quelles garanties peuvent présenter les officiers de santé. Sans doute il y a parmi eux des praticiens de mérite, comme il y en aurait parmi les médecins libres si l'on abrogeait les lois sur l'exercice illégal de la médecine. Mais ce sont là des hommes qui ont voulu travailler, qui se sont faits eux-mêmes, et ce n'est nullement le grade qu'ils ont acquis qui est une preuve de leur valeur.

On dit, pour maintenir l'institution des officiers de santé, que sans eux beaucoup de villages manqueraient de médecins. C'est un point à éclaircir et sur lequel l'Etat aura à aviser; mais alors même qu'il en serait ainsi et qu'on ne pourrait en aucune manière remédier à ce mal, mieux vaudrait n'avoir pas de médecin que d'avoir des médecins ignares, beaucoup plus capables de tuer que de guérir.

Aussi proposons-nous, à l'article 39, d'abolir l'institution des officiers de santé, en déclarant toutefois que la loi n'a aucun effet rétroactif sur ce point, et que tous les droits légitimement acquis sont respectés.

Nous proposons également à l'art. 47 de supprimer la thèse que les étudiants sont actuellement obligés de soutenir pour acquérir le droit d'exercer la médecine. Cette thèse ne sert absolument à rien, qu'à occasionner quelques dépenses au candidat. Dans l'immense majorité des cas, ce n'est qu'une compilation faite en quelques jours, et il est admis qu'un élève ne doit jamais être refusé à cette épreuve finale. Seulement, si nous supprimons la thèse, il faut remplacer le grade de docteur par le grade de licencé donnant le droit d'exercer la médecine, et réserver le doctorat pour ceux qui présenteront un travail original, comme on le fait actuellement pour le doctorat ès sciences. C'est un moyen de pousser aux découvertes, et si l'on rend le doctorat obligatoire pour les aspirants au professorat, à l'agrégation au professorat, et aux fonctions d'examinateurs titulaires, on crée, par le travail, par les études que l'acquisition de ce grade exigera, une véritable pépinière de professeurs et d'examinateurs de talent.

De la forme et du nombre des examens, et de l'admission aux grades.

Il ne suffit pas de donner aux étudiants les moyens de s'instruire, il faut les y contraindre. Les principes démocratiques exigent que les études médicales soient gratuites comme toutes les autres. C'est un sacrifice que l'État s'impose, et ce sacrifice lui donne le droit de surveiller ceux auxquels il donne gratuitement les bienfaits de l'instruction. Ce n'est que par l'organisation des examens que ce but peut être atteint.

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26-28, 30 décembre 1871 et 13 janvier 1872.

Le nombre des examens doit être considérablement multiplié, et cela par deux motifs :

Lorsqu'on accumule, pour un seul examen final, toutes les matières professées dans le courant de l'année, ces matières sont nombreuses; l'élève se confie un peu au hasard, il en voit quelques-unes et compte sur sa bonne chance. Si, au contraire, les examens étaient tellement multipliés qu'on fût absolument obligé de répondre à toutes les questions, il ne serait plus possible de compter sur la fortune, et l'élève étudierait tout ou renoncerait à la carrière médicale. Il est incontestable que l'on ne peut pas réaliser cet idéal; mais on peut s'en rapprocher beaucoup en augmentant la fréquence des examens et en diminuant l'intervalle.

L'homme, de nos jours, ne travaille guère par plaisir et ne fait le plus souvent que ce qu'il est obligé de faire. Les étudiants sont soumis à cette loi comme le commun des mortels, et c'est seulement à la veille du jour où ils doivent être interrogés qu'ils se décident à ouvrir leurs livres; multiplions les examens et nous multiplierons du même coup, pour eux, la nécessité du travail.

Ces considérations nous amènent à vous proposer de soumettre les étudiants en médecine à des examens mensuels, à des examens annuels et à des examens finaux ou de *licence*. A chaque examen, l'élève recevrait un certain nombre de points. La moyenne des points obtenus aux interrogations mensuelles influerait sur l'examen de fin d'année, suivant une proportion qne la loi ne peut fixer et qui devra faire l'objet d'un règlement spécial.

De même, les notes obtenues aux interrogations annuelles exerceraient sur les examens de licence une influence qui ne peut pas non plus être déterminée législativement, et qui doit être laissée à l'appréciation de la Faculté chargée de la fixer par un règlement particulier.

Cette méthode, en partie calquée sur ce qui se pratique à l'École polytechnique et à l'École centrale, remédie à l'inconvénient grave du système actuel, inconvénient qui consiste dans l'impossibilité absolue où se trouve même un examinateur de talent, de se faire en quelques instants une idée juste de la valeur d'un homme et des connaissances qu'il possède. Elle y remédie en ce sens qu'il est plus facile de juger un homme en l'interrogeant douze fois qu'en l'interrogeant une; elle y remédie surtout en donnant des garanties de travail.

Il est un autre point sur lequel il convient d'insister. Les examens oraux ne sont jamais aussi sérieux que les examens écrits. Un élève intelligent y lit souvent sa réponse sur les lèvres de son examinateur, et, dans aucun cas, il ne peut y exposer, y développer ce qu'il sait comme il le ferait en écrivant. Il faut donc que les examens de fin d'année et de licence se composent d'une épreuve écrite aussi bien que d'une épreuve orale; et, comme la médecine est un art tout autant qu'une science, il faut aussi qu'à ces deux épreuves s'en joigne une troisième toute pratique.

Enfin, l'expérience nous ayant appris que toute épreuve écrite ou pratique qui n'est pas éliminatoire cesse bien vite d'être prise en considération pour céder exclusivement le pas à l'examen oral, il faut que l'épreuve écrite et l'épreuve pratique soient éliminatoires.

Nous bornons les examens de fin de mois à l'épreuve orale, d'abord parce qu'il ne serait pas possible de faire autrement sans accroître démesurément le personnel des examinateurs, ensuite parce que ces examens roulent sur un nombre de matières plus restreint et ont surtout pour objet d'obliger l'étudiant au travail.

(*A suivre.*)

UNE FACULTÉ DE MÉDECINE A NANTES

On lira avec intérêt le rapport suivant, présenté à l'Assemblée nationale par M. Doré-Graslin, dans la séance du 6 janvier dernier.

1528. — Deux pétitions émanées des professeurs de l'école secondaire de médecine de Nantes et d'un certain nombre d'habitants de cette ville demandent :

Qu'une quatrième Faculté de médecine soit créée dans l'ouest de la France;

Que cette Faculté soit placée à Nantes.

Et, en outre, que toutes les villes de cent mille habitants soient dotées d'un enseignement supérieur complet.

Ces pétitions contiennent des développements intéressants et étendus dont il convient de donner l'analyse à l'Assemblée.

Depuis un grand nombre d'années, disent les pétitionnaires, à différents intervalles, la question de l'établissement d'une quatrième Faculté de médecine en France, dans la région de l'ouest, a été vivement discutée.

La douloureuse suppression de la Faculté de Strasbourg la fait renaître aujourd'hui.

La France avait naguère trois Facultés de médecine, ayant chacune une circonscription scientifique et administrative.

La grande Faculté de Paris, en outre des avantages qui lui assureront toujours le premier rang, était le lieu d'étude de l'hygiène spéciale et des formes pathologiques propres au climat du nord de la France, généralement sec et sujet à de grands écarts de température.

La Faculté de Montpellier, si justement fière de son passé illustre, placée sous un climat chaud, rapprochée de l'Algérie, est admirablement placée pour étudier l'hygiène et les maladies de la région méridionale, qui s'y développent aussi naturellement que certains végétaux.

Quant à la Faculté de Strasbourg, elle n'est pas, ou plutôt, hélas! elle n'était pas le centre d'une région naturelle ou médicale distincte. Le climat, de même que les maladies, ne différant pas de ce qu'on trouve à Paris, d'autres raisons d'un ordre élevé, notamment son voisinage de l'Allemagne, motivaient cet établissement scientifique.

Les auteurs de la pétition n'ont rien à dire sur le projet de transférer la Faculté de Strasbourg à Nancy ou à Lyon. Mais ils établissent que si deux Facultés sont bien placées, au point de vue de la science, l'une au nord à Paris, l'autre au midi à Montpellier, parce qu'elles constituent deux régions médicales bien différentes, il est une troisième région non moins naturelle que les deux autres comme siége d'une faculté : c'est l'ouest de la France. Son climat n'est ni celui de Paris, ni celui de Montpellier; le voisinage de l'Océan le rend égal, tiède et humide. Sa constitution géologique est également particulière : vaste ensemble de roches et de granit, formant un massif dont la Bretagne est le centre et dont le Poitou, l'Anjou, le Maine et la presqu'île de la Manche sont les annexes. Le climat, l'agriculture, le tempérament, la constitution des hommes y diffèrent de ceux des autres parties de la France. Cette région, à part par sa constitution naturelle, est à part pour l'hygiène et la médecine. Le mouvement maritime permet aussi d'y étudier fréquemment les maladies particulières aux colonies.

Une faculté de médecine a donc, au point de vue scientifique, sa place bien marquée dans l'ouest de la France.

Selon les pétitionnaires, la ville de Nantes est évidemment le point central du groupe qui vient d'être défini. Cette position si favorable semble un argument déterminant pour qu'elle devienne le siége de la nouvelle faculté.

La ville de Nantes a, en outre, pour elle le droit ancien : ce ne serait que le rétablissement de son passé, de la tradition de son histoire. Une université complète, comprenant toutes les facultés, y compris celle de médecine, y fut fondée en 1460 par le duc François II.

Dans le présent, tout est préparé à Nantes pour une faculté : bâtiments, collections, vastes hôpitaux contenant 2,600 lits, corps médical nombreux et savant, grandes ressources de clientèle; il n'y a qu'un titre à donner, tout est prêt.

Enfin les pétitionnaires pensent avec MM. Sainte-Claire Deville, dont ils empruntent les paroles, « que l'université, telle qu'elle est constituée, a besoin de réformes; qu'il serait à souhaiter que tout

ne partît pas d'un centre commun, et que de nouvelles universités pussent renaître, indépendantes, comme avant la Révolution. »

Ils applaudissent au projet de loi qui a pour but de fonder une université à Nancy et voudraient voir renaître l'ancienne université de Nantes.

Les pétitionnaires demandent en conséquence, comme l'une des meilleures mesures que puisse prendre le Gouvernement en matière d'instruction publique, qu'il soit décidé en principe que toute ville atteignant 100,000 âmes ait droit à un enseignement supérieur complet, à l'installation duquel elles subviendraient dans la mesure fixée par la loi. Ce serait là la vraie décentralisation intellectuelle, aussi nécessaire que la décentralisation administrative. Elle est largement pratiquée chez les Allemands et a fortement contribué au grand développement intellectuel de ce pays.

Cette pétition, conçue en très-bons termes et pleine d'aperçus dignes d'être pris en considération, a donc, comme je disais en commençant, trois chefs de conclusions :

1° Etablissement d'universités dans les grandes villes avec le concours de ces villes;

2° Création dans l'ouest d'une faculté de médecine;

3° Choix de la ville de Nantes comme siége de cette faculté.

Sur le premier point on ne peut s'empêcher de reconnaître que les facultés de province, placées pour la plupart dans des villes sans mouvement, sont très-peu fréquentées. On avait choisi des villes mortes pour leur donner la vie, et on alléguait, d'ailleurs, que le calme de la solitude convenait à l'étude.

Dans beaucoup de ces facultés les étudiants font défaut, et l'instruction générale n'en tire aucunement le profit qu'elle en devrait tirer. Pour remédier à ce mal sans détruire ce qui existe, puisqu'on alléguerait des droits acquis, un remède efficace serait certainement d'autoriser les villes qui voudraient y concourir à créer des facultés nouvelles; la concurrence ramènerait ainsi la vie et un sang nouveau circulerait dans le haut enseignement. Sur ce point, la commission propose donc à l'Assemblée de renvoyer la pétition à M. le ministre de l'instruction publique.

En ce qui concerne la création d'une faculté de médecine dans l'Ouest, les raisons alléguées par les pétitionnaires paraissent empreintes d'une grande force.

Il en a été sans cesse question depuis la création de l'Université, et même un projet de loi dans ce sens fut proposé sous la monarchie de Juillet. Mais il semble que les considérations scientifiques présentées par les pétitionnaires ont un caractère de nouveauté qui mérite que, sur ce second point, la pétition soit aussi renvoyée à M. le ministre de l'instruction publique.

Sur le troisième point, c'est-à-dire le choix de la ville de Nantes comme siége de la faculté nouvelle de médecine à créer dans l'ouest de la France, la commission reconnaît que les titres que fait valoir la ville de Nantes sont dignes d'une grande attention.

Elle propose également à l'Assemblée de renvoyer sur ce troisième point la pétition au ministre compétent.

Ce renvoi ne saurait avoir pour effet de préjuger la question. D'autres villes auront aussi des prétentions à faire valoir. Il a pour but, dans l'opinion de la commission, d'arriver à ce qu'une question aussi importante ne soit décidée par le ministre et l'Assemblée que sur pièce et après débat contradictoire, toutes les parties en cause appelées et entendues, en un mot en dehors de tout intérêt particulier et uniquement en vue de l'intérêt général.

(Les conclusions de la commission sont mises aux voix et adoptées.)

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Concours de l'externat en pharmacie.

Le jeudi 15 février 1872, à deux heures précises, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, quai de la Tournelle, n° 47, un concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mardi 16 janvier et fermé le mercredi 31 du même mois, à trois heures.

Pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat général de l'Administration.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Après avoir publié l'adhésion de M. Dechambre à la candidature de M. Brochin, M. Marchal (de Calvi), rédacteur en chef de la *Tribune médicale*, exprime ainsi son opinion :

« Je lèverais les deux mains, si c'était permis. Vie exemplaire, toute de travail et de dignité; savoir étendu et varié; talent d'écrire; sûreté dans les relations; bienveillance et affabilité sans préjudice de la fermeté : voilà ce qui recommande le candidat de M. de Ranse, qui sera celui du corps médical de Paris.

« Marchal (de Calvi). »

— *Hôpitaux de Paris.* — Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans le personnel des médecins des hôpitaux :

M. le docteur Desnos passe de Lariboisière à la Pitié, en remplacement de M. Empis, passé à la Charité;

M. le docteur Lorain passe de Saint-Antoine à la Pitié (service créé);

M. Empis passe de la Pitié à la Charité, en remplacement de M. le docteur Pelletan de Kinkelin, démissionnaire;

M. Raynaud passe de Sainte-Périne à Saint-Antoine, en remplacement de M. Lorain, passé à la Pitié;

M. Féréol passe de l'hospice des Incurables à Saint-Antoine, en remplacement de M. Siredey, passé à Lariboisière;

M. Guyot passe de Saint-Antoine à Lariboisière en remplacement de M. Duplay, atteint par le règlement sur la limite d'âge;

M. Cadet de Gassicourt passe de l'hospice des Incurables à Saint-Antoine, en remplacement de M. Guyot, passé à Lariboisière;

M. Siredey passe de Saint-Antoine à Lariboisière, en remplacement de M. Desnos, passé à la Pitié;

M. le docteur Dumont-Pallier passe du bureau des Nourrices à l'hôpital de Lourcine, en remplacement de M. le docteur Després, dont le service est converti en un service de médecine;

M. le docteur Blachez passe de Bicêtre à la direction des Nourrices, en remplacement de M. Dumont-Pallier, passé à Lourcine;

M. Constantin (Paul), médecin du Bureau central, remplace à Bicêtre M. Blachez, passé à la Direction des Nourrices;

M. le docteur Proust, médecin du Bureau central, remplace à Sainte-Périne M. le docteur Raynaud, passé à Saint-Antoine;

M. Ollivier, médecin du Bureau central, remplace à l'hospice des Incurables, à Ivry, M. Féréol, passé à Saint-Antoine;

M. Labbé, médecin du Bureau central, remplace à l'hospice des Incurables d'Ivry M. Cadet de Gassicourt, passé à Saint-Antoine.

— Par les soins de la Société française de secours aux blessés militaires, un service funèbre sera célébré en l'église métropolitaine de Notre-Dame, le 16 janvier 1872, à 11 heures très-précises du matin, en mémoire des officiers, sous-officiers et soldats des armées de terre et de mer, des gardes nationales mobiles, des gardes nationales et des corps volontaires morts pendant la guerre.

Cette solennité sera présidée par Monseigneur l'Archevêque de Paris.

Le R. P. Félix prononcera l'Oraison funèbre.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules. Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7 0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.0·0	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil billiaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.............. 1.33
Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer
Sulfate »
— de chaux........................ } 0.44
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Névralgies calmées à l'instant même par les pilules antinévralgiques du docteur CRONIER. — Dépôt, M. LEVASSEUR, pharmacien, rue de la Monnaie, n° 19, Paris. — 3 fr. la boîte.

SIROP SÉDATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
AU BROMURE DE POTASSIUM
De J.-P. LAROZE, pharmacien,
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Tous les médecins s'accordent à reconnaître au bromure de potassium, chimiquement pur, une action sédative et calmante sur tout le système nerveux. Réuni au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères, dont l'action régulatrice des fonctions de l'estomac et des intestins est universellement appréciée, il est administré sans crainte d'aucun accident, chez les adultes, dans les affections du cœur, des voies digestives et respiratoires, les névroses en général et les maladies nerveuses de la grossesse; chez les enfants pour calmer l'agitation, l'insomnie et la toux pendant la dentition. Son dosage mathématique permet aux médecins d'en augmenter ou d'en diminuer la dose suivant le cas. — Le flacon : 3 fr. 50 c. — Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

HUILE de Foie de morue FERRÉE DE GODIN
au BENZOATE DE FER dosée au 100e

« Dissolution des Benzoates dans les huiles. »

(Travail lu à l'Académie des sciences, le 13 novembre 1871.)

1° **Le Benzoate de fer**, sel orange, inaltérable, aussi riche en fer que le *lactate*, apporte à l'huile blanche de Norwége l'action balsamique de l'*acide benzoïque* et l'action tonique du *fer*. — Le *fer*, uni à un corps gras, exerce une action plus douce sur les parois de l'estomac, ne constipe pas, et rend l'huile de foie de morue plus facile à prendre.

2° **Huile hydrargyrique** au Benzoate d'hydrargyre (dosée au 1000e). Au spécifique, au débilitant, est associé le reconstituant ; le malade n'éprouve ainsi ni maux d'estomac ni amaigrissement.

3° **Huile hydrargyro-ferrée** aux Benzoates d'hydrargyre et de fer. — Elle réunit les avantages combinés des deux autres.

GODIN, ex-pharm. des hôpitaux, 96, faubourg Saint-Martin, et dans les principales pharmacies.

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lientérie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

Papier Wlinsi. — Papier chimique perfectionné; puissant dérivatif; emploi facile. Son effet, prompt et sûr, peut être prolongé suivant le désir du médecin. Remplace les emplâtres de poix de Bourgogne, stibiés et autres analogues. — Boîte de 10 feuilles : 1 fr. 50 c. — Chez tous les pharmaciens.

PILULES DE BLANCARD
A L'IODURE DE FER INALTÉRABLE

Approuvées en 1850 par l'Académie de médecine de Paris, adoptées en 1866 par le Formulaire officiel français, le *Codex*, etc. — Contre les affections scrofuleuses, la chlorose, l'aménorrhée, etc.

L'iodure de fer impur ou altéré est un remède infidèle, irritant. D'un autre côté, ainsi que l'atteste un document officiel reproduit par les soins du Gouvernement français, dans le *Moniteur universel*, le 7 novembre 1860 : « La fabrication des pilules de Blancard demande une grande habileté, etc. » Puisqu'il en est ainsi, comme preuve de pureté et d'authenticité des Pilules de Blancard, les seules qui puissent être légalement désignées sous cette dénomination, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre **signature** ci-jointe apposée au bas d'une étiquette **verte**.

Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Se défier des contrefaçons.

Blancard

Pharmacien, rue Bonaparte, 40, à Paris.

Huile de foies frais de morue de Hogg

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — Mention honor.

2, rue Castiglione, Paris.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le Sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode des bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VIN FERRUGINEUX
A la Rhubarbe

De Ad. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. — LE FLACON 3 FR. — 61, Boulevard Malesherbes et dans toutes les pharmacies.

DÉPÔT A SAINT-QUENTIN, PHARMACIE LEBON.

GOUDRON VÉGÉTAL LE BEUF

L'émulsion de goudron végétal de Le Beuf, obtenue par l'intermédiaire de la *Saponine* (1), corps complétement *neutre*, et ne renfermant aucune substance capable d'altérer la matière médicamenteuse, est par conséquent *bien préférable* pour l'administration du goudron à l'intérieur aux *liqueurs concentrées* qui sont toutes associées à un corps *alcalin* ou *acide*, corps qui, tout en favorisant la dissolution du *goudron* dans l'eau, altère *profondément* ses principes résineux et balsamiques.

Cette préparation, dont *l'odeur caractéristique* prouve que le GOUDRON *n'est en rien modifié*, constitue le moyen le *plus rationnel* pour l'emploi du *goudron* en thérapeutique. (Voyez Dr GUBLER, *commentaires thérapeutiques du Codex*, p. 143. — ADRIAN, *not sur le goudron et ses meilleures préparations, bulletin thérapeut.*, 1867, p. 406 et 407.

MODE D'EMPLOI — Le **Goudron Le Beuf** s'administre à la dose d'**une cuillerée à café**, deux ou trois fois par jour, délayée dans **un demi-verre d'eau sucrée** ou de **lait chaud**.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) Principe immédiat contenu dans la saponaire et auquel cette plante doit ses propriétés dépuratives et rafraîchissantes.

Pharmacie L. FOUCHER, à Orléans.

Dragées de bromure de potassium (*exempt d'iodure*). Ces dragées sont agréables au goût, d'une parfaite conservation, d'un transport facile et d'un dosage très-exact (5 dragées pour 1 gramme de sel).

Le bromure employé à la confection de ces dragées étant toujours exempt d'iodure, elles peuvent être données sans aucune crainte dans tous les cas où l'usage du bromure est indiqué, et surtout pour combattre l'épilepsie, la danse de St Guy, l'hystérie, les névroses de toutes sortes, etc., 3 fr. le flac. de 100 drag.

NOTA.—Un dépôt centr. des produits L. FOUCHER est établi, *pour le gros seulement*, r. Rambuteau, 50.

Pilules de Hogg. — 1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée.* Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène.* En vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable.* En vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

N° 7. — JEUDI 18 JANVIER 1872 45e ANNÉE JEUDI 18 JANVIER 1872. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Anus anormal à l'aine droite. Entérotomie iléo-cœcale (M. Laugier). — Empoisonnement accidentel par le sulfate neutre d'atropine en collyre, dans un cas de névralgie larvée de la 5e paire. Guérison (M. Prunac). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Concours de l'externat. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une communication des plus intéressantes a pu se glisser cette fois entre deux rapports.

L'histoire des ramollissements cérébraux par oblitération vasculaire, embolie ou thrombose, a été, depuis quelques années, l'objet de travaux importants. M. Verneuil est venu l'enrichir d'un fait nouveau qui, par les circonstances au milieu desquelles il s'est produit, a toute la netteté d'un fait de physiologie expérimentale.

On trouvera plus loin les détails de cette observation, tels du moins que nous avons pu les résumer d'après une audition rapide, mais très-attentive.

On y verra que M. Verneuil, pendant la vie, n'avait pas songé même à la possibilité d'une thrombose, mais uniquement d'une hémorrhagie cérébrale.

En qualité de chirurgien, il s'était référé d'abord aux théories de Jean-Louis Petit sur la compression du cerveau.

Il est probable que si le même fait se fût produit dans le service de M. Vulpian ou dans celui de M. Charcot, la pensée d'un ramollissement par oblitération artérielle se fût présentée aussi bien que celle d'une hémorrhagie.

En effet, dans ces deux services, on avait déjà recueilli, en 1865, dix observations d'hémiplégies, en apparence apoplectiques, dues à des oblitérations de telle ou telle artère cérébrale, le plus souvent de l'artère sylvienne, par coagulation du sang qu'elle contenait. Ces observations sont rapportées avec quelques autres dans un mémoire de MM. Prévost et Cottard (1).

Seulement la cause de la thrombose y pouvait être rapportée, soit à l'état de parois artérielles athéromateuses, soit à l'état d'un sang altéré de longue date par une diathèse cancéreuse ou autre : elle n'était point accidentelle, comme chez le malade de M. Verneuil.

Or déjà on avait remarqué que, chez des sujets cancéreux, une oblitération portant sur l'artère sylvienne avait produit un ramollissement de couleur normale, blanche ou grise; tandis que la règle générale était une teinte plus ou moins rosée pour les ramollissements cérébraux par oblitération vasculaire de date récente. On croyait donc que la diathèse cancéreuse pouvait être pour quelque chose dans cette couleur du ramollissement. Cette explication tombe d'elle-même du moment où le ramollissement survenu à la suite d'une oblitération de l'artère sylvienne, chez le robuste homme d'équipe observé par M. Verneuil, était également grisâtre.

Il y aurait encore bien des points à relever dans cette communication de M. Verneuil.

Ainsi les cris horribles que poussait le malade, pendant les deux heures qui suivirent son accident, rappellent les cris que provoquent les embolies artificielles chez les animaux.

Et n'avons-nous pas, en effet, les conditions les plus favorables pour qu'avant l'oblitération complète de la carotide au lieu de la rupture il se soit produit de véritables embolies dans les rameaux de la sylvienne ?

Les tuniques internes de l'artère, sous l'influence de l'ondée sanguine, se disséquaient graduellement du côté de la périphérie. Avant d'interrompre complétement le cours du sang, elles formaient déjà un éperon saillant sur lequel devait se déposer de la fibrine. Les conditions étaient donc là semblables à ce qu'elles sont sur les valvules du cœur, lorsque se préparent les embolies si bien décrites dans ces dernières années. Le frottement sur une surface rugueuse ayant produit des dépôts de fibrine, l'ondée sanguine, si énergique dans les artères carotides, pouvait les détacher et les porter au loin dans de plus petits vaisseaux, où elles faisaient bouchon. Tant que les rameaux oblitérés de cette manière étaient en petit nombre, la dilatation des anastomoses pouvait maintenir la nutrition par un travail hyperémique, qui pouvait produire des symptômes d'excitation cérébrale. De là sans doute l'agitation et le délire. Mais il arriva un moment où, d'une part, la coagulation s'était étendue dans le système de l'artère sylvienne, et où, d'autre part, l'oblitération de la carotide par le décollement de ses tuniques était devenue à peu près complète. Alors la coagulation s'étendit à tout le sang maintenant immobile, et toute la partie du cerveau que le liquide nutritif n'arrosait plus se ramollit.

Je ne sais vraiment pas pourquoi M. Verneuil a retardé le début de ce ramollissement jusqu'au quatrième ou cinquième jour, jusqu'au moment où la température a monté, comme elle le fait notamment dans les agonies.

Évidemment, l'ancienne théorie du ramollissement par encéphalite le préoccupait; et en effet, il a noté l'agitation finale,

(1) *Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral.* Paris, 1866, Delahaye.

l'élévation du pouls et de la température comme des signes de l'encéphalite, parallèle au ramollissement.

Mais lorsqu'il s'agit de thrombose, le cerveau peut se ramollir par simple défaut de nutrition, sans encéphalite, même de voisinage.

Aussi est-il assez commun de voir rester le pouls calme et la température à peu près normale dans le cours de ramollissements cérébraux de cette espèce. Il est facile de s'en assurer en lisant des observations déjà publiées en grand nombre.

On voit combien peu est logique la division de la pathologie en chirurgie et médecine. Des deux parts, les faits sont semblables. Il faut les uns pour expliquer les autres. Les chirurgiens ont l'avantage d'avoir souvent moins d'inconnues dans leurs problèmes ; car on se rend bien compte de la cause d'une affection, alors qu'elle est accidentelle. Mais les affections naturelles se présentent bien plus souvent en longues séries que ces heureux hasards, et les sciences gagnent à ne pas être étudiées, comme l'anatomie du temps de Galien, uniquement par le moyen de cas fortuits, tels que *débordement de fleuves qui ouvraient les sépulcres, combats de gladiateurs où les organes internes se trouvaient mis à nu.*

J'ai deux remarques à faire à propos de mon Premier-Paris de mercredi dernier. D'abord de nombreuses fautes d'impression, telles que *col* pour *cal*, *alors* pour *donc*, des présents pour des imparfaits, etc., s'y sont glissées par suite des nécessités de la pratique qui ne m'ont pas permis de corriger ce jour-là mes épreuves, et en outre l'opinion émise par MM. Vidal, Marjolin, Giraldès et Lallier, au sein de la commission du nouvel Hôtel-Dieu, tendait à l'abandon complet des bâtiments par l'administration de l'Assistance publique, et non à leur démolition, s'ils pouvaient être utilisés, pour un ministère par exemple.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Laugier.

Anus anormal à l'aine droite. — Entérotomie iléo-cœcale (1).

Je viens présenter à l'Académie l'exemple d'une opération nouvelle, que j'ai dû imaginer et pratiquer dans des conditions insolites d'anus anormal inguinal. Cette repoussante infirmité, qui rend le malade un objet de dégoût pour ceux qui l'approchent et pour lui-même, avait eu son origine, comme cela arrive le plus souvent, dans une hernie étranglée et gangrenée avec perte d'une anse intestinale entière.

Le sujet de cette observation est un jeune homme de 24 ans, employé à la Poste, bien constitué et d'une bonne santé habituelle. D'après le dire du malade, la hernie est survenue tout à coup. Le 26 décembre 1870, pendant qu'il portait un fardeau, une tumeur douloureuse s'était formée brusquement à l'aine droite; elle a été prise pour une orchite et traitée comme telle par des ponctions multiples. Ces mouchetures donnèrent issue à des matières fécales, et le malade fut soulagé.

Quinze jours après, il entra dans un hôpital. On constate les fistules et la sortie des matières intestinales ; de plus, à travers une fistule située au-dessous des autres, a lieu un renversement de la membrane muqueuse de l'intestin, long de 4 à 5 centimètres, appartenant au bout inférieur de l'anus anormal et par lequel s'échappent des matières glaireuses, mais pas de matière fécale. Par une large incision, on transforme les fistules multiples en une seule ouverture; puis, quelques jours après, sont faites deux cautérisations avec le caustique de Filhos, dans le but très-légitime de détruire ce qu'on appelle l'*éperon*, angle saillant de la cloison moyenne des deux bouts de l'anus anormal, qui gêne le cours des matières du bout supérieur vers le bout inférieur. Le malade, très-intelligent, assure qu'après la seconde cautérisation il cessa de voir sortir, par la partie inférieure de la plaie, les matières glaireuses indiquées. Je me borne à rapporter, sans les garantir, les propos du malade. Le 10 mars, après un séjour d'environ six semaines, il sort de l'hôpital et retourne chez lui. Au mois d'avril, le médecin qui lui donnait des soins détruisait avec la pâte de Vienne la muqueuse renversée, et, pour en venir à bout plus complétement, fit, à la base de la petite tumeur formée par le renversement, quelques mouchetures avec la pointe d'une lancette et y introduisit plusieurs fragments de potasse caustique. La tumeur fut entièrement détruite. Ces détails, qu'on pourrait croire sans importance, rendent compte, au contraire, de la modification profonde de l'anus anormal, qui a rendu indispensable l'opération nouvelle que je soumets à l'appréciation de l'Académie.

Le malade entra dans mon service, à l'Hôtel-Dieu, le 1er juillet 1871. Une plaie en forme d'entonnoir, tapissée d'une membrane muqueuse, existait à l'aine droite au niveau de l'anneau du muscle grand oblique, et laissait passer toutes les matières intestinales. C'était un anus anormal : depuis qu'il était établi, il n'était sorti par l'anus normal, de loin en loin, et par l'usage des lavements, que des masses concrètes de mucosités grisâtres, résidu des sécrétions intestinales, mais sans mélange des fluides qui les colorent habituellement.

Telle devait être, en effet, la suite d'une perte de substance de l'intestin comprenant une anse intestinale entière; c'était le cas, ou du moins on doit le supposer, de l'application de l'entérotomie, dont Dupuytren est l'inventeur.

Dans cette opération, on rapproche à l'aide d'un instrument à deux branches les deux bouts de l'intestin, l'un supérieur, étendu de l'estomac à l'ouverture accidentelle, qui verse au dehors les matières intestinales et alimentaires plus ou moins complétement digérées, l'autre inférieur, qui, parti de cette ouverture, aboutit à l'anus normal, devrait y conduire les résidus de la digestion, mais ne peut plus remplir les fonctions auxquelles il est destiné, par le fait même de l'interruption de continuité entre les deux bouts et de la direction oblique qu'ils ont contractée vers la paroi abdominale, direction que rendent permanente, au moins temporairement, des adhérences du péritoine intestinal avec le péritoine de la paroi.

Le résultat de l'entérotomie, suivant la méthode de Dupuytren, est d'adosser, en les rendant parallèles dans l'étendue de quelques pouces, les deux bouts de l'intestin, de les rendre adhérents dans toute cette étendue, de perforer la cloison moyenne ainsi constituée, et d'établir une communication assez large pour permettre aux matières de passer du bout supérieur dans l'inférieur, malgré la direction vicieuse que ces deux bouts conservent longtemps vers la paroi abdominale. Dès lors, les selles naturelles se rétablissent plus ou moins complétement.

Mais, ainsi qu'on le voit, pour que cette opération soit pratiquée, il est de toute nécessité que les deux bouts soient rencontrés, puisqu'une des branches de l'entérotome doit être placée dans le bout supérieur et l'autre branche dans le bout inférieur.

Chez le malade soumis à mon observation, cette condition *sine qua non* n'existait pas; j'ai fait entrevoir que des cautérisations inopportunes avaient causé ce fâcheux résultat. Quoi qu'il en soit, le bout inférieur de l'anus anormal faisait défaut, son orifice était oblitéré, et sa situation même était impossible à déterminer.

Plusieurs mois ont été passés à faire des recherches, qui sont restées infructueuses : dilatation de l'anus anormal, exploration de la cavité intermédiaire aux deux bouts, introduction du doigt, de sondes diverses, de l'endoscope ; injections, soit par l'anus anormal, soit par l'anus normal, dans l'espoir de faire pénétrer un liquide à travers l'orifice cherché ; rien ne parvint à réussir, et nous restions

---

(1) Communiqué à l'Académie des sciences dans la séance du 8 janvier 1872.

en présence d'une affection incurable et contre laquelle aucun moyen palliatif ne nous permettait de rendre la vie du malade plus supportable. Il était plongé dans un découragement profond, et n'envisageait la fin de ses maux que par le suicide.

On comprend combien j'étais préoccupé de sa déplorable situation.

Il me vint alors à la pensée de suppléer à l'absence du bout inférieur de l'iléon, et de le remplacer par le gros intestin, dont la première portion, le cœcum, est située dans le voisinage d'un anus anormal, dont l'origine est à l'aine droite. Le gros intestin, dans tous les cas d'anus anormal de l'intestin grêle, fait lui-même partie du bout inférieur, puisqu'il aboutit à l'extérieur par l'orifice du rectum. Le bout inférieur se compose en effet alors de toute la partie de l'intestin grêle placée entre l'anus anormal et la valvule dite de Bauhin, et, à partir de cette valvule, de la totalité du gros intestin.

Faire communiquer le bout supérieur de l'anus anormal avec le cœcum, c'était, il est vrai, renoncer à toute cette portion d'intestin grêle située entre l'anus anormal et le gros intestin; mais cette suppression était déjà opérée de fait par la maladie, par la section du canal intestinal en deux parties, et comprenait le gros intestin lui-même; verser les matières intestinales dans le cœcum, en les détournant de l'anus anormal, c'était donc récupérer au profit de la nutrition, dans une certaine mesure, une étendue notable du bout inférieur, ainsi que le prouve l'usage en thérapeutique des lavements alimentaires; c'était aussi recréer le bout inférieur.

Nous avions, pour nous encourager, le bon état des forces du malade; son appétit était, en général, vif, mais une quantité suffisante d'aliments y pourvoyait, et, malgré les pertes du malade par l'anus anormal, il avait conservé des forces et de l'embonpoint.

Je résolus de faire communiquer le bout supérieur de l'anus anormal avec le cœcum par une ouverture latérale, qui serait opérée à l'aide d'un entérotome particulier approprié aux conditions de voisinage des deux intestins. La proposition faite au malade lui rendit l'espoir et trouva chez lui une entière soumission à tout ce que je jugerais nécessaire. J'avais besoin de cette confiance et de cette résolution, car pour arriver au but, il fallut deux opérations au lieu d'une.

Dans l'entérotomie ordinaire, il suffit, comme je l'ai dit, après une dilatation suffisante de l'orifice et du trajet de l'anus anormal, d'introduire une branche de l'entérotome dans les deux bouts de l'intestin et de les rapprocher pour les perforer; mais ici il me fallait d'abord établir un autre anus anormal sur le cœcum, pratiquer à cet intestin une ouverture, qui serait rendue persistante pendant quelque temps, afin d'y faire pénétrer le doigt d'abord, et, sur ce doigt, au moment convenable, une des branches de l'entérotome, l'autre devant être placée dans l'anus anormal.

Or cette première opération, qui se compose de l'ouverture de la paroi abdominale dans l'étendue de quelques centimètres, de celle du péritoine, de l'application de plusieurs points de suture entre la paroi et l'intestin, et enfin de l'incision de l'intestin lui-même, est d'une gravité incontestable. A elle seule, elle peut compromettre les jours du malade.

Cet anus anormal cœcal obtenu, je ne pouvais établir une communication entre le cœcum et le bout supérieur de l'anus anormal qu'en faisant usage d'un entérotome à branches courbes, dont les mords seulement agiraient sur la double paroi du cœcum et de l'iléon pour la mortifier et la perforer, mais qui laisseraient intactes toutes les parties molles comprises entre les deux anus anormaux tout en les embrassant sans les contondre.

Dans l'entérotomie ordinaire, une seule ouverture existe pour l'introduction des branches. Les parties saisies une fois divisées, les branches de l'instrument devenues mobiles ressortent par l'orifice de l'anus anormal avec la double paroi intestinale transformée en escarrhe. Dans l'opération que je projetais, les deux branches de l'entérotome, introduites isolément par des ouvertures différentes, devaient aussi être retirées isolément.

L'entérotome fut aussitôt construit qu'imaginé. M. Mathieu, habile fabricant d'instrument de chirurgie, réalisa promptement le modèle que je lui avais donné.

Le 16 décembre 1871 la première opération fut pratiquée. Je passe sous silence les essais auxquels j'ai dû me livrer pour déterminer le point précis du cœcum qu'il était préférable d'ouvrir. L'intestin, mis à nu, fut réuni à la paroi abdominale par sept points de suture, mais il ne fut incisé que deux jours après, le 18 décembre, à l'aide d'un bistouri droit; l'incision fut d'environ 2 centimètres: elle fut dilatée par un petit cône d'éponge préparée. Je tenais à ne lui donner que l'étendue strictement nécessaire.

Du 18 au 29 décembre, il n'y eut ni douleurs abdominales, ni fièvre; à peine observa-t-on une légère augmentation de la température avec accélération du pouls. Le septième jour, la température et le pouls étaient revenus à l'état normal.

Le 29 décembre, le doigt indicateur gauche est facilement introduit dans le cœcum, celui de la main droite dans l'anus anormal, et portés l'un vers l'autre ne sont plus séparés que par la double paroi du cœcum et de l'iléon. Le cœcum n'est pas trouvé rétréci.

Le lendemain, les deux branches de l'entérotome sont successivement placées et réunies à l'aide de la vis de pression de l'instrument.

Aucune douleur notable n'est la suite de l'application de l'entérotome. — Pas de nausées ni de vomissement.

Le quatrième jour, quelques matières commencent à sortir par la plaie du cœcum. Le ventre reste souple et sans douleur; le malade, dont les évacuations alvines sont assurées par l'anus anormal, n'a pas cessé de prendre quelques aliments au gré de son appétit.

Au bout de sept jours, samedi 6 janvier, les branches de l'entérotome sont retirées. Hier, dimanche 7, il passe notablement moins de matières intestinales par l'anus anormal. Ce matin, lundi 8, le malade n'évalue qu'au dixième la quantité de ces matières par l'anus anormal, le reste s'écoule au contraire abondamment par la plaie du cœcum.

Le malade conçoit un grand espoir de guérison, et je partage cet espoir, tout en admettant que, pour l'obtenir complète, il reste encore des difficultés à surmonter; mais ces difficultés sont celles de l'entérotomie ordinaire.

Comme on le voit, le caractère de l'opération dont j'offre les premiers résultats à l'Académie, c'est la création d'une voie nouvelle au cours des matières intestinales dans les cas d'oblitération du bout inférieur de l'anus anormal, quand cette oblitération aura lieu au-dessus de la valvule de Bauhin. C'est la reproduction de ce bout inférieur. Elle rend possible la guérison d'une maladie incurable par tout autre moyen. J'ai donné l'exemple de son application sur le cœcum parce que l'anus anormal se trouvait à droite; mais il serait très-probablement aussi facile de la pratiquer sur l'S iliaque du colon, si l'anus anormal était à gauche, et peut-être avec plus d'avantages sous quelques rapports. J'ai l'espoir que l'opération que je propose sera considérée comme une méthode nouvelle, bien qu'on puisse la considérer comme le complément de l'entérotomie ordinaire. Je lui donne le nom d'*entérotomie ileo-cœcale.*

Je termine ici la communication que je me proposais de faire aujourd'hui à l'Académie, quoique ce sujet comporte bien d'autres remarques à faire, et notamment au point de vue physiologique.

EMPOISONNEMENT ACCIDENTEL

PAR LE SULFATE NEUTRE D'ATROPINE EN COLLYRE, DANS UN CAS DE NÉVRALGIE LARVÉE DE LA CINQUIÈME PAIRE. — GUÉRISON.

Par le docteur PRUNAC, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Pierre M..., âgé de 50 ans, domicilié à Mèze (Hérault), contracta en 1864, les fièvres intermittentes. Elles affectèrent le type quotidien,

et cédèrent, après un septénaire environ, à l'emploi des préparations de quinquina. Depuis lors, plus d'accès. Le 9 novembre 1871, M... éprouva, dans la région temporale, des douleurs vives, irradiant dans la région sourcilière du même côté, s'exaspérant régulièrement tous les soirs à la même heure, présentant tout à fait le caractère des douleurs névralgiques et provoquant dans l'œil gauche des troubles divers, tels que rougeur de la conjonctive, photophobie, larmoiement, etc.

A chaque exacerbation de la douleur, correspondait une augmentation notable des symptômes du côté de l'œil qui se traduisaient par une photophobie plus grande, un larmoiement plus intense, une sécrétion exagérée des larmes qui, en s'écoulant sur la joue, déterminaient chez le malade une sensation de brûlure très-manifeste.

Un de mes confrères, appelé dès les premiers jours, mit en usage les émollients et les antiphlogistiques dont l'emploi, durant deux semaines, n'amena dans l'état local aucune modification évidente. Je vis M... le 23 novembre, dans la soirée, précisément à l'heure de l'exacerbation, c'est-à-dire vers trois heures du soir.

A ce moment, la région temporale était le siége de douleurs atroces et lancinantes. Elles étaient spontanées, se réveillaient aussi par la pression du doigt sur le trajet du nerf affecté. La palpation permettait d'en limiter la direction et l'étendue.

Du côté de l'œil, je constatais, avec tous les symptômes d'une conjonctivite, la présence, sur le segment inférieur de la cornée, d'une légère ulcération (ulcère à facettes de la cornée), que l'éclairage oblique laissait voir assez distinctement. Pas de réaction fébrile. Langue saburrale.

Prescription, Eau de Sedlitz. — Collyre avec :

Sulfate d'atropine.........	0,10 centigrammes.
Eau distillée.............	20 grammes.

Frictions sur les points douloureux avec la pommade suivante :

Onguent napolitain........	30 grammes.
Extrait de belladone......	4 grammes.

Cette médication resta sans résultat. Le lendemain soir, 24 novembre, nouvel accès à la même heure, coïncidant cette fois avec un frisson violent qui dura environ une heure, suivi de chaleur et de sueurs abondantes qui se prolongèrent durant une grande partie de la nuit.

En même temps, recrudescence de l'ophthalmie et des douleurs névralgiques qui cessèrent avec le stade des sueurs. Je prescrivis de suite, après l'accès, le sufate de quinine à la dose d'un gramme en cinq pilules.

Frictions sur la tempe avec :

Axonge.................	30 grammes.
Sulfate de quinine........	2 grammes.
Eau de Rabel.............	q. s.

On continua les instillations d'atropine.

Interrogé avec soin, le malade accuse un léger frisson qu'il aurait eu la veille, c'est-à-dire le 23 à la même heure, et qu'il ne m'avait pas mentionné à la visite du matin.

Ce traitement fut suivi pendant deux jours, et depuis l'administration des premières doses de sulfate de quinine les douleurs et les accès ont totalement disparu.

Je continue le collyre à l'atropine, en raison de l'état de l'œil. Les instillations sont répétées toutes les quatre heures. Pas de fièvre; la langue est bonne. M... prend quelques aliments.

La nuit suivante fut très-agitée. M... se plaint de démangeaisons vives aux membres inférieurs et sur le tronc. Il éprouve des vertiges et ne peut rester assis sur son lit. Sécheresse et constriction de l'arrière-gorge; nausées; la langue est sèche; léger *subdelirium* dans la soirée; urines rares. La pupille droite présente une dilatation extrême, alors pourtant qu'aucune instillation n'a été faite dans l'œil de ce côté. Troubles de la vision; pouls 120; inappétence et douleurs abdominales assez vives.

En présence de cet état, il était difficile de se méprendre sur la nature des accidents observés la veille, et je n'hésitai pas à rapporter à l'atropine les troubles fonctionnels que le malade avait présentés dans la nuit. On cesse l'emploi du collyre; tilleul et thé.

Prescription :	Potion gommeuse.	120 grammes.
	Extrait gommeux d'opium. .	15 centig.

à prendre par cuillerée à chaque heure.

A la visite du lendemain, l'état est meilleur; la langue est humide, la dilatation pupillaire moins intense. M... répond aux questions qu'on lui adresse.

La médication est continuée jusqu'au 30 novembre. Aujourd'hui le malade est à peu près entièrement rétabli; les symptômes d'empoisonnement ont cessé; les douleurs névralgiques ont disparu. Il ne reste qu'une légère ulcération cornéenne, au niveau de laquelle la cicatrisation s'effectue de jour en jour, grâce aux insufflations du calomel.

L'observation que nous venons de citer nous a paru intéressante à plusieurs titres. Elle nous montre :

1° Une névralgie larvée de la cinquième paire, cédant rapidement à l'emploi du sulfate de quinine alors que les émollients et les antiphlogistiques avaient entièrement échoué;

2° Des symptômes graves d'empoisonnement par l'atropine survenant vers le déclin de la maladie et occasionnés par la médication.

Nous n'entrerons pas dans de longs développements sur la première partie de cette observation. Nous ferons remarquer, en effet, que les fièvres larvées sont assez fréquentes dans nos contrées où l'élément palustre joue un assez grand rôle. Elles se montrent généralement alors sous la forme de névralgie (névralgie de la cinquième paire, intercostale, sciatique, etc., etc.), Les premières sont les plus communes; opiniâtres et rebelles quand on méconnaît leur nature, elles sont de courte durée lorsque l'antipériodique est administré dès leur apparition. Tel est le cas de notre malade; nous pourrions ajouter à ce dernier un cas semblable de névralgie larvée intercostale, que nous eûmes l'occasion d'observer il y a quelques mois. En vain nous eûmes recours aux antiphlogistiques (sangsues, *loco dolenti*, ventouses scarifiées, vésicatoires pansés avec la morphine. Le sulfate de quinine seul amena en quelques jours la disparition complète des accidents.

Ces faits ne sont pas rares; on les trouve consignés dans la plupart des auteurs. Dans son *Traité des maladies infectieuses*, Griesinger rapporte que, sur 414 cas de fièvre intermittente traités à Tubingue, il observa 13 névralgies de la cinquième paire, 7 fois des douleurs névralgiques disséminées dans la tête, 1 fois de la névralgie pharyngée avec salivation, 1 fois de la névralgie intercostale gauche; sur ces 30 cas, il y avait 20 fièvres quotidiennes, 8 tierces seulement, 2 irrégulières (1).

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 et en 1871 dans les départements du Calvados, de l'Aube, de la Charente-Inférieure et de l'Orne. (Commission des épidémies.)

(1) Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*, 1868, page 58.

2° Un rapport de M. le docteur Chabannes sur le service médical des eaux minérales de Vals, Ardèche. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de M. le docteur Bernutz, qui se présente comme candidat dans la section de pathologie externe, et de M. le docteur Bourdon, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie pathologique.

2° Une circulaire de M. Ulysse Trélat, secrétaire général de la Société de chirurgie, annonçant que la séance solennelle de cette Société, dans laquelle M. Tarnier prononcera l'éloge de M. Danyau, aura lieu mercredi 17 janvier, à trois heures et demie.

3° Une lettre de M. le docteur Pigeon, de Fourchambault, relative à un appareil pulmonaire.

4° Une note de M. le docteur Netter sur la vaccine. (Commission de vaccine.)

5° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Tillot.

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un redresseur utérin fabriqué par M. Borgniet.

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Armieux, médecin principal d'armée, un volume intitulé : *Études médicales sur Baréges.*

M. CHATIN présente un mémoire sur la pancréatine, par M. de Fresnes, pharmacien.

M. GUBLER présente, de la part de M. le docteur Luton, de Reims, deux brochures : une sur l'estomac et ses maladies, l'autre sur la dyspepsie (extraits du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*).

M. RICHET dépose sur le bureau une note de M. le docteur Hybord (de Meung), sur un cas de rupture de l'utérus avec passage du fœtus et des annexes dans la cavité péritonéale (gastrotomie et guérison).

M. GUÉRIN. A propos du procès-verbal, j'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie des planches qui feront bien comprendre ce que j'ai dit sur la régénération des os dans mon travail sur le rachitisme. A cette époque, après les travaux de Flourens, on croyait généralement que le périoste était le siége exclusif de l'ossification. J'ai prouvé que dans le rachitisme les choses se passaient d'une toute autre manière. Dans la cavité médullaire, entre l'os ancien et ce qu'on nommait alors la membrane médullaire, se sécrète d'abord un liquide séroso-sanguin, qui n'est point encore coagulable et organisable; ce liquide dissèque l'os ancien pour ainsi dire, il le sépare de la moelle osseuse, et il sépare aussi les unes des autres les diverses lamelles osseuses concentriques.

Tel est le premier degré du rachitisme. Un peu plus tard, ce liquide commence à s'organiser; il devient gélatiniforme et des vaisseaux s'y développent. A chacun de ces vaisseaux commence un travail d'ossification, caractérisé d'abord par le dépôt de noyaux calcaires. Puis ces noyaux calcaires se développent, en formant par leur réunion une masse spongoïde. C'est déjà un os; mais cet os, avant d'arriver à l'éburnation, dernier terme de ce processus, doit encore passer par un autre état, celui de lames compactes concentriques.

Quant à l'os ancien, disséqué en lamelles par la sérosité, il ne tardera pas à se résorber. On voit qu'entre l'idée d'une ossification pure et simple, d'une transformation osseuse de la moelle, et celle que j'ai dès alors développée, d'un travail ostéogénique particulier, il y a un monde.

M. CHASSAIGNAC. Je désire aborder aussi la même question, mais à un autre point de vue. Le fait qui a été développé par M. Demarquay rentre, selon moi, dans une série de faits très-importante, celle des cas de myélite et d'ostéo-myélite plastique. Toutes les fois que l'ostéo-myélite n'arrive pas à suppuration, ou toutes les fois qu'elle s'arrête sur une partie de la cavité osseuse, à un point moindre de l'inflammation, il se produit de nouveaux os. C'est ainsi que, dans le cas même d'une suppuration médullaire, cette suppuration peut être limitée par la production d'une cloison osseuse, résultant d'un travail phlegmasique moins avancé sur les confins de cette inflammation suppurative. Je demande, du reste, à faire bientôt une communication étendue sur ce sujet de l'ostéo-myélite.

M. LE PRÉSIDENT. Votre mémoire sera inscrit à l'ordre du jour d'une des premières séances.

RAPPORT

M. MIALHE donne lecture du rapport de la commission des *eaux minérales*. Les conclusions de ce rapport seront lues en comité secret.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL. Bien qu'il ne soit pas de coutume d'entretenir l'Académie d'une observation séparée, je demande à l'Académie de m'écarter aujourd'hui des usages, parce que j'ai à lui parler d'un fait sans analogue dans la science, et qui soulève des questions des plus intéressantes à tous les points de vue.

Je vais rappeler d'abord succinctement le fait, tel que l'a recueilli mon interne M. Richelot.

Il s'agit d'un homme qui fut apporté à mon service de l'hôpital Lariboisière deux heures après avoir été ramassé sous un wagon renversé sur lui dans une des gares de chemin de fer. Cet homme était homme d'équipe. Bien musclé et de haute taille, il fut apporté dans un état d'agitation continuelle; il poussait des cris horribles. J'eus beaucoup de peine pour cette cause à en tirer quelque réponse; mais je pus m'assurer bientôt que l'intelligence était intacte et la parole nette.

L'examen le plus minutieux ne me montra, du reste, aucune lésion grave. Une petite écorchure existait sur le vertex, une petite ecchymose à la région inguinale, une gouttelette de sang au méat urinaire, et enfin, sur la ligne médiane du périnée, une déchirure de quelques centimètres qui paraissait produite par un écartement forcé des membres inférieurs. Cependant, malgré cette absence de blessure sérieuse apparente, la température était inférieure de plus d'un degré à la normale, et le pouls était très-troublé. J'attribuai ce trouble à l'émotion, et mon pronostic fut des plus bénins.

Au bout de quelques heures, l'excitation elle-même s'était calmée, et tout semblait au mieux lorsque, vers quatre heures du soir, il se déclara un délire pour ainsi dire furibond; on fut obligé d'employer la camisole de force. La sœur, habituée à voir le délire alcoolique se manifester dans l'après-midi, crut que tel devait être le cas, et administra, dans du vin, vingt gouttes de laudanum.

Le lendemain, je trouvai le malade dans un coma profond; le faciès était immobile, la figure atone, les paupières demi-fermées, la respiration presque ronflante. Je pensai d'abord qu'il s'agissait de narcotisme; mais je dus bientôt reconnaître que le cas était bien plus grave. En effet, les traits étaient déviés à droite, et il existait une paralysie complète des mouvements du côté droit. On excitait encore, de ce côté, des mouvements réflexes en mettant en jeu la sensibilité. Je crus, en outre, remarquer une légère contracture du côté gauche. L'aphasie était absolue. Du reste, les yeux n'étaient pas déviés, et les pupilles étaient égales.

Je pratiquai le cathétérisme. La vessie contenait de 3 à 400 grammes d'urine limpide. La température était redevenue normale, le pouls tranquille et régulier, la respiration calme et la peau fraîche.

Il s'agissait évidemment ici d'une lésion cérébrale; mais quelle était cette lésion?

Je n'hésitai pas à admettre une compression cérébrale. En effet, il n'y avait à songer ici ni à une commotion, ni à une contusion. La marche progressive et relativement lente de la maladie ne permettait ni l'une ni l'autre supposition.

Au contraire, la rupture de quelque petit vaisseau de la base du crâne, près la scissure de Sylvius, expliquait tout d'une manière satisfaisante.

Ce petit vaisseau rompu avait d'abord produit un épanchement à la surface des hémisphères cérébraux. Cet épanchement, d'abord très-limité, n'avait produit dans le début aucun symptôme; puis,

en s'étendant, il avait fini par exciter la pulpe cérébrale : de là le délire; puis enfin, en augmentant, il avait comprimé le cerveau et avait produit non-seulement de la paralysie, mais une aphasie presque complète, par la compression de la circonvolution de Broca.

Pendant trois jours, les choses restèrent à peu près au même point. L'état normal du pouls et de la température m'empêchait de mettre en usage les révulsifs, vésicatoires, synapismes et purgatifs.

Le cinquième jour, il y eut un changement brusque : la face devint vultueuse, l'agitation reparut, la température monta à 40 degrés et demi, le pouls devint filiforme, et, dans l'après-dîner, le malade s'éteignit.

A l'autopsie, on ne trouva, au premier coup d'œil, qu'une petite ecchymose insignifiante sur la voûte crânienne.

Pas de trace d'épanchement. On n'apercevait même aucune lésion quelconque, lorsqu'en regardant de plus près je reconnus que l'artère sylvienne était oblitérée jusqu'à ses dernières ramifications. En remontant du côté de la carotide interne, je vis que cette artère contenait un caillot qui se continuait à travers le canal carotidien jusqu'à la région cervicale. L'artère était rendue imperméable par ce caillot à partir d'un point situé à peu près à un travers de doigt au-dessus de la bifurcation de la carotide primitive. Ce caillot était ancien (datant à peu près de trois jours, à ce qu'il m'a semblé), rougeâtre, un peu friable. Il communiquait à l'artère qui le contenait une résistance égale à celle du bois. Du reste, à la vue comme au toucher, cette artère semblait beaucoup plus grosse dans la partie imperméable. On ouvrit alors l'artère avec soin, et on constata que sur le point où commençait le caillot adhérent, c'est-à-dire à un travers de doigt au-dessus de la bifurcation de la carotide primitive, les deux tuniques artérielles internes avaient été circulairement rompues. Ainsi, en dedans de la tunique externe qui seule avait résisté, l'artère se trouvait divisée en deux bouts, l'un central, l'autre périphérique. Les tuniques rompues du bout central étaient restées en place ; mais celles du bout périphérique, refoulées par l'ondée sanguine, avaient formé une sorte de valvule en nid de pigeon, dirigée du côté du cœur, et mettant obstacle au cours du sang. Là avait dû se faire une coagulation qui, remontant de proche en proche, s'était étendue jusqu'aux extrémités de l'artère sylvienne. Les autres artères de la base étaient restées parfaitement perméables. Cette thrombose de la carotide et de l'artère sylvienne avait eu pour résultat un ramollissement grisâtre de la partie antérieure du lobe temporal. Toute cette partie était affaissée et moins consistante. Le ramollissement, un peu rougeâtre seulement près du corps strié et simplement gris partout ailleurs, intéressait les couches optiques et le corps strié sur un diamètre d'au moins deux pouces, et c'était certainement lui qui devait expliquer la mort.

Ainsi, l'autopsie contredisait le diagnostic que j'avais porté pendant la vie, d'après les sypmtômes.

J'avais cru à une très-lente hémorrhagie se répandant d'abord à la surface de l'hémisphère gauche à la suite de la rupture d'un très-petit vaisseau de la base, et causant, dans l'après-midi du premier jour, le délire furieux, par l'excitation de la surface des hémisphères. Puis j'avais dit que la quantité de sang épanché augmentant sans cesse, il avait dû en résulter une compression, d'où hémiplégie. L'aphasie complète aurait eu pour cause la compression portant surtout sur la circonvolution de Broca.

Telle était aussi l'opinion de mon confrère et ami Broca.

Or, d'après les lésions trouvées à l'autopsie, il fallut bien expliquer autrement la succession d'accidents observés.

Voici comment je crois que les choses se sont passées.

Au moment où cet homme s'est trouvé pris sous un wagon, les tuniques internes de la carotide se sont rompues, probablement par suite d'une torsion exagérée de l'artère dans un grand effort. Il n'y avait pas eu de contusion au niveau du cou, et les artères n'étaient nulle part athéromateuses. Ainsi la rupture était bien purement accidentelle.

Cette rupture des tuniques ne mit un obstacle complet au cours du sang que lorsqu'elles se furent relevées à l'état de valvules, c'est-à-dire dans l'après-midi, lorsque se manifesta le délire furieux. De ce moment date l'oblitération de la carotide. Quant au ramollissement cérébral, il n'a commencé que beaucoup plus tard, lorsque la température s'est élevée, lorsque l'agitation a reparu, vers le quatrième ou le cinquième jour. Alors seulement en effet on commença à observer des symptômes d'encéphalite.

Les oblitérations d'artères par rupture des tuniques internes sont moins rares qu'on ne le suppose. J'en ai observé un cas, heureusement suivi de guérison, chez un malade qui avait reçu un coup dans la région de l'aine : l'artère iliaque externe était oblitérée à ce niveau par un caillot, qui descendait très-bas.

Après les ligatures d'artères, la rupture des tuniques internes étant un fait normal, il ne faut pas s'étonner d'apprendre qu'il peut s'ensuivre la production d'un caillot s'étendant très-loin dans les branches de l'artère liée. J'ai eu moi-même l'occasion d'en observer un remarquable exemple chez un malade chez lequel j'avais lié la carotide interne. J'ai rapporté précédemment ce fait à la Société de chirurgie. Les choses se passèrent exactement comme chez l'homme dont j'entretiens l'Académie. La mort survint à peu près dans le même temps, à la suite des mêmes symptômes, et à l'autopsie on constata les mêmes lésions.

Il faudra donc désormais tenir compte des thromboses possibles dans des cas où, d'après la vieille théorie de Jean-Louis Petit, on aurait cru sans hésiter à une compression cérébrale. Il faudra, du reste, réviser cette théorie, que Blandin et Malgaigne ne trouvaient pas très-claire.

Enfin, dans toutes les autopsies de cas semblables, il faudra chercher avec soin les coagulations possibles et porter toute son attention sur les artères du cerveau.

RAPPORT

M. GUBLER, au nom de la commission du prix Civrieux, lit un rapport sur le seul mémoire que l'Académie ait reçu pour ce concours. Le sujet proposé était *l'étude du bromure de potassium au point de vue thérapeutique.*

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret, pour entendre les conclusions des rapports de prix et voter sur les récompenses proposées.

CONCOURS DE L'EXTERNAT (1871).

1. Moizard, — Chiray, — Dianoux, — Decaisne, — Sebileau, — Delaunay, — Hutinel, — Forestier, — Bichet, — Maunois.

11. Oulmont, — Lemonnier, — Barié, — Maunoury, — Ledouble, — Chardin, — Varda, — Calmette, — Sockeel, — Blain.

21. Boissy, — Carion, — Cassy, — Viollet, — Moutard-Martin, — Golay, — Dreyfus, — Porak, — Moreau (Louis, — Robin.

31. Affre (Louis), — De Boissimon, — Foucaut, — Léger, — Riche, — Prengueber, — Charcellay, — Carrié, — Daremberg, — Chenet.

41. Coulliaud-Maisonneuve, — Martel, — Berthiot, — Corté, — Costé, — Despréaux, — Graux, — Heydenreich, — Laget, — Martinet.

51. Routy, — Vincendon, — Carpentier, — Hirtz, — Faisans, — Dreyfous, — Augier, — Courregelongue, — Delabellière, — Escheverria.

61. Eloy, — Herpin, — Morel, — Richer, — Salis, — Dujardin, — Davaine, — Nikiphorakis, — Abbadie-Tourné, — Cuffer.

71. Chabalier, — Chevalier, — Delfau, — Gozzoli, — Haune, — Lingrand, — Magon, — Masmonteil, — Nouet, — Paquet.

81. Sudour, — Guillaumin, — Goldstein, — Affre (Bernard), — Auguste, — Cauchy, — Chamoin, — Drouin, — Exchaquet, — Emery.

91. Guillot, — Hudellet, — Lefèvre, — Ollivier, — Pitres, — Poulain, — Timal, — Vallantin, — Viault, — Collin.

101. Gallopain, — Boussi, — Clerault, — Dartigolles, — Parant, — Garnier, — Borne, — Cogniat, — Gierzynski, — Goguel.

111. Goubert, — Uzenard, — Langlebert, — Massigas, — Moutier, — Paillard, — Prouff, — Rodriguez, — Rœser, — Ronnaux.

121. Boudin, — Decaestecker, — De Rayssac, — Bastion, — Berthomier, — Cartier, — Castanié, — Chambard, — Crosnier, — Talcer.

131. Decaudin, — De Gislain, — Garcia-Lavin, — Lépine, — Nesty, — Pauffard, — Secouet, — Thierry, — Spadaro, — Hennart.

141. Ballay, — Gory, — Prodhomme, — Byasson, — Blanchetière, — Boda, — Dransart, — Girard, — Gross, — Mangin.

151. Régnier, — Renaud, — Viale, — Viard, — Grellière, — Mouillard, — Cassas, — Darolles, — Dujan, — Froustey.

161. Puyganthier, — Thomas (Louis), — Gauthier, — Chevelin, — Beauregard, — Claret, — Gaucher, — Lascoux, — Mailhetard, — Menetrez.

171. Mocquot, — Nodenot, — Ponchon, — Wilhelm, — Ozenne, — Challe, — Leblanc, — Poyet, — Mancache, — Guionis.

181. Leroux, — Aimonier, — Ajello, — Alquier, — Caudron, — Lober, — Longe, — Thomson, — Valnot, — Trapenard.

191. Legal, — Lataste, — Fayolle, — Rondeau, — Vasquez y Biarra, — Verriet de Litardière, — Wolff, — Simon, — Cormack, — Guichard.

201. Lacroix, — Bloch, — Bontemps, — Ulliac, — Sainte-Marie, — Bouchage, — Hermann, — Camus, — Landreau, — Stœber.

211. Cadeau, — Leconte, — Szulicki, — Coudoin, — Pineau.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 janvier 1872, ont été promus au grade d'officier dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

MM. Fallier (Louis-Constant), médecin principal de la marine; 26 ans de services effectifs, dont 16 à la mer : chevalier du 16 mars 1863.

Bourel-Roncière (Paul-Marie-Victor), médecin principal de la marine; 19 ans de services effectifs, dont 15 à la mer : chevalier du 14 août 1866.

— Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de physiologie vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie, à la Sorbonne :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur en médecine;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le 1er février, à 4 heures.

— *Hôpitaux de Marseille.* — A la suite d'un brillant concours, M. Coste a été nommé chef interne.

— Le *Marseille médical* annonce qu'une décision du plus haut intérêt pour la jeunesse des écoles de médecine serait, dit-on, à la veille d'être prise par le ministre de l'instruction publique. Les internes sortis des écoles préparatoires des départements seraient prochainement autorisés à concourir, pour l'internat de la capitale, avec les externes des hôpitaux de Paris. Nous attendons que cette nouvelle se confirme d'une façon sérieuse pour dire ce que nous pensons de la mesure projetée.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 janvier 1872, à 3 heures 1/2 très-précises, au palais du Luxembourg (préfecture de la Seine).

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance. — 2° Lecture du rapport de la commission sur la loi de 1838 sur les aliénés. — 3° Lecture d'un rapport de M. Aug. Voisin sur la candidature de M. Bourgogne fils au titre de membre correspondant. — 4° Lecture de M. le docteur Blumenthal, à l'appui de sa candidature, sur la paralysie glosso-labio-pharyngée.

— La Société médicale des hôpitaux a constitué de la manière suivante son bureau pour l'année 1872 :

Président : M. Moissenet. — *Vice-président* : M. Bernutz. — *Secrétaire général* : M. Lallier. — *Trésorier* : M. Dujardin-Beaumetz. — *Secrétaires des séances* : MM. Ball, Brouardel.

— La Société botanique de France vient de composer de la manière suivante son bureau et son conseil pour l'année 1872 :

Président : M. Cordier. — *Vice-présidents* : MM. Éd. Bureau, l'abbé Chaboisseau, Decaisne, Larcher.

Secrétaire général : M. de Schœnefeld. — *Secrétaires* : MM. Max. Cornu, Eug. Fournier. — *Vice-secrétaires* : MM. Aug. Delondre, Tardieu.

Trésorier : M. A. Ramond. — *Archiviste* : M. Lasègue.

Membres du conseil : MM. Beautemps-Beaupré, A. Brongniart, Chatin, E. Cosson, Germain de Saint-Pierre, Gubler, le comte Jaubert, E. Lefranc, A. Passy, G. Planchon, Prillieux, J. de Seynes.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 8. — SAMEDI 20 JANVIER 1872 45e ANNÉE SAMEDI 20 JANVIER 1872. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Les exercices cliniques à l'hôpital de la Pitié. Fistule vésico-vaginale ; opération par le procédé américain ; guérison. Clinique obstétricale ; observations ; statistique. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Petite correspondance.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Les exercices cliniques à l'hôpital de la Pitié.

Nous avons assisté, la semaine dernière, à un exercice clinique qui nous a personnellement assez intéressé pour que nous désirions transmettre à nos lecteurs l'impression que nous en avons reçue et les réflexions qu'il nous a suggérées. C'était un mardi, nous avions jeté ce jour-là notre dévolu sur l'hôpital de la Pitié, où se trouve le service de clinique médicale de M. le professeur Lasègue. Après la visite, où déjà plusieurs élèves avaient été appelés à interroger et à examiner des malades sous l'œil du maître, suivant l'excellent usage généralement adopté par nos professeurs de clinique médicale, nous descendons à l'amphithéâtre, et là M. Lasègue, s'asseyant dans l'enceinte parmi les auditeurs, invite l'un des élèves qui ont pris part aux exercices cliniques dans les salles à s'asseoir dans le fauteuil professoral et à exposer de vive voix, devant l'auditoire, l'histoire de l'un des malades qu'il avait examinés. Ce exposé fait, non sans avoir été soit rectifié, soit complété intercurremment par de courtes interruptions du professeur, l'élève est mis en demeure de formuler son diagnostic et de dire son opinion sur les circonstances plus particulièrement remarquables du fait qu'il vient de rapporter. S'il hésite ou s'il s'égare, le maître l'encourage, l'affermit ou le redresse par quelques mots qui le remettent sur la voie ; s'il reste à court, le professeur interpelle au hasard un de ses camarades de l'amphithéâtre, puis un second, puis un troisième ; et bientôt il s'établit entre le professeur, le chef de clinique, qui naturellement prend sa part active à ces exercices, et les élèves, une véritable consultation, dont le résultat, résumé et formulé par le maître, ne profite pas moins au malade qui en a été l'objet qu'aux élèves qui y ont pris part et à ceux même qui n'ont fait qu'écouter.

Après le formulé de la consultation, le malade qui en a été le sujet, si son état le permet toutefois et si la nature de sa maladie le comporte, est conduit à l'amphithéâtre et mis de nouveau sous les yeux des élèves, qui peuvent ainsi immédiatement vérifier, confirmer ou redresser dans leur esprit, par l'examen ou par l'interrogation, les points douteux qui ont pu faire l'objet de la controverse. Deux et quelquefois trois sujets, suivant leur degré d'importance, sont traités par autant d'élèves dans une même séance. Ce sont les séances du mardi qui sont spécialement consacrées à ce genre d'exercices, qui constitue, comme on le voit, une sorte d'enseignement mutuel. Le professeur seul a la parole les jeudis et samedis.

L'un des sujets traités dans la séance à laquelle nous avons assisté, était un de ces cas difficiles et obscurs d'affection chronique, dont le diagnostic peut rarement être fait d'emblée d'après les seuls phénomènes actuels, et qui exigent avec la connaissance parfaite des symptômes présents, qu'on remonte par l'interrogatoire aux antécédents et qu'on suive pendant quelque temps la marche naturelle de la maladie. Il s'agissait d'un malade entré à l'hôpital dans les premiers jours de janvier pour des accidents nerveux, consistant en étourdissements, suivis parfois de vomissements, faiblesse de tout le côté droit du corps, paresse des pupilles, les étourdissements revenant surtout la nuit et s'accompagnant d'une céphalalgie tenace siégeant sur la région frontale. Était-ce une paralysie générale commençante ? On pouvait y penser tout d'abord. Mais c'est ici qu'il était utile, avant de se prononcer, d'en appeler tout à la fois et aux autres signes concomitants que pouvait présenter le malade et aux renseignements anamnestiques. En fouillant dans le passé du malade et en l'explorant physiquement de la tête aux pieds, on n'avait pas tardé à apprendre qu'il avait eu, il y a dix ans, un chancre syphilitique, suivi de toute la série des accidents consécutifs, dont il portait encore de nombreuses traces sur le corps. Dès lors le diagnostic devenait, sinon absolument certain, du moins d'une très-grande probabilité ; on avait affaire très-vraisemblablement à une lésion de nature syphilitique du lobe gauche du cerveau. L'iodure de potassium, qui a été prescrit, lèvera probablement les derniers doutes qui pourraient subsister.

Mais je reviens au mode d'exercice clinique adopté par M. Lasègue, ou plutôt annexé par lui aux autres exercices et modes d'enseignement suivis dans les services de ses collègues. Sans avoir eu la prétention, — que nous ne lui supposons pas du moins, — de former par là une pépinière d'apprentis professeurs, ce qui ne pourrait, dans tous les cas, s'appliquer qu'au plus petit nombre des élèves, M. Lasègue, en faisant ainsi appel à un effort nouveau de bonne volonté et d'intelligence de la part de ses élèves, nous paraît avoir introduit un puissant élément d'émulation parmi eux, et de plus un excellent exercice de l'esprit. Toutefois, en reconnaissant tout ce que ce mode a de bon en soi, et en louant M. Lasègue de l'avoir mis en œuvre, nous sommes

parfaitement convaincu qu'il n'a cru rien inventer. Les Allemands, si méthodistes en toutes choses, ont été fort loués, dans tous les rapports officiels ou officieux qui ont été faits durant ces dernières années, sur leur mode d'enseignement et pour le luxe de leurs laboratoires, pour l'importance spéciale attachée au service des autopsies, et pour l'organisation de leurs exercices cliniques, où les élèves sont admis à faire œuvre active de leurs doigts et de leur intelligence à titre de *pratiquants*. C'est, à de certains égards et sous ce dernier rapport notamment, une imitation de ce qui se fait en Allemagne que M. Lasègue a cherché à introduire dans son service, mais avec les modifications réclamées par l'esprit français, c'est-à-dire avec moins de mise en scène et d'apparat, avec plus de bonhomie de la part du maître, et plus de liberté et de spontanéité laissées à l'élève.

Cette manière des Allemands, dont nous ne voulons pas, loin de là, récuser les avantages, est loin elle-même, d'ailleurs, d'être nouvelle. Il y a près d'un siècle, — on est excusable de l'avoir oublié, — cette méthode était en pleine vigueur à l'école de Montpellier. Le professeur Fouquet, mort en 1806, avait établi, dans son enseignement clinique, une méthode dialogique mixte, substituée au système monologique de la chaire, généralement usité. Le maître proposait un sujet qu'un des élèves devait traiter dans la conférence, sans écrire, et au moyen de l'improvisation méditée. Deux fois 24 heures étaient accordées à tous les cliniciens, et il fallait que chacun se tînt prêt, parce que le professeur ne nommait « le protagoniste » qu'au moment de la réunion.

Dès que l'élu avait parlé, le professeur nommait deux aristarques qui dialoguaient successivement avec le protagoniste. Quand les élèves avaient épuisé le sujet à leur manière, le professeur renvoyait ordinairement au lendemain le prononcé des additions et des corrections qui lui paraissaient utiles. Le résultat de ce mode d'enseignement, écrivait il y a longtemps déjà l'un de ceux qui l'avaient suivi, était d'inspirer aux élèves un singulier amour de la médecine et une extrême activité pour toutes les études qui s'y rapportent.

L'historien auquel nous empruntons ce renseignement, professeur éminent lui-même, Lordat, mort il y a peu d'années presque centenaire, a eu aussi recours, pendant une certaine période de son long et brillant enseignement, au système du dialogisme oral, sur lequel il a écrit de très-intéressantes réflexions.

N'est-ce pas enfin le cas de rappeler, tant il est vrai qu'il n'y a souvent de nouveau, en apparence, que ce qui avait été oublié, que ces diverses méthodes procèdent toutes plus ou moins directement de ce qu'on appelait, dans l'École de Socrate, l'art d'accoucher les esprits, ou la méthode logique « mœutique », la méthode obstétrique, dont Platon et Xénophon ont donné de nombreux exemples dans leurs dialogues ?

Fistule vésico-vaginale. — Opération par le procédé américain. — Guérison.

Lorsqu'on se reporte à l'époque, encore peu éloignée, où les résultats opératoires laissaient souvent à désirer et ne manquaient pas d'une certaine gravité, ainsi que l'attestent les écrits de Jobert sur la matière, on ne peut se défendre du désir d'inscrire dans les annales de la science chaque fait nouveau qui témoigne du progrès accompli dans ces dernières années.

Dans le fait que nous allons rapporter et qui a été recueilli dans le service de M. le docteur Panas, à l'hôpital Saint-Louis, il s'agit d'une fistule siégeant profondément, à un demi-centimètre seulement du col utérin, suffisamment large pour laisser passer l'extrémité du petit doigt, et dont le début remonte à trois ans. La malade perdait en totalité ses urines par la fistule ; aussi la vessie était-elle réduite à peu de chose, et le besoin d'uriner ne se faisait plus sentir.

Pour donner une idée de la position où se trouvait cette malheureuse femme, il suffit de dire qu'elle restait presque toujours couchée, ne sortait jamais de chez elle, et qu'elle ignorait jusqu'à la rue où elle habitait depuis plus d'un an.

L'opération, faite sans chloroforme, a été exempte de douleur, n'a duré que vingt-cinq minutes, et dix jours après, les fils de suture étaient retirés et la malade guérissait définitivement de son infirmité.

Voici d'ailleurs l'observation en détail :

Henriette F..., âgée de 33 ans, cultivatrice, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, le 12 novembre 1871.

Réglée à 17 ans, toujours bien réglée sauf depuis trois ans, époque de son dernier accouchement, qui fut laborieux et terminé par le forceps ; actuellement, elle est complétement aménorrhéique, perd ses urines en totalité par le vagin, et cela à partir du quinzième jour après l'accouchement. Le besoin d'uriner ne se fait jamais sentir. Couchée ou assise, elle peut encore garder partiellement ses urines ; mais sitôt qu'elle se lève, le liquide s'échappe du vagin par flot.

L'examen direct permet de constater l'existence d'une fistule faisant communiquer le vagin avec la vessie, située profondément à un demi-centimètre de la lèvre antérieure du col utérin. La forme en est ovalaire, à grosse extrémité dirigée en bas ; son grand axe, dirigé verticalement, correspond à la ligne médiane et mesure 1 centimètre un quart ; le transversal n'a que 1 centimètre au plus. Le contour de l'ouverture anormale se trouve constitué par du tissu inodulaire blanchâtre dans l'étendue de cinq millimètres. Du sommet de l'ovale part, en outre, une bride ou raphé fibreux, qui se dirige vers le col utérin, qui, lui-même, paraît avoir fait primitivement partie de la déchirure, beaucoup plus large sans doute il y a trois ans qu'elle ne l'est actuellement.

En revanche, on peut affirmer, avec la structure inodulaire des bords et l'âge de la fistule, que celle-ci n'a plus aucune tendance à s'amoindrir et qu'une opération seule peut débarrasser la malade de l'infirmité dégoûtante à laquelle elle est sujette depuis si longtemps.

Celle-ci fut pratiquée le 24 novembre, de la façon suivante :

Introduction du spéculum Sims ; la malade étant couchée, en demi-pronation sur le côté gauche, la jambe droite fléchie et la gauche légèrement étendue.

Sonde placée dans la vessie, en vue d'évacuer l'urine et pour offrir, au besoin, un point d'appui à la paroi vaginale qui devra subir l'avivement.

Avivement de la muqueuse vaginale *seule* tout autour de la fistule et dans l'étendue de 4 à 5 millimètres en largeur. On y apporta le soin le plus minutieux pour que cet avivement fût aussi parfait et aussi symétrique que possible. Après quoi, en se servant de l'aiguille coudée de Startin, on y appliqua six points de suture métallique, disposés sur une même ligne verticale, les lèvres de la fistule offrant dans le présent plus de facilité à s'affronter verticalement que dans le sens horizontal. Il va sans dire que les fils furent dirigés obliquement, de façon à cheminer dans la paroi sans toucher à la muqueuse vésicale correspondante.

La torsion des points de suture n'a point exigé l'emploi d'instruments spéciaux, et put être faite avec les doigts; après quoi les fils d'argent furent coupés, en en conservant une certaine longueur.

La sonde en S fut placée à demeure dans la vessie, et l'on reporta la malade dans son lit. En ville, on aurait donné la préférence au cathétérisme, répété toutes les deux heures; mais à l'hôpital, lorsqu'on n'a pas des personnes expérimentées pouvant rester à poste fixe auprès de la malade, le meilleur parti à prendre est celui de la sonde à demeure.

Voici maintenant quelles ont été les suites de l'opération :

Le 24 au soir, il n'y a point de fièvre, et le lit n'est pas mouillé.

Le 25, température normale (37,5), pouls à 96; pas une goutte d'urine ne s'est écoulée par le vagin; la malade a mangé avec appétit et est allée deux fois à la selle.

Le 26, même bon état général et local; la malade ressent pour la première fois le besoin d'uriner et a pu rejeter de l'urine en jet par la sonde.

Le 27, continuation de l'état satisfaisant; envies d'uriner répétées *treize* fois dans les 24 heures; écoulement muco-purulent par le vagin.

Le 28, même bon état; la malade a des envies moins fréquentes, ce qui prouve que la vessie augmente de capacité. La sonde est nettoyée et replacée tous les jours jusqu'au 2 décembre, époque à laquelle on retire définitivement la sonde.

Une injection détersive est poussée chaque jour dans le vagin, qui continue à suppurer un peu.

Le 4 décembre (10e jour de l'opération), tous les fils furent enlevés. On constate que la cicatrisation, absolument linéaire, est entière; et la malade, qui n'a pas perdu une seule goutte d'urine depuis le jour de l'opération, peut garder son urine à volonté.

Le 14, elle quitte l'hôpital pour retourner à son pays.

Clinique obstétricale. — Observations. — Statistique.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* connaissent depuis longtemps les travaux de M. le docteur Mattei sur l'obstétrique et les idées particulières qu'il professe sur quelques points de théorie ou de pratique des accouchements, notamment sur les conditions de l'accouchement physiologique et sur les moyens de le réaliser, sur l'exploration par le palper abdominal et sur les manœuvres externes, sur l'emploi du léniceps, sur la durée moyenne de la grossesse, sur la fièvre puerpérale, etc.

Discuté, contesté même, dès ses débuts, dans le mérite et la valeur de celles de ses idées auxquelles il paraissait tenir le plus et dont il entendait faire la règle et la base de sa pratique, M. Mattei ne s'est ni découragé, ni arrêté pour si peu. Convaincu et confiant, malgré critiques et obstacles, il a marché; voyant se fermer devant lui ou s'encombrer d'entraves l'accès des grands foyers d'études, il s'est créé une clinique à son usage, et en y réunissant les éléments d'instruction qu'il y a pu puiser à ceux que lui ont fournis sa clientèle privée et ses consultations, il a été bientôt en possession d'un nombre fort respectable de faits cliniques, qui n'offraient pas tous, sans doute, un intérêt particulier digne de la publicité, mais qui, groupés et soumis à la double épreuve de l'analyse et de la statistique, pouvaient renfermer des enseignements utiles, dont il a pensé, avec raison, que ses confrères profiteraient aussi bien que lui-même. De là la publication de la *Clinique obstétricale* ou *Recueil d'observations et statistique* (1), dont la publication, commencée en 1862 et poursuivie depuis sans interruption, en est aujourd'hui à sa 6e livraison terminant le troisième volume.

M. Mattei a exposé, dans ces trois volumes, les faits principaux de sa pratique obstétricale depuis plus d'une quinzaine d'années, mettant ainsi, sous les yeux du public médical, tous les élémens d'appréciation de ses idées et de sa pratique. Chaque livraison renferme 50 observations, ce qui porte le chiffre total à 300. Ces observations n'étant point rédigées à un point de vue exclusif, et renfermant un peu de tout, en matière d'obstétrique, peuvent devenir une source précieuse de recherches à un moment donné. Et là même où elles gardent le silence, comme le dit judicieusement M. Mattei lui-même, elles parlent encore en assurant la priorité à des découvertes ultérieures.

Mais ce n'est pas seulement dans ces faits isolés et dans leur analyse que réside l'intérêt de cet ouvrage. Chaque volume, contenant une centurie d'observations, est terminé par une statistique, et le 3e volume comprend la statistique générale des 300 observations. Cette statistique embrasse, dans autant de groupes distincts : 1° des indications générales relatives, à la nationalité, à l'état civil, à la profession, en un mot à tout ce qui concerne la vie sociale des accouchées; 2° tout ce qui a trait à leur vie physiologique : âge, taille, constitution, tempérament, conformation, etc.; 3° la vie pathologique, les maladies antérieures, les diathèses, les maladies et phénomènes héréditaires, les cachexies, etc.; 4° la vie utérine, l'époque de la menstruation, ses périodes, ses irrégularités ou ses anomalies, les phénomènes qui accompagnent ou suivent chaque éruption, les grossesses et les accouchements antérieurs; 5° la grossesse et l'accouchement actuels, avec toutes les circonstances normales ou pathologiques qui s'y rattachent, telles que, par exemple, pour la grossesse : la recherche de l'époque probable de la fécondation, les phénomènes pouvant être rattachés à l'ovulation et à la fécondation qui l'a suivie, les maladies de la grossesse, ses effets salutaires ou nuisibles sur l'état général de la femme, la pathologie de la femme pendant toute la durée de la gestation, les grossesses multiples, et enfin tout ce qui a trait au diagnostic, à la marche de la grossesse, aux soins qu'elle réclame, à sa durée et à sa terminaison; pour l'accouchement : l'accouchement prématuré, à terme ou retardé, les accouchements physiologiques ou anormaux, la durée et les circonstances diverses du travail, les complications et accidents provenant de la mère, les accidents provenant de l'enfant, les petites manœuvres et les grandes opérations obstétricales qui ont été rendues nécessaires, etc.; 6° les suites de couches, la lactation et l'allaitement; enfin, l'état des enfants pendant les premiers temps de la vie extra-utérine.

Chacune des divisions de cette statistique renferme des éléments insuffisants sans doute, vu le chiffre relativement peu considérable sur lequel elle porte, pour résoudre les questions qui s'y rattachent, mais toujours utiles néanmoins à prendre en considération et à tenir en ligne de compte, lorsqu'il sera possible surtout de les rapprocher d'autres statistiques, faites soit sur le même plan, soit d'après un plan analogue.

Quant à la question de savoir si les faits consignés dans ces trois volumes appuient, confirment ou infirment les idées

---

(1) 3 volumes in-8° en 6 livraisons. — Paris, 1862 à 1871, chez Adrien Delahaye, place de l'École-de-Médecine, 23.

particulières de M. Mattei sur plusieurs points de théorie ou de pratique obstétricale, nous n'avons pas eu jusqu'à présent le loisir de nous livrer aux recherches nécessaires pour nous faire à cet égard une opinion. C'est d'ailleurs aux médecins qui se consacrent plus spécialement à la pratique des accouchements qu'il appartient d'en juger; ils peuvent avoir dès à présent, dans ces trois volumes, les éléments nécessaires pour cette appréciation. Pour nous, sans nous prononcer à cet égard, nous avons voulu seulement saisir l'occasion de la publication de ce sixième fascicule, pour appeler l'attention de nos confrères sur un travail estimable, entrepris avec bonne foi, poursuivi avec persévérance et qui, alors même qu'il ne serait peut-être pas de tous points irréprochable, aura certainement sa part d'utilité, et constitue par conséquent, dès à présent, un titre sérieux pour son auteur.

Dr B...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle de la Société de chirurgie de Paris.

Mercredi 17 janvier 1872. — Présidence de M. Larrey.

M. Blot, président empêché, envoie son discours, dont le secrétaire général donne lecture.

Messieurs,

Deux années se sont écoulées depuis la dernière séance du genre de celle d'aujourd'hui; nos souvenirs ne peuvent remonter le cours de ces deux longues et pénibles années sans éprouver un serrement de cœur auquel vous vous associez tous, mes chers collègues. La paix, alors si près de son terme, laissait à nos esprits la quiétude, si favorable aux travaux scientifiques. Depuis dix-huit mois, au contraire, l'agitation la plus perplexe, les nécessités les plus dures, les angoisses les plus poignantes, n'ont cessé de nous poursuivre sans relâche. Après les tourments de cette guerre maudite contre l'étranger, les horreurs de la guerre civile ne nous ont pas laissé un seul instant pour nous recueillir.

Néanmoins, notre chère Société a voulu continuer ses travaux.

L'absence momentanée de nos plus jeunes collègues qui avaient volé sur le champ de bataille au secours de nos malheureux soldats, les services chirurgicaux dont chacun s'était chargé, n'ont pas empêché ceux de nous qui sont restés dans Paris assiégé et bombardé, de se réunir chaque semaine.

J'ai donc, suivant l'usage, à vous rendre un compte succinct de l'état moral et financier de notre Société.

Je vous parlerai d'abord de nos finances. Aujourd'hui, plus que jamais, nous devons, comme le reste de la société française, nous préoccuper de nos moyens d'existence matérielle.

On a dit depuis longtemps que l'argent était le nerf de la guerre; c'est aussi le nerf de la science. Sans quelques ressources pécuniaires, comment faire face aux dépenses que nécessitent les recherches, en publier les résultats et vulgariser les enseignements qu'on peut en tirer?

Eh bien, messieurs, je suis heureux de pouvoir vous le dire, malgré tous nos désastres nationaux, les finances de la Société de chirurgie sont dans un état plus prospère qu'ils n'ont jamais été.

Quelques chiffres vont vous le prouver.

A la fin de 1868, notre honorable collègue et ami M. Legouest constatait avec satisfaction que l'exercice budgétaire de cette année se fermait par un excédant de recettes de 2,000 francs. Aujourd'hui, les exercices de 1870 et 1871 donnent pour résultat un encaisse de 12,700 francs. Ce chiffre vous en dit plus que tout ce que je pourrais ajouter. Cet accroissement notable de notre petite fortune, nous le devons aux modifications introduites dans nos statuts, sur la proposition de notre ancien secrétaire général, M. Broca. Ces modifications fécondes commencent à porter leurs fruits, grâce aux soins éclairés et assidus de notre trésorier M. Guéniot; aussi, je crois être l'interprète de la Société tout entière en le priant de vouloir bien accepter nos plus sincères remerciments.

Avec de telles ressources, votre bureau aurait été bien coupable de laisser en souffrance l'œuvre de vos publications; aussi a-t-il profité du temps des vacances pour faire mettre à jour l'impression des comptes rendus de vos séances et a-t-il fait publier le dernier volume de vos bulletins. Prochainement, j'espère, un nouveau volume de mémoires pourra paraître aussi, la matière en est toute prête et je ne doute pas que notre éditeur ne fasse tous ses efforts pour hâter la publication de ce volume.

Pendant les deux années qui viennent de s'écouler, le personnel de la Société n'a pas éprouvé de grands changements. La mort nous a cependant ravi quelques-uns de nos plus chers collègues.

L'un de nos membres fondateurs les plus affectionnés, notre maître et ami M. Danyau est mort à la fin du siége, au moment où il allait jouir du repos si bien mérité qu'il s'était préparé. Tout à l'heure, notre secrétaire Tarnier vous rappellera ce qu'il fut pour la Société et pour de nombreuses générations d'élèves que ses délicates qualités avaient su transformer en de vrais amis.

Un de nos honoraires, M. Deguise père, a succombé aux suites des violences exercées sur lui par nos cruels ennemis. Un souvenir de lui nous a été offert par son digne fils, et notre bibliothèque, grâce à ce pieux souvenir, s'est enrichie d'une collection plus complète des thèses de la Faculté de Paris.

Enfin, un de nos collègues les plus jeunes et les plus distingués, Liégeois, est mort, frappé brusquement au milieu de l'exercice dévoué des fonctions actives qu'il avait acceptées dans les ambulances de Paris, à son retour des ambulances de province.

A ces vides creusés par la mort, il faut en ajouter un autre: celui-là heureusement ne sera qu'intermittent: un des membres titulaires les plus assidus et les plus actifs, M. Depaul, absorbé par son enseignement et de nouveaux devoirs civiques, a demandé et obtenu l'honorariat. Nous n'oublierons pas sa promesse de nous consacrer les moments de liberté que lui laisseront ses nombreuses obligations. D'ailleurs, nous avons la consolation de penser que quand il n'est pas au milieu de nous, il est occupé à défendre les intérêts de la profession au sein de notre conseil municipal. Il a déjà mis au service de nos institutions médicales et hospitalières, dans la discussion sur les asiles d'aliénés, la fermeté de son caractère et la droiture de son intelligence. Une nouvelle occasion importante va bientôt lui être offerte de servir à la fois les intérêts bien compris des malades et de la science, dans la question du nouvel Hôtel-Dieu. Nous pouvons être certains qu'il n'y faillira pas.

Les vides dont je viens de parler n'ont pas encore été comblés: l'année n'était pas favorable aux élections; aussi la Société aura-t-elle prochainement à en faire plusieurs.

J'ai à vous annoncer, messieurs, que la mise en ordre de nos archives et de notre bibliothèque est presque terminée. Quelques travaux d'aménagement, votés par nous dans la dernière séance, suffiront à notre zélé bibliothécaire-archiviste pour mettre la dernière main à ce travail. Nous pourrons alors profiter complétement des richesses littéraires que nous possédons.

Si, de ces considérations purement matérielles, nous passons à l'examen de notre état moral, nous verrons qu'il est aussi satisfaisant que l'état pécuniaire.

Une chose, en effet, frappe tout d'abord l'observateur le moins attentif: c'est que, pendant tous les terribles événements qu'a traversés notre malheureux pays, la science française est restée digne d'elle-même; la Société de chirurgie, comme sa sœur aînée l'Académie de médecine, n'a pas cessé de se livrer à ses travaux. Elle a tenu ses séances et les a remplies par des communications dont notre secrétaire général vous fera tout à l'heure ressortir l'importance.

C'est que c'est le propre des hommes de science de savoir trouver, même dans les circonstances les plus malheureuses, un aliment à des recherches qu'ils tendent toujours à faire converger vers l'intérêt de tous. Pour eux, c'est la plus belles récompense qu'ils puissent ambitionner de leur labeur désintéressé. Cette pensée les sou-

tient dans les moments difficiles et leur donne cette supériorité morale qu'aucun parti politique ne songe à leur refuser.

Continuons donc, messieurs, dans cette voie; c'est le plus sûr moyen de servir, à la fois, les intérêts de notre patrie et ceux de l'humanité tout entière. Quelle satisfaction intime chacun de nous peut-il éprouver plus sincère et plus profonde que de se dire, au terme de pareilles luttes, nous avons rendu à tous quelque service? Continuons donc, mes chers collègues, et nous pourrons ainsi transmettre intacte, aux générations futures, la noble et simple devise de la Société de chirurgie :

« Vérité dans la science, moralité dans l'art. »

M. PANAS, secrétaire, lit le compte rendu des travaux pour 1870.

M. TRÉLAT, secrétaire général, donne lecture des comptes rendus des travaux pour 1871.

Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie pour l'année 1871, par M. TRÉLAT, secrétaire général.

Messieurs,

C'est par une substitution de rôles autorisée par nos statuts que je prends, en ce moment, la parole devant vous.

L'éloge de notre honoré et regrettable collègue Danyau devait être prononcé par son digne élève, son véritable successeur à l'hospice de la Maternité, l'un de nos secrétaires annuels, M. Tarnier. Le bureau tout entier a eu cette pensée, et je suis persuadé que dans quelques instants vous approuverez notre décision.

Je vous demande maintenant une oreille patiente pour entendre l'exposé succinct de nos travaux pendant l'année qui vient de finir.

Ceux-ci ont été peu nombreux pendant le premier semestre. Comment en serait-il autrement? Un jour, nous apprenions la mort de Danyau, quittant une carrière accomplie; un autre, celle de Liégeois, terrassé en pleine vie par un accident soudain. Nous ne tenions pas de séance le jour où l'ennemi vainqueur faisait entrer ses bataillons dans nos murs; nous n'en tenions pas plus, ce mercredi 24 mai, quand aucune voix ne pouvait dominer les bruits sinistres de la guerre civile, quand les fumées de l'infâme incendie couvraient la ville comme un linceul.

Toutes les douleurs et tous les deuils ont eu leur retentissement dans ce modeste asile de paix et de science. Sachons en conserver le vivant souvenir. C'est la colonne lumineuse qui désormais doit guider notre marche vers la vraie, la seule vengeance digne d'un grand pays. S'il ne nous est pas donné de l'atteindre nous-mêmes, sachons du moins apprendre à nos enfants qu'il faut remonter péniblement, pas à pas, la rude côte où nous nous sommes laissés choir. Faisons comme le Corse, qui lègue à ses fils la vendetta sacrée; et disons-leur : La vengeance, elle est au bout du chemin, mais ne craignez ni sa longueur, ni ses fatigues; car chaque étape vous donnera plus de vigueur et doublera votre agilité vers le but.

Pardonnez à ces paroles, messieurs. Qui peut échapper, aujourd'hui, à ces préoccupations? et où sont-elles hors de place? Dans quelque voie que nous soyons engagés, n'avons-nous pas tous senti que notre responsabilité s'est accrue, que nous avons à faire beaucoup, vite et bien? Si cela est vrai partout, pourquoi ne pas le rappeler en toute circonstance? Tout le monde connaît le mot de Newton à propos de la pesanteur : *C'est en y pensant toujours*, disait-il. Mot simple et vrai, dont nous devrions faire désormais notre règle.

Vous me permettrez, en revenant à nos travaux, de ne point rappeler ici un bon nombre de faits présentant quelques particularités remarquables, mais sans application immédiate. Ces faits de tout ordre et de tout genre font la richesse de nos Bulletins, où les travailleurs les cherchent et les utilisent pour des conceptions systématiques. Les énumérer devant vous ne me mènerait qu'à la paraphrase fastidieuse de nos procès-verbaux.

Quelques points relatifs à des tumeurs diverses méritent d'être signalés.

Notre collègue M. Panas, dont les communications ont été nombreuses cette année, nous a fait connaître deux cas d'ovariotomie dont le premier a été suivi du plus beau succès, bien que la malade eût été opérée à l'hôpital Saint-Louis. Chez la seconde malade, qui avait un kyste de chaque côté, existait une disposition qui, pour avoir été déjà indiquée, n'a pas moins besoin d'être toujours prévue par le médecin. C'est l'usure, l'ulcération, la déhiscence spontanée des parois du kyste. Tout rare qu'il soit, le fait existe, et on entrevoit aisément ses conséquences au point de vue des péritonites partielles, de la formation et du développement des adhérences, et, en fin de compte, à celui de l'aggravation du pronostic, sous quelque jour qu'on l'envisage.

Vous vous souvenez, messieurs, d'une courte lecture que nous fit, il y a quelques mois, M. Monod, sur la cure de certaines hydrocèles par un procédé particulier. Sans doute, les faits rapportés par notre collègue n'étaient pas concluants; sans doute, nous sommes en possession de procédés très-sûrs pour combattre l'hydrocèle; sans doute encore, il y a mieux à faire que de changer sans motif; mais ce n'est pas là la question, et je serais tout disposé à suivre notre collègue dans la voie d'expérimentation où il nous convie.

Un très-grand nombre d'hydrocèles débutent lentement, insidieusement, et restent parfois longtemps stationnaires. Résultats de vaginalites à peine subaiguës, elles sont volontiers négligées par les malades, qui n'en souffrent pas, et par les chirurgiens, qui attendent une opération plus satisfaisante et mieux indiquée. Si la minuscule opération proposée par M. Monod nous permettait de ne pas attendre la gêne du malade et l'indication du chirurgien, si, en un mot, nous arrivions à guérir les hydrocèles à leur début et à les guérir à si peu de frais, n'aurions-nous pas fait une petite conquête qui aurait bien son mérite? Je vous livre cette question.

La pathologie du même organe nous a valu une autre discussion, bien importante au point de vue pratique. Durant plusieurs séances, MM. Verneuil, Demarquay, Tillaux et Chassaignac ont agité à nouveau la question de savoir si, oui ou non, il y a lieu de pratiquer la castration dans la tuberculose de l'organe séminal. M. Chassaignac a énergiquement soutenu la négative contre la plupart de nos collègues. Si j'avais qualité pour juger ce débat, je dirais que les arguments opposés tournent au plus grand bénéfice de notre art. La profonde conviction de M. Chassaignac, la puissante efficacité du moyen dont il est à la fois le créateur et le défenseur, arrêteront les mains chirurgicales trop agiles et les déterminations trop promptes, tandis que les opinions exprimées par nos autres collègues ne les laisseront point désarmés et découragés en présence de ces cas, peu nombreux il est vrai, où le temps et les soins les plus habiles sont restés impuissants. Ici, comme en bien d'autres circonstances, le *judicium difficile* restera longtemps un bon et salutaire avertissement.

S'il était encore à prouver qu'aucune méthode n'est absolument certaine pour la cure des anévrysmes, et que souvent il faut en employer successivement plusieurs, la remarquable observation de M. Duplay viendrait l'attester. Sans entrer ici dans les détails si instructifs de ce fait, je vous rappelle l'insuccès absolu de nombreuses tentatives de flexion forcée de la cuisse et de compression digitale, répétées pendant plus de deux mois; la ligature de la fémorale, suivie d'une redoutable hémorrhagie au moment de la chute du fil, le placement d'une nouvelle ligature un peu au-dessus de la première, et le bout inférieur de l'artère cessant, contre toute attente, de donner du sang aussitôt après la ligature supérieure; enfin, devant l'imminence des mêmes accidents, le chirurgien se décidant à lier l'artère iliaque externe et guérissant son malade par ce dernier effort, ou mieux guérissant l'anévrysme, car le malheureux malade succombait quelque mois plus tard aux progrès de la phthisie pulmonaire.

Qu'était la cause de ces hémorrhagies répétées? Le défaut de plasticité du sang ou la proximité des artères collatérales? Nous avons discuté ces hypothèses, qui ont gardé leur valeur relative, la nécropsie n'ayant pu être faite.

De même que les anévrysmes, les hernies nous fournissent chaque année un contingent important : questions nouvelles ou questions anciennes incessamment remises sur chantier pour avancer leur solution difficile.

MM. Cruveilhier, Chassaignac, Duplay, Forget, nous ont exposé des cas de hernie obturatrice. Ils se ressemblent tous, hélas! Pas de diagnostic, pas de thérapeutique possible. Les malades, presque toujours fort âgés, succombent, et l'autopsie vient expliquer tous les accidents. Il n'en sera peut être pas toujours ainsi; mais, dans l'état actuel, les hernies profondes sont au-dessus des ressources de l'art.

A côté de ces hernies, qu'on prend à peu près toujours pour des volvulus ou des iléus, rappelez-vous la variété bien rare d'étranglement interne que nous a montrée M. Panas. Le mot *étranglement* est impropre ici, aussi notre collègue s'est-il servi de celui d'occlusion intestinale, qui est beaucoup plus juste. Cette occlusion était produite par la double torsion d'une anse intestinale, et quoiqu'aucune bride, aucun lien ne la maintînt, elle avait persisté en faisant obstacle absolu au cours des matières fécales.

Quel avenir aura la ponction capillaire de l'intestin hernié dans les hernies éranglées? M. Dolbeau nous a cité un cas favorable; quelques autres ont été publiés. Il n'a pas paru que ce procédé fût considéré comme dangereux par les membres de la Société. Tout au contraire, on a rappelé que la ponction de l'intestin avait été proposée et exécutée contre la tympanite excessive; qu'elle était tout au moins innocente et parfois fort utile, comme chez une femme guérie par M. Depaul. Il y a donc lieu de penser, sans toutefois se livrer à des illusions trop grandes, que la ponction capillaire d'une anse intestinale herniée et étranglée peut être, dans certains cas, une ressource précieuse et un moyen de guérison bien autrement simple et prompt que l'ouverture du sac et le débridement.

Jamais la Société de chirurgie n'a déserté le champ de la pathologie et de la chirurgie oculaires, mais il semble qu'elle ait voulu, cette année, donner plus d'importance et de précision à ses études sur ce sujet intéressant et délicat. Faut-il préférer la blépharorraphie à toute autre opération dans la cure de l'ectropion, comme le veut M. Verneuil? La *griffe capsulaire* de M. Perrin sera-t-elle le moyen d'éviter sûrement les opacités capsulaires secondaires à la suite des opérations de cataracte par les méthodes nouvelles? Est-il bien démontré, comme le croit M. Panas, avec lui M. Dolbeau, et je me rangerais volontiers à côté d'eux, que la kératite hérédo-syphilitique n'est point une manifestation spécifique, mais une maladie cachectique? Non, sans doute, nous n'avons achevé aucune de ces démonstrations; non, sans doute, sur aucune de ces questions nous n'avons fermé le livre de la science; mais sur chacune, nous avons, je devrais dire, en m'adressant à nos collègues: vous avez apporté des documents, des faits, des aperçus qui éclairent ces questions encore indécises et les poussent d'un bon effort vers des solutions prochaines.

J'arrive au chapitre fatal, à celui que nous n'avons fait qu'effleurer, et qui est cependant le plus riche, hélas! et le plus long: la chirurgie des grands traumatismes et de leurs accidents.

En effet, nous avons touché bien des points, nous avons enregistré des faits, mais nous avons peu discuté; c'est un tracé bien jalonné pour une route à établir.

Les premiers appareils à appliquer dans les fractures des membres sur le champ de bataille; la gravité ou la bénignité relative des plaies articulaires et en particulier de celles du genou; la difficulté de recherche, de reconnaissance et d'extraction des projectiles vous ont valu des communications diverses de MM. Champenois et Sarrazin, — de MM. Boinet et Tarnier, — de MM. Houel, Blot, Baumetz et Chassaignac. M. Dubreuil, que nous pensons compter bientôt parmi nos collègues, vous a montré un beau succès de résection de la hanche, faite quinze jours après la blessure.

Revenant sur une communication de l'anneé 1870, M. Verneuil nous a fourni un nouvel exemple de cette phlébite fémorale qu'il attribue à la compression exercée au lieu d'élection, sur l'artère, pendant l'amputation. Si cette étiologie n'est pas incontestablement établie, elle a au moins pour elle des probabilités de nature à éveiller l'attention.

C'est pour se mettre sûrement à l'abri de ce redoutable accident que notre collègue a été conduit à rechercher ou à préconiser des procédés d'amputation sans compression entre le cœur et le point de section. Ces procédes ingénieux, qui ont déjà été appliqués par leur auteur, par M. Cusco et par d'autres moins connus, sont appelés à rendre de grands services et peut-être même à devenir usuels, au moins pour le bras et la cuisse, où leur exécution n'offre ni danger, ni difficulté.

C'est encore M. Verneuil qui a recherché le mécanisme de l'hémostase spontanée dans les sections d'artères par les balles, et qui nous a montré que ce mécanisme différait essentiellement de celui des plaies par arrachement, l'agent obturateur étant constitué, dans ce dernier cas, par l'élongation de la tunique externe, tandis que, suivant toute probabilité, on doit l'attribuer au recroquevillement des tuniques internes dans la gaîne celluleuse, à la suite des sections complètes.

Un travail de M. Raynaud, relatif à une plaie du cou ayant nécessité de graves opérations, a remis en discussion la gravité extrême de la ligature de la carotide primitive au point de vue des accidents cérébraux; puis, par extension, la cause et la nature des hémorrhagies consécutives. A ce propos, quelques-uns d'entre nous ont semblé dire que les hémorrhagies consécutives, apparaissant dans les réunions de blessés, étaient soit un prodrome, soit une annonce, soit une prédisposition à l'infection purulente. S'il m'était permis d'énoncer ici mon opinion sur une question si difficile, je renverserais les termes de la proposition, et je dirais que l'infection purulente a déja pénétré parmi les blessés chez lesquels on remarque de fréquentes hémorrhagies secondaires. Nous aurons sûrement l'occasion de reprendre ce débat.

Le chloral avait donné de grandes espérances pour la cure du tétanos; mais, quoique notre regretté Liégeois vous ait fait connaître un succès dû à l'emploi de ce médicament, vous avez entendu, d'autre part, MM. Blot, Guéniot, Giraldès et Larrey vous dire les insuccès dont ils avaient été témoins, et je pourrais allonger cette liste de deux autres cas. Provisoirement au moins, nous restons désarmés dans le tétanos aigu et violent, et c'est seulement lorsque la maladie a une marche à la fois plus lente et moins grave que la médication hypnotique peut être efficace.

N'est-ce pas ici l'occasion de vous rappeler la signification que M. Verneuil voudrait assigner à l'élévation brusque et inopinée de la température? Ce serait, suivant notre actif collègue, un signe précurseur de l'érysipèle. Quelques faits viennent à l'appui de cette manière de voir, mais des observations ultérieures et nombreuses sont nécessaires; car on a fait valoir, avec juste raison, qu'il y a des érysipèles atoniques, sans réaction, absolument bornés au trouble et à la lésion locale, et que par suite l'ascension de la température est peut-être mieux l'indice de l'état infectieux qui engendre certains érysipèles graves, que de l'érysipèle lui-même. C'est une question à reprendre dans son ensemble.

Vous le voyez, messieurs, nous avons touché beaucoup de points de la chirurgie des grands traumatismes, mais nous n'en avons résolûment abordé aucun. L'un de nos collègues, M. Perrin, disait avec raison qu'il ne fallait pas *émietter* ces graves et hautes questions. Le mot est juste; elles s'imposent à nous. Nous nous appelons *la Société de chirurgie*, et, s'il est loisible à tous de parler avec nous, il ne nous est pas permis de nous taire sur ces problèmes, dont les données viennent d'être à nouveau posées avec une douloureuse ampleur.

Grâce aux ressources que nous possédons comme renseignements et comme personnel, nous serons en mesure de fournir des solutions compétentes et conformes à l'état de la science. Et qui sait si, en étudiant les questions techniques de la chirurgie de guerre, nous ne serons pas conduits invinciblement à nous occuper des conditions générales dans lesquelles elle se meut, de celles qu'elle devra subir toujours de celles qu'elle peut modifier, et de ce qu'il serait bon de faire pour les modifier sûrement et avantageusement?

Nous avons étudié avec fruit autrefois l'hygiène hospitalière. Nos opinions ont pris cours et nous ont donné, sur ces points, une légi-

time autorité. Pourquoi ne porterions-nous pas aujourd'hui nos études sur l'hygiène des blessés de guerre, envisagée sous le jour des derniers enseignements?

Devant quel tribunal plus compétent et plus désintéressé pourraient-elles être portées?

Ne comptons-nous pas dans nos rangs des chirurgiens militaires éminents qui occupent les sommets de leur hiérarchie? bon nombre d'entre nous n'ont-ils pas acquis pendant la dernière guerre une expérience d'autant plus précise que chaque jour en renouvelait les pénibles leçons? n'avons-nous pas tous observé des faits directement utiles dans les hôpitaux, dans les ambulances et jusque sur les champs de bataille? n'avons-nous pas, enfin, trente années de travaux signés des noms les plus illustres de notre profession pour attester notre belle devise de vérité scientifique et de moralité professionnelle?

La carrière est ouverte et libre. N'hésitons pas à la parcourir. Ce sera servir à la fois la science immortelle et le pays, qui veut revivre.

M. TARNIER, secrétaire, prononce l'éloge de Danyau.

M. DESPRÉS, secrétaire pour 1872, lit le rapport sur les prix.

Prix Laborie. — Mme Laborie, veuve du docteur Laborie, membre et ancien président de la Société de chirurgie, a fait don à cette Société d'une rente annuelle de 1,200 francs, affectée à la fondation d'un prix annuel sous le nom de *Prix Édouard Laborie*.

Ce prix est décerné chaque année à l'auteur du meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

Dans le cas où le prix ne serait pas donné, il serait réparti l'année suivante entre les meilleurs travaux après le n° 1.

Les auteurs sont libres de choisir le sujet de leurs mémoires; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de concours pris parmi les points de chirurgie dont Laborie s'est le plus occupé.

Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours du prix Laborie.

Les mémoires, écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés à la Société avant le 1er novembre de chaque année.

Cette année, la Société n'a pas donné le prix Laborie, mais elle accorde un encouragement de 300 francs à M. CORNILLON, interne des hôpitaux, pour son mémoire intitulé : de la *Constriction de la portion musculeuse de l'urèthre dans les rétrécissements péniens.*

Prix Duval. — Par suite d'une donation de Duval, la Société de chirurgie a fondé à titre d'encouragement un prix de 100 francs en livres, pour la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Sont admis à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'interne dans les hôpitaux civils ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier d'une année jusqu'au 31 décembre de la même année, sont seules admises au concours.

Deux exemplaires des thèses doivent être adressés à la Société avant le 15 janvier.

Le prix Duval pour l'année 1870 est décerné à M. le docteur OLLIVIER, ancien interne des hôpitaux de Paris, pour sa thèse sur *les Tumeurs osseuses des fosses nasales et des sinus de la face.*

Le prix Duval pour l'année 1871 est accordé à M. le docteur VASLIN, ancien interne des hôpitaux, pour sa thèse sur les *Plaies par armes à feu.*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 janvier 1872, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Duval, médecin-major de 1re classe à l'hospice d'Arras ; chevalier du 29 décembre 1865; 28 ans de services, 14 campagnes.

Au grade de chevalier : M. le docteur Buffet, médecin de la compagnie du chemin de fer de l'Est, à Wilwersviltz (grand-duché de Luxembourg); services rendus pendant le blocus de Metz.

— Par décret en date du 18 janvier 1872, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le docteur Woillemier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu; attaché au service militaire établi à l'Hôtel-Dieu et chirurgien de plusieurs ambulances pendant le siége; 27 ans des ervices; officier depuis 1866.

Au grade de chevalier : Le docteur Jarriand, médecin attaché au service de la préfecture de police; services distingués dans les ambulances.

Le docteur Milcent, médecin à Paris; ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Montebourg (Manche) pendant la guerre; s'est distingué par son dévouement pendant l'épidémie cholérique de 1849; 29 ans de services.

Le docteur d'Heurle, ex-chirurgien-major du 111e bataillon; chirurgien de deux ambulances pendant le siége. A suivi son bataillon dans les sorties. Deux médailles lui ont été décernées pour son dévouement dans plusieurs épidémies cholériques.

Le docteur Sémelaigne, ex-chirurgien-major du 35e bataillon; services rendus volontairement sur les champs de bataille dans les principales affaires aux environs de Paris; a ouvert chez lui une ambulance, qu'il a entretenue à ses frais.

Raynaud, pharmacien à Paris-Montmartre, directeur d'une ambulance pendant le siége et vice-président de la commission des secours du 18e arrondissement : services signalés rendus à la population.

— Par décret en date du 16 janvier 1872, ont été nommés chevaliers de l'ordre national de la Légion d'honneur, en récompense de leur belle conduite pendant la guerre et l'occupation de Saint-Quentin :

MM. le docteur Demonchaux, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Quentin; — le docteur Cattiaux, médecin à Saint-Quentin.

— Par arrêté ministériel en date du 15 décembre dernier, M. le docteur Bulard, médecin en chef de l'Asile public des aliénés de Bordeaux, a été promu à la deuxième classe de son grade. (Cette promotion devant dater du 1er octobre 1871.)

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur L..., à Oloron. — On expédie *franco.*

M. le docteur M..., à Aillant-sur-Tholon. — Le prix de l'album ne nous a pas été payé.

M. le docteur V..., à Saint-Astier. — C'est une chose entendue.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 9. — MARDI 23 JANVIER 1872 45e ANNÉE MARDI 23 JANVIER 1872. — N° 9.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (M. Noël Guéneau de Mussy). — Des diverses formes d'asphyxie au point de vue physiologique et pathologique (M. Leven). — Variétés. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 22 janvier 1872.

Nous recevons deux lettres que nous nous empressons de publier. L'une nous est adressée par M. le docteur de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris ;* l'autre est adressée a M. de Ranse par notre rédacteur en chef, M. le docteur Brochin.

Voici la lettre de M. de Ranse :

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Mon cher confrère,

La candidature de M. Brochin à la vice-présidence de l'Association des médecins de la Seine a donné lieu à des interprétations très-diverses. Il est du devoir de celui qui a eu la première idée et l'initiative de cette candidature, de la dégager nettement des incidents qui pourraient en fausser la signification. Veuillez donc me permettre, dans le journal même où M. Brochin a ses lecteurs habituels, d'exposer les faits d'une manière assez exacte et assez impartiale pour satisfaire ceux-là mêmes de nos confrères qui ont apporté dans cette circonstance le plus de passion.

Il est d'un usage traditionnel, dans l'Association des médecins de la Seine, de choisir exclusivement les membres du bureau parmi les sociétaires qui, par suite d'une haute position scientifique et d'une grande notoriété, jouissent d'une influence personnelle considérable, soit dans le sein même de l'Association, soit au dehors. En outre, les membres du bureau, ainsi choisis, sont constamment réélus chaque année et conservent généralement leurs fonctions jusqu'à ce que l'état de leur santé ne leur permette plus de les remplir.

Cet usage m'a paru, comme à bien d'autres, en contradiction formelle avec la constitution si libérale de notre Association, et avec le droit primordial de tous les sociétaires à partager les mêmes honneurs, comme ils partagent les mêmes charges. Vous avez bien voulu, mon cher confrère, reproduire dans votre journal les quelques considérations que j'ai développées à ce sujet; je puis donc me dispenser d'y revenir.

J'ajouterai simplement que la démission de M. Barth, que j'ai apprise avant de connaître la délibération de la Commission générale relative aux élections, m'a semblé une occasion très-propice pour rompre avec un usage qui présente de si sérieux inconvénients, et c'est alors que j'ai songé à proposer la candidature de M. Brochin. J'ai fait part à notre honorable confrère de mes idées, je lui ai lu l'article où je venais de les exposer; il les a trouvées justes et il a pensé, comme moi que leur application ne peut que contribuer à assurer et à accroître la prospérité de notre Association. C'est dans ce sens qu'il a accepté la candidature que je lui offrais, et il est bon de faire remarquer que cette candidature est la première qui se soit produite, que, par conséquent, elle n'est ni le fruit, ni l'expression d'une opposition quelconque.

Quelque temps après, notre dévoué secrétaire général, M. Orfila, m'a honoré d'une visite et m'a adressé une lettre pour rectifier une petite erreur que j'avais commise en attribuant au bureau ce qui appartient à la Commission générale. Il va sans dire que je me suis empressé de faire la rectification ; mais je dois déclarer que, ni dans l'entretien que nous avons eu ensemble, ni dans sa lettre, M. Orfila ne m'a converti à ses idées.

Cette lettre était accompagnée d'une note qui a été adressée en même temps à d'autres journaux de médecine, et qui contenait le *résultat* de la délibération de la Commission générale relative aux élections. M. Guéneau de Mussy y figure comme le candidat proposé par la Commission générale en remplacement de M. Barth.

Il est indispensable, mon cher confrères, de nous arrêter un instant à cette séance de la Commission générale, où la liste de présentation des candidats a été arrêtée.

Suivant une décision prise en 1868 par la Commission générale, sur un rapport de M. Guyon, la délibération relative aux candidatures doit avoir lieu chaque année dans la séance du mois de décembre. Quelques membres de la Commission pouvaient se rappeler cette décision, qui ne figure ni dans les statuts, ni dans les règlements ; mais un grand nombre certainement l'ignorait, surtout parmi les nouveaux-venus. Je ne veux à ce sujet incriminer personne, mais je crois que, désormais, le bureau fera au moins acte de courtoisie en prévenant, dans la lettre de convocation, les membres de la Commission générale, de l'ordre du jour relatif aux élections.

J'ai dit plus haut que chaque année on a l'habitude de renouveler le mandat des membres du bureau ; justement, cette année, M. Barth était démissionnaire, il y avait donc une nomination nouvelle à faire, et cette circonstance a dû augmenter le regret, chez certains membres de la Commission, de n'avoir pas été prévenus plus tôt de la vacance qui se produisait, et d'être ainsi obligés, séance tenante, ou de voter pour le candidat présenté par le bureau, ou d'improviser une autre candidature, ce qui est difficile et, dans tous les cas, ne saurait permettre de lutter à armes égales. Aussi, au premier tour de scrutin, les voix se sont partagées entre MM. Guéneau de Mussy, Clerc, Depaul, Legrand du Saulle: aucun d'eux n'a eu la majorité. Au second tour de scrutin, M. Guéneau de Mussy n'a eu qu'une majorité de deux voix. Il est permis de se demander, dans le cas où les membres de la Commission auraient eu le temps de s'entendre sur le choix d'une autre candidature, si le candidat proposé par le bureau aurait été élu.

Quoi qu'il en soit, et quelque faible qu'ait été la majorité obtenue

par M. Guéneau de Mussy, il a cessé d'être le candidat du bureau pour devenir celui de la Commission générale : c'est là un point qu'on ne saurait contester, ni même discuter. Mais il eût été peut-être désirable, en présence de cette faible majorité et de l'unanimité qu'on rencontre parfois en pareille circonstance, que le bureau, dans la circulaire adressée aux journaux, au lieu de se borner à donner le résultat du vote, eût fait connaître la délibération tout entière relative à ce vote. Il a oublié sans doute que cette mesure n'est pas de sa part simplement facultative, mais qu'elle est obligatoire en vertu de la décision prise en 1868, à la suite du rapport de M. Guyon, décision rappelée plus haut et qui a été invoquée par le bureau lui-même.

Je ne juge pas ces faits; je les raconte en simple historien. Ils permettent de comprendre comment la minorité de la Commission générale, qui avait voté pour un candidat autre que celui présenté par le bureau, a pu réserver ses droits et se rallier à la candidature de M. Brochin. Plusieurs membres de cette minorité sont venus à une réunion à laquelle assistaient quelques représentants de la presse médicale. Un de ces derniers ne fait point partie de l'Association, et cependant il a été compris dans un comité chargé de servir d'intermédiaire entre le groupe de sociétaires présents à la réunion et leurs collègues de l'Association, en empruntant la voie des journaux. On a grossi démesurément l'importance de cette circonstance, qui, pour tout esprit impartial, est d'un ordre complétement secondaire.

Une note, émanant de la réunion dont je viens de parler, a été adressée à divers journaux de médecine qui l'ont publiée, comme vous l'avez fait vous-même dans le journal que vous dirigez. Cette note, au bas de laquelle on a pu lire ma signature, et dont j'accepte par conséquent la responsabilité pour la part qui me revient, a été l'objet de critiques très-vives. Mais il faut reconnaître que ces critiques ont exclusivement porté sur la forme et n'ont pu atteindre le fond. Il ne m'en coûte nullement, rendant avant tout hommage à la vérité, de reconnaître que cette note, rédigée collectivement, au milieu des conversations particulières, a pu comprendre telle expression que ceux qui y ont collaboré n'auraient point laissé passer, si chacun d'eux l'avait écrite isolément dans le silence du cabinet. Elle a pu ainsi trahir leur pensée et faire croire à des intentions qui n'existaient pas dans leur esprit. Elle n'avait, en effet, d'autre but que de porter à la connaissance des membres de l'Association, en même temps que l'adhésion d'un groupe de sociétaires à la candidature de M. Brochin, les circonstances qui ont accompagné le vote de la Commission générale, circonstances que nous venons d'exposer dans toute leur simplicité. Quant à la solidarité qu'on a voulu établir entre la note précédente et des articles qui ont paru ensuite dans divers journaux, il est évident pour tout le monde que cette solidarité ne saurait exister, et que les articles dont il s'agit engagent seulement et exclusivement la responsabilité de ceux qui les ont signés ou des journaux qui les ont publiés.

En même temps que notre honorable secrétaire général répondait, dans *la Gazette hebdomadaire*, à la note dont il vient d'être parlé, le bureau adressait à tous les membres de la Commission générale une convocation pour une réunion extraordinaire qui a été tenue vendredi dernier.

On m'a fait l'honneur de m'inviter à cette séance, et j'y ai assisté; mais je ne me crois pas le droit de divulguer ce qui s'y est passé. Tout ce que je puis dire, puisque c'est déjà ou ce sera demain de notoriété publique, c'est que la Commission générale a décidé que la lettre de M. Orfila, publiée dans la *Gazette hebdomadaire*, sera adressée à tous les membres de l'Association.

Tel est, mon cher confrère, l'exposé impartial des faits, et j'aurai terminé cette partie de ma lettre, trop longue sans doute, mais il n'a pas dépendu de moi d'abréger, en vous faisant remarquer que M. Brochin est resté complétement étranger à ces divers incidents; que, par conséquent, sa personnalité, de même que celle de l'honorable M. Guéneau de Mussy est tout à fait en dehors du débat,

Et maintenant, mon cher confrère, est-il vrai, comme on tendrait à le faire croire, que quelques sociétaires mal avisés ont agité le brandon de la discorde, et que la guerre civile est déclarée au sein de notre pacifique Association?

Gardons-nous de semblables exagérations, qui seules pourraient finir par diviser les esprits. Méfions-nous de la passion, même de la passion du bien, et surtout jugeons froidement les choses.

Non, il n'y a point de guerre civile parmi nous, puisque tous nous sommes d'accord pour réélire MM. Nélaton et Béclard, qui veulent bien conserver leurs fonctions;

Puisque tous nous sommes d'accord pour reconnaître le dévouement infatigable de M. Orfila et de M. Genouville, et renouveler leur mandat aussi souvent et pour autant d'années qu'ils consentiront à le remplir;

Puisque tous nous sommes d'accord pour honorer, estimer les deux candidats en présence;

Puisqu'ils sont eux-mêmes unis l'un à l'autre par des liens d'estime et d'amitié;

Puisque tous, enfin, nous sommes d'accord pour désirer, pour vouloir la prospérité de notre Association.

Sur un seul point existe un dissentiment : il s'agit, en effet, de savoir si l'on doit conserver ou réformer l'usage traditionnel dont il a été question plus haut.

Il s'agit de savoir si les fonctions de président et de vice-président continueront à rester l'apanage exclusif d'un petit nombre de sociétaires, ou si elles deviendront accessibles à tous ceux qui offriront des garanties suffisantes, je ne dis pas d'honorabilité, car c'est la condition essentielle d'entrée dans notre Association, mais de capacité et de dévouement.

Il s'agit de savoir si notre constitution, si libérale d'ailleurs, qui ouvre indistinctement les portes de la Commission générale à tous les membres de l'Association, peut, dans la pratique, autoriser des mesures restrictives et refuser, pour le renouvellement du bureau, *aux suffrages éclairés* d'une assemblée générale, ce qu'elle abandonne, pour le renouvellement de la Commission générale, à l'*aveugle décision* du sort.

Telle est, mon cher confrère, la véritable position de la question, question à laquelle répondent différemment la candidature de M. Brochin et celle de M. Guéneau de Mussy. La personnalité de ces deux honorables confrères s'efface complétement devant l'opinion qu'ils représentent, circonstance heureuse qui fera que, dimanche prochain, quel que soit le résultat du scrutin, il n'y aura en réalité ni vainqueur ni vaincu.

Veuillez agréer, mon cher confrère, l'expression bien sincère de mes sentiments les plus dévoués.

Dr F. de Ranse.

Paris, le 21 janvier, 1872.

Voici la lettre de M. Brochin :

A M. le docteur de Ranse, rédacteur en chef de la Gazette médicale.

Mon cher confrère et ami,

Il se fait depuis quelque temps autour de mon nom beaucoup plus de bruit que je ne l'eusse désiré, et surtout beaucoup plus que ne me semble le comporter l'incident même que vous avez soulevé. Dans la pensée de provoquer une réforme que vous avez jugée utile, non pas dans les statuts de l'Association des médecins de la Seine que vous tenez à juste titre pour excellents, mais dans quelques usages qui se sont introduits relativement au mode de procéder dans le choix et la présentation des candidats aux diverses fonctions du bureau, vous avez publié une sorte de manifeste dans lequel vous exprimez le vœu que l'Association adopte à l'avenir le principe du renouvellement annuel effectif des président et vice-présidents, tel qu'il est mis en pratique par la plupart de nos sociétés savantes, de manière à laisser à un plus grand nombre de sociétaires un libre accès à ces honorables fonctions. Et, dans un sentiment beaucoup trop bienveillant pour moi, tandis que tant d'autres noms pouvaient se présenter à votre

esprit, c'est le mien que vous avez choisi pour représenter et personnifier ce principe. Une partie notable de la presse médicale a accueilli avec sympathie votre manifeste et adhéré à la fois au principe et à la candidature que vous cherchiez à faire prévaloir. Mon silence a été considéré, non sans raison, comme une acceptation implicite de l'un et de l'autre.

J'ignorais alors, comme vous-même, que la commission générale eût déjà fait et proposé son choix. Dès que j'ai connu le candidat proposé, s'il ne se fût agi que de ma personne, je me serais certainement effacé devant un confrère qui a ma plus profonde et ma plus affectueuse estime. Mais j'ai cru que, du moment où mon nom avait été choisi pour représenter un principe auquel j'adhérais, je n'étais plus libre de céder à un sentiment personnel. Je me suis abstenu.

Ce qui s'est passé depuis, l'interprétation qui a été donnée à ma candidature par des hommes graves dont l'opinion fait poids, et dont l'estime et l'amitié me sont chères, m'oblige aujourd'hui à rompre le silence et à dire expressément dans quel esprit et à quelles conditions j'accepte la candidature qui m'est faite.

On a poussé un cri d'alarme, on a vu dans ma candidature un danger pour l'avenir de l'Association, et des amis dont je n'ai assurément aucun motif de suspecter la bonne foi et la sincérité s'en sont inquiétés pour moi-même. J'ai beaucoup cherché et je cherche encore quel est le danger que ma nomination — dans l'hypothèse où elle aurait lieu — pourrait faire courir à l'Association. Je ne me savais pas un foudre de guerre; et je cherche vainement ce qui dans toute ma carrière, dans ma vie publique comme dans ma vie privée, pourrait faire soupçonner que l'esprit d'ordre, de moralité et de confraternité, qui sont les conditions mêmes et les raisons d'être de l'Association, auraient à souffrir de mon immixtion passagère dans ses affaires.

Mais c'est assez, c'est beaucoup trop parler de ma personne.

Est-ce le principe de la non-rééligibilité indéfinie, du renouvellement fréquent et des candidatures multiples laissant aux membres de l'Association toute liberté de choix entres les candidats proposés, qu'ils le soient par la commission générale ou par l'initiative d'un groupe de sociétaires, qui alarme tant les défenseurs de la tradition et des usages de la compagnie ? J'avoue ne pas apercevoir davantage ce danger; et j'ai été beaucoup plus touché, au contraire, des avantages qui me sembleraient résulter à l'avenir de l'adoption de la mesure équitable et libérale que vous proposez. C'est là justement et uniquement ce qui m'a engagé à accepter et ce qui me fait maintenir la candidature que vous avez suscitée.

Cependant, et c'est surtout ce qui m'a fait un devoir de ne pas garder plus longtemps un silence qui laisserait trop facilement le champ libre à des interprétations que je ne puis accepter, s'il m'était sérieusement démontré que ma persistance dans la candidature à la vice-présidence pût devenir un élément de discorde parmi les membres de l'Association et jeter le trouble dans l'harmonie et le fonctionnement d'une institution aussi utile, je déclare que je ne laisserais pas passer les quelques jours qui nous séparent du scrutin, sans me démettre et décliner l'honneur que l'on a bien voulu me faire. Je tiens surtout à décliner toute solidarité avec tout ce qui a pu être dit ou écrit à cette occasion et à protester publiquement et énergiquement ici, si mon caractère et ma carrière tout entière ne protestaient d'avance pour moi contre les attaques aussi déplacées qu'imméritées qui, sous le prétexte de soutenir le principe que représente ma candidature, ont été dirigées contre des hommes dignes de tous les respects et pour qui j'ai toujours professé personnellement la plus grande estime.

Quel que soit, du reste, le résultat du scrutin, qu'il sanctionne ou non le principe que vous désirez faire triompher, je n'en resterai pas moins, après comme avant, l'un des admirateurs les plus sincères de l'œuvre d'Orfila et l'un des sociétaires les plus dévoués à sa prospérité.

Agréez, mon cher confrère, etc.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Noel Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (1).

L'influence de l'arthritisme sur la diarrhée peut se manifester dès l'enfance. L'observation suivante en est pour moi un exemple.

Il y a quelques années, je fus consulté pour un enfant de race arthritique un peu croisée de lymphatisme, qui présentait un enrouement habituel et une toux inquiétante par sa violence et par sa durée. Le pharynx était très granuleux, la poitrine ne révélait aucune lésion appréciable ; je conseillai un voyage à Cauterets : la toux disparut; mais à partir de ce moment, cet enfant devint sujet à des crises de diarrhée revenant plusieurs fois par semaine, accompagnées de douleurs violentes au niveau de l'épigastre, pendant lesquelles l'enfant pâlissait, se tordait et était obligé de garder le lit. Je dépensai inutilement, pour combattre cette affection, tout ce que je savais d'hygiène et de pharmacie.

Malgré ces accidents pénibles, l'enfant se développait et conservait de l'embonpoint; seulement, le fond de son teint était un peu pâle. Enfin, après deux ans de lutte, guidé par les observations d'une mère aussi distinguée par son intelligence que par son caractère, je constatai que, quand quelque mouvement fluxionnaire se manifestait vers un autre organe, quand l'enfant avait un rhume ou une angine catarrhale, affection à laquelle il était très-sujet, les fonctions digestives revenaient à leur état normal.

Je profitai de cette remarque pour prescrire l'application, répétée à huit jours d'intervalle, de vésicatoires sur la paroi abdominale ; puis quand depuis quelques semaines aucun trouble intestinal ne fut survenu, je transportai l'action révulsive, et la maintins à demeure sur le bras gauche. L'enfant garda ce vésicatoire pendant sept ou huit mois, au bout desquels voyant que la santé ne s'était pas démentie, que l'enfant était devenu fort et vigoureux, je profitai de la saison chaude pour faire sécher graduellement cet exutoire; je diminuai peu à peu son étendue, en surveillant attentivement l'hygiène du jeune malade, et en lui faisant faire tous les matins des frictions avec une brosse de crin sur toute la périphérie cutanée. Trois ou quatre années se sont écoulées depuis cette époque, et la guérison ne s'est pas un seul moment démentie.

Il est difficile de contester ici l'intervention utile de ces exutoires à demeure, qui sont aujourd'hui généralement proscrits, parce qu'on en mettait à tout le monde il y a cinquante ans. L'abus en était certainement déplorable ; mais il y a des circonstances où cette médication devient une ressource très-précieuse, et remplit efficacement une indication très importante.

Nous avons vu chez ce jeune malade la diarrhée remplacer une congestion de la muqueuse respiratoire; les phénomènes morbides peuvent se succéder dans un ordre inverse chez les arthritiques.

Il y a deux ans, j'étais consulté par un malade gastralgique depuis son enfance et de race arthritique. Il avait contracté dans les Indes une diarrhée chronique, qui l'avait réduit à un extrême degré d'émaciation. L'examen le plus minutieux ne révélait aucune autre lésion qu'une légère hypertrophie du foie. Je l'adressai au docteur Fleury, pour suivre un traitement hydrothérapique. M. Fleury, tout en lui administrant des douches froides,

(1) Suite. — Voir les numéros du 11 et 16 janvier 1871.

le soumit à la diète lactée et lui fit prendre chaque jour de *quarante-cinq* à *cinquante* grammes de sous-nitrate de bismuth.

La guérison fut aussi rapide que complète; mais quelques mois après, le malade fut atteint de ce catarrhe spasmodique auquel on a donné le nom assez impropre d'asthme de foin.

Il serait intéressant de déterminer les modifications particulières que subissent les sécrétions intestinales dans la diarrhée arthritique.

Le fils de la vieille dame dont j'ai rapporté plus haut l'observation, après avoir eu dans sa jeunesse de fréquentes migraines, de la gravelle urique, de la gastralgie, des troubles hypocondriaques et un léger accès de goutte, fut atteint du choléra en 1849; depuis lors, il est tourmenté par de fréquentes crises de diarrhée ordinairement bilieuse, pultacée, accompagnée de flatulence et dégénérant de temps en temps en flux séreux, presque cholériforme. Ses selles sont habituellement fétides et présentent souvent une odeur acide très-prononcée; depuis qu'il a cette diarrhée, les migraines ont à peu près disparu, et les urines sont beaucoup moins sédimenteuses.

Chez notre malade, l'examen attentif des antécédents personnels ou héréditaires ne nous a permis de découvrir aucune trace d'arthritisme. Pas davantage nous n'avons trouvé chez lui aucune manifestation herpétiforme.

Qu'il soit, comme je le pense, une dérivation de l'arthritisme ou qu'il constitue une diathèse distincte, l'herpétisme est une cause très-fréquente de dyspepsie et de diarrhée. Il s'exprime sur la peau sous des formes sèches ou humides; il peut, dans l'intestin, donner lieu à ces deux troubles fonctionnels opposés: la constipation ou la diarrhée.

On voit des diarrhées qui coïncident avec des manifestations herpétoïdes; plus souvent peut-être elles alternent; tantôt la diarrhée succède à une affection cutanée répirmée ou spontanément guérie, tantôt celle-ci la remplace.

J'ai cité ailleurs (1) l'observation d'une diarrhée rebelle ayant succédé à la guérison d'un eczéma chronique. J'ai rencontré depuis d'autres faits analogues. Les manifestations morbides peuvent se montrer dans un ordre inverse.

J'ai raconté, quand j'ai étudié le vertige, l'histoire d'un jeune homme tourmenté pendant deux ans par des coliques avec diarrhée, de la dyspepsie, des vertiges très-fréquents et très-pénibles. Tous ces troubles disparurent après une saison à Cauterets, en même temps que se développa un eczéma impétigineux, qui envahit le scrotum et une grande partie de la paroi abdominale. Je lui avais conseillé cette cure thermale, après avoir tenté inutilement une foule d'autres médications. Elle me paraissait d'autant mieux indiquée, qu'une de ses tantes avait été guérie par les eaux des Pyrénées d'accidents analogues. Il était de race arthritique; son père et sa mère avaient succombé à des affections cardiaques.

Je ne combattis qu'avec une extrême prudence la manifestation cutanée, et le malade se rétablit aussi complétement qu'on peut le faire quand on est tributaire de l'arthritisme, délivré de ces accidents gastro-intestinaux et de ces vertiges, qui pendant plusieurs années lui avaient rendu la vie si pénible.

Voici un autre exemple de diarrhée, succédant à une affection de la muqueuse respiratoire, et c'est également sous l'influence des eaux de Cauterets que s'est produit ce déplacement de l'action morbide.

M. R..., âgé d'une quarantaine d'années, est né d'ascendants goutteux; il est grand, fort, mais une tendance très-prononcée vers l'obésité et le développement exagéré du système pileux accusent chez lui un tempérament lymphatique. Il y a huit ans, souffrant d'une angine granuleuse, il fut envoyé par son médecin à Cauterets; il obtint de la cure thermale une amélioration considérable. Encouragé par ce succès, il y retourna l'année suivante; mais il y contracta la dysenterie, et depuis lors la diarrhée ne l'a presque point quitté. Son premier repas passe bien et est suivi d'une évacuation solide; mais, après le dîner, il a une ou deux selles liquides ou en partie liquides.

Ce malade est très-hypocondriaque, et il avoue que la crainte de ces accidents paraît contribuer à les provoquer. Son foie dépasse un peu le rebord costal; ses urines sont parfois sédimenteuses.

Il ne souffre plus du pharynx, et à peine aperçoit-on quelques granulations.

Je lui prescrivis : 1° des frictions avec des gants de crin tous les matins; 2° l'usage d'une ceinture de flanelle; 3° de prendre, avant son repas, quelques gouttes d'élixir parégorique américain, et en même temps des paquets de charbon, bismuth et craie; 4° une cuillerée de vin de pepsine aux repas à viande; 5° pendant la belle saison, si ces moyens n'avaient pas amené une guérison complète, il se rendrait aux eaux de Plombières.

Ce malade habitant la province, je ne l'ai vu qu'en passant, et depuis je n'ai pas eu de nouvelles. Il est probable que la selle solide, venant après le déjeuner, était le produit de la digestion du dîner, qui, pendant le repos et le calme de la nuit, s'accomplissait mieux que celle du déjeuner; et le mouvement péristaltique de l'intestin, sollicité par l'ingestion des aliments, provoquait le soir l'évacuation des aliments mal élaborés qui avaient été pris au repas du matin.

(A suivre.)

(1) *Étude sur les diathèses. Traité de l'angine glanduleuse.*

DES DIVERSES FORMES D'ASPHYXIE

AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE

Par M. le docteur LEVEN.

I

Nous avons publié, il y a un an, quelques résultats de nos expériences sur la ligature de la trachée, et nous en avons fait le sujet d'une communication à la Société de biologie.

Nous nous proposons aujourd'hui de reprendre ce sujet et de publier les applications de ces études physiologiques aux diverses questions de l'asphyxie par pendaison et par submersion, en même temps que nos expériences sur l'action du gaz acide carbonique dans le sang.

Nous avons, dans notre première publication, dit que si on applique un fil autour de la trachée d'un animal, et qu'on le serre très-légèrement, sans gêner le passage de l'air et des gaz exhalés par le sang, on observe immédiatement une diminution du nombre des mouvements respiratoires, et que ce nombre baisse, de 60 à 45 par minute par exemple.

Et nous avons observé sur plusieurs animaux, des lapins et des cochons d'Inde, qu'en serrant brusquement la trachée avec un fil de manière à l'oblitérer on peut produire la mort immédiate, précédée de deux ou trois secousses convulsives seulement, généralisées. Cette expérience ne réussit pas toujours; nous avons constaté le même fait en essayant d'introduire dans la trachée une canule trop étroite; la trachée en se rompant brus-

quement, était la cause de la mort immédiate précédée de quelques mouvements convulsifs.

J'ai essayé de reprodnire les mêmes expériences en sectionnant au préalable les deux nerfs pneumogastriques et en liant ensuite la trachée. Dans ce cas, la mort ne survient que peu à peu, par le fait de l'empoisonnement du sang par l'acide carbonique. L'animal s'asphyxie peu à peu, les battements du cœur se ralentissent, les muqueuses noircissent, et l'animal ne succombe qu'au bout d'une minute environ.

Dans ce dernier cas on peut même, quand il est frappé de mort apparente, le faire revenir à la vie en déliant la trachée.

Dans la première série des expériences, lorsque le pneumogastrique était respecté, la ligature de la trachée déterminait une mort irrévocable. Après la section du pneumogastrique, je pouvais le ressusciter en déliant la trachée.

La diminution dans le nombre des mouvements respiratoires, lorqu'on serre faiblement la trachée au moyen d'un fil, la mort immédiate que l'on voit survenir quelquefois par une ligature forte, me paraissent devoir s'expliquer par l'excitation faible ou forte de la périphérie du nerf pneumogastrique.

Ces expériences donnent des résultats qui ont de grandes analogies avec ceux de l'électrisation du bout central du pneumogastrique.

Une électrisation faible du bout central du nerf pneumogastrique détermine un ralentissement de la respiration et non une accélération, comme le disait Traube. Une électrisation forte peut tuer l'animal sur le coup en arrêtant la respiration et les battements du cœur. Dans ces divers genres de mort, le poumon et le cœur conservent leur couleur rose.

L'influence sur la respiration de la ligature de la trachée est indépendante de toute émotion ou excitation cérébrale due à l'expérience; car si on serre le fil enroulé autour de la trachée assez pour que l'échange des gaz soit profondément troublé et que l'animal tombe dans le coma produit par une asphyxie incomplète, on peut diminuer ou augmenter instantanément le nombre des mouvements respiratoires en serrant légèrement la ligature ou en la desserrant; on peut même arrêter la respiration et les battements du cœur tout d'un coup en serrant la ligature brusquement, de manière à oblitérer la trachée.

II

Ces expériences peuvent nous rendre compte de phénomènes qui accompagnent la mort par pendaison.

On a publié des autopsies d'individus et d'animaux qui ont été pendus (1). La mort par pendaison peut être déterminée par luxation des vertèbres cervicales ; elle peut être due à l'empoisonnement par l'acide carbonique ; mais les faits que rapporte Brown-Séquard ne rentrent pas dans ces catégories.

Les poumons et le cœur avaient leur coloration rosée et ne ressemblaient en rien à ce que l'on trouve dans les cas d'asphyxie par acide carbonique. La mort paraît se rattacher alors aux mêmes causes qui, dans nos expériences, l'ont amenée à une ligature forte de la trachée.

Nous avons vu, chez les animaux tués par ligature, que le cœur et les poumons avaient une coloration rouge.

La mort chez les paralytiques qui succombent durant un repas peut être rangée dans la même catégorie. Duchenne (de Boulogne) nous a dit avoir vu mourir de la même manière des individus atteints de paralysie labio-glosso-laryngée.

(1) T. I, *Journ. de physiologie*, Brown-Séquard, n° 822.

Les morts subites survenues durant l'opération de la trachéotomie (et les auteurs en ont signalé un certain nombre) méritent également d'être rappelées.

Lorsqu'on plonge des animaux comme le cabiai sous l'eau, et nous avons répété cette expérience plusieurs fois, ils ne meurent pas empoisonnés par l'acide carbonique, si on a soin de les tenir sous l'eau ; on voit que les animaux ne font que deux ou trois respirations et meurent ensuite.

L'autopsie permet de constater que les poumons et le cœur ont conservé leur coloration rose.

Beau avait déjà fait cette observation.

Si, au contraire, l'animal peut remonter de temps en temps au-dessus de l'eau pour respirer de l'air, il absorbe de l'oxygène, la respiration continue, ainsi que le battement cardiaque ; mais il s'asphyxie peu à peu par l'acide carbonique ; la mort arrive progressivement, et le cœur et les poumons deviennent noirs par l'acide carbonique en excès.

La submersion paraît donc, comme la pendaison, pouvoir déterminer la mort par syncope, comme le montrent les premières expériences, ou bien par empoisonnement du sang, si l'animal ne reste pas plongé sous l'eau.

On a signalé des individus noyés qui ont pu être rappelés à la vie un grand nombre d'heures après la noyade ; d'autres qui meurent rapidement après la submersion.

N'est-ce pas à ces diverses causes physiologiques de la mort qu'il faut rapporter ces différences dans les résurrections ?

Comment expliquer la syncope dans la submersion des animaux que l'on tient sous l'eau ?

Pourrait-on dire que l'oxygène ne pouvant plus pénétrer dans les organes respiratoires, le bulbe cesse d'être excité, se paralyse, et de là arrêt du cœur et des poumons ?

Et dans les cas de ligature forte de la trachée, n'est-ce pas l'excitation trop forte de la périphérie du pneumogastrique qui, se transmettant au bulbe, le paralyse ?

En résumé, la mort par asphyxie comprend plusieurs ordres de causes ; tantôt elle est due à des phénomènes purement nerveux, et alors elle peut être considérée comme mort par syncope ; d'autres fois elle est due à des actions chimiques, à l'empoisonnement par les acides carboniques.

On comprendra qu'il importe, pour le pronostic et le traitement de ces divers genres d'asphyxie, de bien en connaître la physiologie pathologique.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

ASSEMBLÉE NATIONALE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1871.

Proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, présentée par M. Alfred Naquet, membre de l'Assemblée nationale.

EXPOSÉ DES MOTIFS (1).

Des inscriptions et des frais d'examen.

Actuellement, chaque élève est obligé d'aller s'inscrire tous les trois mois au secrétariat de la Faculté où il fait ses études, en même

(1) Suite. — Voir les numéros des 21, 26-28, 30 décembre 1871, 13 et 16 janvier 1872.

temps qu'il verse la somme de 30 francs. Après avoir pris quatre inscriptions, il est tenu de passer son premier examen de fin d'année pour pouvoir prendre l'inscription suivante. De même, entre la huitième et la neuvième inscription, il doit subir son deuxième, et entre la douzième et la treizième, son troisième examen de fin d'année.

Les examens de fin d'année coûtent chacun 30 francs (trente).

Les cinq examens de doctorat coûtent chacun 50 francs (cinquante).

En outre, pour chacun d'eux, la Faculté est censée délivrer un certificat d'aptitude dont le coût est de 40 francs (quarante).

La thèse coûte 100 francs (cent).

Le prétendu certificat d'aptitude qui y correspond, 40 francs (quarante).

Enfin le prix du diplôme est fixé à 100 francs (cent).

La totalité des sommes à payer pour obtenir le doctorat est donc de 1.260 francs.

Profondément convaincu que l'instruction profite au moins autant à la société qui la donne qu'aux individus qui la reçoivent, et que dès lors l'instruction publique doit être gratuite à tous les degrés, nous proposons à l'article 512 la gratuité absolue des examens. Quant aux inscriptions, dès l'instant où elles deviendraient gratuites, elles ne serviraient plus qu'à constater, tous les trois mois, la présence de l'élève dans les villes où siége la Faculté, et comme les examens mensuels remplissent ce but d'une manière plus parfaite, il y a lieu de les supprimer. Il est cependant nécessaire que les élèves s'inscrivent une fois par an pour qu'on en connaisse le nombre, afin d'avoir une base certaine pour les répartir dans les laboratoires, les anphithéâtres de dissection et les services d'hôpitaux.

Du nombre des Facultés et de leur siége.

L'organisation que nous proposons exige un grand nombre de professeurs et d'examinateurs. Il est à désirer que tous les hommes investis de ces fonctions soient de véritables savants, et les véritables savants n'abondent pas.

D'un autre côté, il est constant que la pluralité des Facultés entraîne une concurrence dont le résultat est d'abaisser le niveau des études.

Il est donc utile de ne conserver en France qu'une seule Faculté.

Quant au siége de cette Faculté, il importe qu'il soit fixé dans un grand centre, si l'on veut avoir toutes les ressources qu'exige l'enseignement de la médecine. Paris répond mieux que toute autre ville à ce besoin, et, comme la facilité actuelle des voyages rend les Facultés de province et les écoles secondaires au moins inutiles, nous proposons à l'Assemblée de décider que la Faculté de Strasbourg ne sera pas remplacée et que la Faculté de Montpellier ainsi que toutes les écoles secondaires sont supprimées.

Hâtons-nous d'ajouter que, toujours désireux de respecter les droits acquis, nous lui proposons de décréter, en même temps, que tous les professeurs desdites Facultés ou écoles secondaires, qui ne pourraient ou ne voudraient pas être replacés à Paris, continueront à jouir de leur traitement pendant toute leur vie.

On dira peut-être que ce projet ne laisse point assez de jeu à l'initiative de l'élève, qu'il organise trop, qu'il réglemente trop. Ces objections ne nous paraissent pas fondées. La réglementation arbitraire qui s'impose aux citoyens malgré eux est déplorable et funeste. Mais l'organisation démocratique, l'organisation faite pour procurer une direction utile, cette organisation-là est bienfaisante et féconde. Non-seulement les républiques ne doivent pas la repousser; plus que toutes les autres, les nations républicaines doivent la rechercher et s'y soumettre. Qui dit république dit liberté; mais qui dit république dit aussi ; ordre, économie, production du plus grand résultat avec la moindre dépense possible.

Or, l'ordre, l'économie, le meilleur emploi de la force, c'est par une organisation méthodique, scientifique, ce n'est pas par le gaspillage des énergies individuelles qu'il est possible de les obtenir.

Telles sont, messieurs, les considérations qui nous déterminent à proposer à vos délibérations le projet de loi suivant :

TITRE I[er]. — *Du corps enseignant.*

Art. 1[er]. — Le corps enseignant se compose de professeurs titulaires et de professeurs agrégés. Le nombre des uns et des autres sera fixé par un règlement spécial.

Art. 2 (*a*). Les professeurs agrégés sont nommés au concours d'après les règles et dans les formes prescrites par les lois et règlements en vigueur. Toutefois le jury se composera toujours de trois professeurs titulaires, de deux professeurs agrégés, de cinq membres de l'Académie de médecine étrangers à la Faculté et de cinq membre de l'Institut.

(*b*). Le verdict de ce jury est définitif, la ratification ministérielle cesse d'être nécessaire; le ministre de l'instruction publique n'a qu'à l'enregistrer et ne peut s'y refuser.

(*c*). Les professeurs agrégés entrent en fonctions immédiatement après leur nomination, sans aucun stage, et ils en sortent six ans plus tard. Ils deviennent agrégés libres.

Art. 3. Les professeurs titulaires ne peuvent être pris que parmi les professeurs agrégés en activité ou parmi les professeurs agrégés libres. Ils sont nommés, sans concours oral, sur le simple examen des titres scientifiques, par un jury de quinze membres choisis par le chef du pouvoir excutif sur la présentation du ministre de l'instruction publique. Ce jury se compose nécessairement : 1° de cinq professeurs titulaires attachés à la Faculté ; 2° de cinq membres de l'Académie de médecine étrangers à la Faculté ; 3° de cinq membres de l'Institut. Le choix du jury est définitif; le ministre de l'instruction publique n'a qu'à l'enregistrer et ne peut s'y refuser.

Art. 4. Pendant toute la durée de leurs fonctions, les professeurs agrégés sont chargés des cours élémentaires, qui doivent embrasser toutes les matières des examens. La durée de ces cours est déterminée par le temps qui est accordé aux élèves pour étudier ces matières.

Art. 5. Le traitement des professeurs agrégés est fixe. Il est de six mille francs par an.

Art 6. Les professeurs titulaires sont chargés de faire des cours transcendants dans lesquels il doivent traiter toutes les matières à un point de vue élevé, en s'attachant surtout à mettre en relief les grandes méthodes qui conduisent aux découvertes.

Art. 7. Les professeurs titulaires reçoivent un traitement fixe de douze mille francs par an.

Art. 8. Tout professeur titulaire ou agrégé qui, pendant deux années consécutives, a réuni à son cours un nombre d'élèves inférieur à une moyenne fixée chaque année par la Faculté, peut, sur l'avis de ladite Faculté, être traduit devant un jury de même composition que celui qui l'a nommé. Ce jury jugeant souverainement, décide s'il y a lieu ou non de prononcer sa révocation.

Art. 9. Le corps enseignant est complétement séparé du corps examinant. En conséquence, les professeurs titulaires ou agrégés ne peuvent jamais interroger aux examens, même par accident.

S'ils contrevenaient au présent article, l'examen serait nul de plein droit.

Art. 10. — Un professeur titulaire ou agrégé ne peut jamais être destitué par décret. Si des faits graves sont articulés contre lui, le chef du pouvoir exécutif, sur l'avis ou sans l'avis de la Faculté, provoque la réunion d'un jury de neuf membres fournis à nombre égal par la Faculté, l'Académie et l'Institut. Ce jury prononce en souverain l'acquittement ou la révocation des professeurs soumis à sa juridiction.

TITRE II. — *Du corps examinant.*

Art. 11. Le corps examinant se compose, comme le corps enseignant : 1° d'examinateurs titulaires, 2° d'examinateurs agrégés.

Art. 12 (*a*). Les examinateurs agrégés sont nommés au concours public par un jury composé de cinq membres de l'Académie de médecine étrangers à la Faculté, et de cinq membres de la Faculté,

dont un professeur titulaire, un professeur agrégé, deux examinateurs titulaires et un examinateur agrégé.

(b) Le verdict de ce jury est définitif, le ministre de l'instruction publique se borne à l'enregistrer et ne peut s'y refuser.

(c) Pour le premier concours, vu l'absence d'examinateurs antérieurement nommés, les deux examinateurs titulaires et l'examinateur agrégé seront remplacés par deux professeurs titulaires et un professeur agrégé.

(d). Les formes et les conditions du concours seront établies par un règlement spécial.

Art. 13. Les examinateurs agrégés entrent en exercice immédiatement après leur nomination; ils demeurent en fonctions pendant six ans et sont alors en *activité*. Ces six ans écoulés, leurs fonctions expirent et ils deviennent examinateurs agrégés libres.

Art. 14. Les examinateurs agrégés en activité font passer les examens mensuels. Ils reçoivent un traitement fixe de trois mille francs par an.

Art. 15 (a). Les examinateurs titulaires ne peuvent être choisis que parmi les examinateurs agrégés. Ils sont nommés d'après les règles et dans les formes prescrites pour celles des professeurs, à cela près que les cinq professeurs titulaires sont remplacés dans le jury par cinq examinateurs titulaires.

(b.) Dans le premier jury, vu l'absence d'examinateurs titulaires antérieurement nommés, les cinq examinateurs titulaires seront remplacés par cinq professeurs titulaires.

(c.) Les décisions du jury sont définitives. Le ministre de l'instruction publique n'a qu'à les enregistrer.

Art. 16. Les examinateurs titulaires sont nommés à vie, comme les professeurs titulaires; ils sont chargés des examens de fin d'année, des examens finaux ou de licence et de la thèse de doctorat. Ils reçoivent un traitement fixe et annuel de 6,000 francs.

Art. 17. Les examinateurs titulaires ou agrégés peuvent concourir pour l'agrégation au professorat; s'ils sont nommés, ils ne peuvent en aucun cas cumuler leurs nouvelles fonctions avec leurs fonctions anciennes. Ils doivent opter.

Art. 18. Les examinateurs titulaires ou agrégés ne peuvent être révoqués par décret. S'il y a contre eux des motifs de révocation sérieux, celle-ci ne peut être prononcée que par un jury spécial, d'après les règles et dans les formes prescrites, à l'article 10 de la présente loi, pour la révocation des professeurs titulaires.

Titre III. — *Matières à exiger aux examens.*

Art. 19. Les sciences enseignées à la Faculté de médecine se divisent en sciences accessoires et sciences principales. Les sciences accessoires sont la physique, la chimie, la géologie, la botanique, la zoologie et la minéralogie. Les sciences principales sont toutes celles qui se rattachent directement à l'art médical.

Art. 20. Les élèves ne peuvent être admis dans une Faculté de médecine que s'ils sont porteurs d'un diplôme constatant qu'ils ont subi un examen de baccalauréat comprenant seulement les mathématiques élémentaires et spéciales. Les conditions dans lesquelles sera subi cet examen de baccalauréat seront réglées par un arrêté ministériel.

Art. 21. Une fois admis à la Faculté, l'étudiant suit un cours de sciences accessoires qui dure deux ans.

Le premier hiver est consacré à l'étude théorique et pratique de la physique;

Le second hiver est consacré à l'étude théorique et pratique de la chimie et de la minéralogie;

Pendant les deux étés, l'élève étudie théoriquement et pratiquement la géologie, la zoologie et la botanique.

Art. 22. L'examen récapitulatif des sciences accessoires, actuellement connu sous le nom de *troisième doctorat*, est supprimé.

(*A suivre.*)

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1871.

155. Boy. De l'accouchement prématuré artificiel chez les femmes grosses atteintes d'un vice de conformation du bassin.

156. Pasquier. De l'amputation tibio-tarsienne par le procédé Pogoff.

157. Cabanié. Etude sur le traitement des fractures par action immédiate sur les fragments au moyen des vis métalliques.

158. Potel. Essai sur le traitement des fractures par coups de feu.

159. Mauquié. Contributions à l'histoire du traitement des fractures du maxillaire inférieur.

160. Maurel. Etude sur l'anatomie et la physiologie pathologique de l'affection connue sous le nom de mal plantaire perforant.

161. Delorme. Essais ophthalmoscopiques.

162. Gigon. Essai sur la fécondation artificielle chez la femme dans certains cas de stérilité.

163. Michaud. Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral; recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques.

164. Nègre. Des exagérations que peut offrir l'état dyspeptique flatulent chez les matelots dans les pays chauds.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *École de médecine de Marseille.* — Le concours pour une place de professeur suppléant de chirurgie a été si remarquable, que le directeur de l'École a dû demander au ministre une double nomination, l'heureux vainqueur, M. Demeules, ayant trouvé dans son adversaire, M. Queirel, un compétiteur aussi brillant que lui. Nous aimons à constater un succès aussi grand, et qui laisse indécis les juges du camp. Il y a là pour les deux candidats un éloge auquel nous sommes heureux de donner la plus grande publicité.

— A l'École polytechnique (polytecknicum) de Zurich, vingt-quatre femmes suivent en ce moment les cours de médecine et sept ceux de philosophie. Une dame a été admise, après examen passé avec succès, à suivre le cours de mécanique. Il y a peu de temps, une Zurichoise a subi avec distinction l'examen nécessaire pour être admise à l'Université; sur douze candidats, elle a eu le nº 1 pour les langues anciennes.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur R..., à Montaigu. — L'éditeur de la *Revue des cours scientifiques* est M. Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'encalyptus globulus, son importance en agriculture, en hygiène et en médecine, par le docteur Gimben (de Cannes). In-8º avec trois planches. — Prix : 3 fr. 50.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur Félix Roubaud. 1872. — Prix : 4 francs.

Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral, recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques, par le docteur Michaud. In-8º avec trois planches. — Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Do e ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........		
Chlorure de sodium........		
Matières organiques........		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Pharmacie L. FOUCHER, à Orléans.

Dragées de proto-iodure de fer ET DE MANNE,

Ces dragées ont sur tous les autres ferrugineux l'incomparable avantage d'être aussi bien dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, et, en outre, celui non moins important de ne jamais constiper. Excellent fortifiant pour les tempéraments lymphatiques, faibles ou débilités, elles s'emploient contre les affections chlorotiques, scrofuleuses et tuberculeuses, la leucorrhée, l'aménorrhée, et enfin dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués. 3 fr. le flacon de 100 dragées.

Nota. Un dépôt central des produits L. Foucher est établi *pour le gros seulement*, r. Rambuteau, 50.

Pilules de Hogg. —

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée.* Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène.* En vue des maladies chroniques et des affections qui en dependent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable.* En vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

Névralgies

calmées à l'instant même par les pilules antinévralgiques du docteur CRONIER. — Dépôt, M. Levasseur, pharmacien, rue de la Monnaie, n° 19, Paris. — 3 fr. la boîte.

GOUDRON VÉGÉTAL LE BEUF

L'émulsion de goudron végétal de Le Beuf, obtenue par l'intermédiaire de la *Saponine* (1), corps complétement *neutre*, et ne renfermant aucune substance capable d'altérer la matière médicamenteuse, est par conséquent *bien préférable* pour l'administration du goudron à l'intérieur aux *liqueurs concentrées* qui sont toutes associées à un corps *alcalin* ou *acide*, corps qui, tout en favorisant la dissolution du *goudron* dans l'eau, altère *profondément* ses principes résineux et balsamiques.

Cette préparation, dont *l'odeur caractéristique* prouve que le Goudron *n'est en rien modifié*, constitue le moyen le *plus rationnel* pour l'emploi du *goudron* en thérapeutique. (Voyez Dr GUBLER, *commentaires thérapeutiques du Codex*, p. 143. — ADRIAN, *note sur le goudron et ses meilleures préparations, bulletin thérapeut.*, 1867, p. 406 et 407.

Mode d'emploi — Le **Goudron Le Beuf** s'administre à la dose d'**une cuillerée à café**, deux ou trois fois par jour, délayée dans **un demi-verre d'eau sucrée** ou de **lait chaud**.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) Principe immédiat contenu dans la saponaire et auquel cette plante doit ses propriétés dépuratives et rafraîchissantes.

HUILE de Foie de morue FERRÉE DE GODIN

au BENZOATE DE FER dosée au 100e

« Dissolution des Benzoates dans les huiles. »

(Travail lu à l'Académie des sciences, le 13 novembre 1871.)

1° Le **Benzoate de fer**, sel orange, inaltérable, aussi riche en fer que le *lactate*, apporte à l'huile blanche de Norwége l'action balsamique de l'*acide benzoïque* et l'action tonique du *fer*. — Le *fer*, uni à un corps gras, exerce une action plus douce sur les parois de l'estomac, ne constipe pas, et rend l'huile de foie de morue plus facile à prendre.

2° **Huile hydrargyrique** au Benzoate d'hydrargyre (dosée au 1000e). Au spécifique, au debilitant, est associé le reconstituant; le malade n'éprouve ainsi ni maux d'estomac ni amaigrissement.

3° **Huile hydrargyro ferrée** aux Benzoates d'hydrargyre et de fer. — Elle réunit les avantages combinés des deux autres.

GODIN, ex-pharm. des hôpitaux, 96, faubourg Saint-Martin, et dans les principales pharmacies.

Granules antimoniaux, ANTIMONIO-FERREUX *et antimonio-ferreux au Bismuth*,

du Dr Papillaud. Des expériences faites depuis 4 ans par les sommités médicales de tous les pays justifient les résultats obtenus et signalés par l'auteur.

Les Granules antimoniaux sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes dans les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur. Sous leur influence, l'asthme, le catarrhe guérissent ou s'améliorent très promptement, la phthisie elle-même est souvent enrayée à ses débuts, et très avantageusement influencée dans ses autres périodes.

Dans les Granules antimonio-ferreux, les propriétés réparatrices du fer, unies aux effets reconstituants de l'arséniate d'antimoine, constituent la préparation officinale qui se rapproche le plus des eaux ferreuses arsenicales naturelles.

Ces granules sont le remède le plus sûr à opposer à la chlorose, chloro-anémie, la scrofule, les névralgies et les névroses.

Les Granules antimonio-ferreux au bismuth sont particulièrement destinés à la guérison des affections nerveuses ou fonctionnelles des voies digestives.

Pharmacie E. Mousnier, à Saujon (Charente-Inférieure); à Paris: pharmacies Detrai, rue des Tournelles, 1; Vial, rue Bourdaloue, 4; Arnault, rue Montmartre, 141, et rue de Cléry, 33; dans les pharmacies de France et de l'étranger.

Huile de foies frais de morue de Hogg

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — Mention honor. 2, rue Castiglione, Paris.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le Sirop de Henri Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode des bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop Henri Mure contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. Henri Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PAPIER RIGOLLOT POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la

Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Fehling (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et

fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lientérie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nelaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

Le plus agréable ! le plus salutaire ! de tous les purgatifs connus !

SULFOVINATE DE SOUDE PUR

De G. SOULAN.

Recommandé par les sommités médicales, bien supérieur au citrate de magnésie dont il a les propriétés purgatives sans en avoir les dangers.

Prix : 2 fr. 50 le flacon. (Déposé.)

Eviter les contrefaçons.

Pour toutes les demandes, s'adresser MAISON TRUELLE, 15, rue de la Verrerie, Paris.

Papier Wlinsi. — Papier chimique

perfectionné; puissant dérivatif; emploi facile. Son effet, prompt et sûr, peut être prolongé suivant le désir du médecin. Remplace les emplâtres de poix de Bourgogne, stibiés et autres analogues. — Boîte de 10 feuilles: 1 fr. 50 c. — Chez tous les pharmaciens.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Conférences cliniques sur les pelvi-péritonites et la paraplégie utérine (M. Peter). — Des diverses formes d'asphyxie au point de vue physiologique et pathologique (M. Leven). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Variétés. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Cette séance serait encore absolument vide si, dans un des rapports de prix, ne se trouvait la constatation d'une découverte importante, celle du véritable principe actif de la digitale, la *digitaline cristallisée.* Cette nouvelle a été d'autant mieux accueillie que l'Académie y voyait la preuve de l'utilité de ses prix et de l'activité d'une de ses commissions.

Elle songe surtout maintenant à combler des vides trop nombreux, et les candidats ne manquent pas ; plusieurs d'entre eux sont même depuis longtemps nommés, pour ainsi dire, par l'opinion publique : MM. Bernutz et Bourdon, par exemple.

Espérons qu'une fois complétée, notre Académie de médecine reprendra enfin quelque chose de son ancienne vie et de son ancienne autorité dans la science cosmopolite.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

M. PETER, suppléant de M. le professeur SÉE.

Conférences cliniques sur les pelvi-péritonites et la paraplégie utérine (1).

(Recueillies par M. J. FINOT, élève en médecine.)

Messieurs, de tout ce que je vous ai dit de la pelvi-péritonite, vous devez conclure que cette affection n'est pas sans gravité. Mais permettez-moi de vous résumer les accidents qui peuvent se présenter successivement en une histoire dont les détails resteront plus facilement gravés dans votre mémoire que ceux d'une description abstraite et aride.

Il s'agit d'une malade que j'ai observée pendant douze ans, et qui a fini par succomber. Son affection s'était produite dans les circonstances suivantes : une union qu'elle désirait vivement avait rencontré de grands obstacles ; ceux-ci écartés et le mariage contracté, les rapports sexuels furent aussi ardents que nombreux. Il en résulta qu'au bout d'un mois de mariage (c'était en 1859), la jeune femme me fit appeler, parce qu'elle souffrait du ventre.

Je constatai l'existence d'une tumeur utéro-pelvienne, pour laquelle je réclamai l'intervention de M. Paul Dubois. Le savant praticien constata comme moi la présence d'une tumeur, qu'il attribua, comme moi, à une pelvi-péritonite, et il porta judicieusement le pronostic d'une stérilité probable. Effectivement, cette dame n'eut pas d'enfant, quoiqu'elle appartînt à une famille où les femmes sont très-fécondes, et qu'elle n'épargnât rien pour en avoir.

Comme son mari était très-ardent et qu'elle ne lui opposait point de refus, il y avait fréquemment de petites récidives, attendu qu'il se faisait alors de nouveaux appels fluxionnaires du côté de la masse morbide primitive. De vifs chagrins de famille venaient parfois contribuer, pour leur part, à l'aggravation du mal ; il est impossible, en effet, de nier, en pareil cas, l'influence des actes psychiques.

Donc la tumeur en vint à ce point qu'elle gagna la région suspubienne, où elle était accessible à la palpation, et qu'elle détermina une gêne sensible du côté de la vessie et du rectum. Il y avait de fréquents besoins d'uriner, et la miction, difficilement accomplie, était douloureuse, parce que l'irritation s'était propagée au col de la vessie ; il y avait, comme on dit, cystite du col, laquelle est alors remarquablement calmée par l'administration de quelques grains de poivre ordinaire, ou encore, quand l'action de ce premier médicament s'éteint, ce qui arrive à la longue, par la térébenthine. Je les donnai avec succès dans le cas dont je parle, en même temps que je combattais, par des lavements purgatifs, la constipation qui traduisait la compression et l'irritation de l'intestin.

Vers 1865, cette pauvre dame eut à soigner son mari, devenu phthisique ; elle eut d'une part une grande fatigue à supporter, et, d'autre part, dut encore céder aux désirs vénériens du malade, qui persistèrent jusqu'au dernier moment, désirs plus ardents que jamais sur la fin de la vie, comme il arrive souvent chez les poitrinaires salaces, et non chez tous les poitrinaires, ainsi qu'on l'a dit bien à tort.

Enfin, le jour de la mort arriva ; le chagrin de la veuve fut immense, et cette dame, qui, la veille encore, pouvait dans ses bras transporter son mari d'un lit à un autre, fut, le soir même, frappée de paraplégie. Dans ces circonstances, il est bien évident qu'une influence toute psychique fut la cause déterminante

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 26 août 1871.

de la paralysie que la maladie utérine avait dès longtemps préparée.

La dame était alors en province; elle vint me trouver à Paris, allant quelque peu mieux, mais se traînant encore à grand'peine au bras d'une caméristе. A cette époque, la tumeur avait décru; je n'eus pas à m'en occuper, et ne traitai que la paraplégie. J'employai les ventouses scarifiées, les cautères, et six mois après ma malade retournait en province complétement guérie, à cela près qu'au moment de l'arrivée des menstrues elle ressentait périodiquement un certain engourdissement dans les jambes.

De temps à autre, sa correspondance me signalait des retours offensifs de la maladie utérine.

En 1868, il y eut une rechute de paraplégie incomplète, pour laquelle cette dame revint à Paris se faire soigner par moi; je me contentai de la teinture d'iode comme révulsif. En y joignant l'hydrothérapie, j'obtins un résultat magnifique : le rétablissement fut complet; ma malade avait un aspect des plus florissants.

Au commencement de cette année 1871, elle fut en proie à de violents chagrins, et elle passait les nuits dans les larmes. Une péritonite aiguë en fut la conséquence, et les accidents atteignirent une intensité telle qu'un médecin de Marseille fut appelé à joindre ses efforts à ceux des médecins du pays, et que moi-même je fus mandé enfin quatre mois plus tard.

Or, voici ce que je constatai : tout accident aigu avait cessé, mais il y avait une petite fièvre continue, symptomatique de la cachexie qui résultait à la fois de la pelvi-péritonite aggravée et de l'entrave profonde aux fonctions digestives. En effet, la tumeur n'était plus seulement pelvienne, mais abdominale; elle s'étendait jusqu'au voisinage de l'ombilic. Il y avait là, dans toute la région sous-ombilicale, un vaste gâteau inflammatoire, qui n'immobilisait plus simplement l'utérus, mais vraisemblablement de nombreuses circonvolutions de l'intestin grêle, une portion du colon ascendant et du colon descendant, ainsi que la totalité de l'S iliaque. Mais vous comprenez bien que l'intestin ne séjourne pas impunément dans une atmosphère inflammatoire; qu'il ne subit pas une pure action mécanique, la compression, mais que la phlogose se transmet à ses tuniques; de sorte qu'il y a au moins deux éléments morbides en action : le rétrécissement et l'inflammation. Aussi, dès que la malade avait pris quelque nourriture, si peu que ce pût être et de quelque qualité que ce fût, vomissait-elle, au prix d'un renouvellement ou d'une aggravation de ses douleurs pelvi-péritonéales; et la petite quantité de ces aliments qui franchissait l'estomac séjournait indéfiniment dans ce tube intestinal immobilisé. Il fallait alors en solliciter l'évacuation par des lavements purgatifs, qui provoquaient une garde-robe, mais en excitant d'atroces douleurs péritonéales, ou mieux, des douleurs de tout le réseau nerveux qui tapisse le péritoine, du plexus hypogastrique au plexus solaire.

La vie, dans ce qu'elle a de plus matériel, l'alimentation, était devenue impossible, et notez que la malheureuse femme n'avait pas de dégoût pour les aliments; mais elle était réduite à l'impuissance de les digérer, impuissance plus mécanique encore que dynamique.

Elle devait donc mourir, et elle mourut.

Maintenant, je vous prie de remarquer que cette tumeur énorme qui comprimait tant de choses ne provoquait en aucune façon de la paraplégie par compression. Ce ne fut que dans les six derniers jours de la vie, et alors que l'épuisement de la malade fut devenu extrême que, la paraplégie — mais une paraplégie complète — reparut.

Messieurs, l'histoire si complexe et si lamentable de cette dame nous amène à nous demander ce qu'est la paraplégie des affections utérines, et comment elle se produit, non-seulement dans les cas analogues à celui-ci, mais encore dans certaines affections des reins, de la vessie et même du foie (je vous en citerai tout à l'heure un exemple très-curieux).

Mais, d'abord, je dois vous dire qu'on ne trouve, en pareil cas, aucune altération de la moelle, au moins à l'œil nu; les enveloppes médullaires sont également intactes. Eh bien! on n'a pas été embarrassé pour si peu, et on a expliqué la paraplégie par une ACTION RÉFLEXE!!!

Action réflexe est bientôt dit et ne compromet guère; mais, au fond, qu'est-ce autre chose, sinon une sorte d'application de la géométrie à la médecine, application qui vous est d'autant plus plaisante que vous sortez à peine des études les plus élémentaires des mathématiques et de la physique, et que vous croyez comprendre des phénomènes que d'autres croient avoir réduits aux lois de la mécanique la plus vulgaire. En effet, est-il rien de plus simple : je ne sais quelle impression morbide, partant d'un point donné quelconque (ici, c'est l'utérus), s'en va frapper la moelle, pour se réfléchir de là sur les jambes, qui n'ont rien de mieux à faire alors que de se paralyser. Mais ne voyez-vous pas avec moi que cette théorie mécanicienne et si peu positive n'explique rien? Car, enfin, nous avons bien le droit de demander aux fauteurs de la théorie pourquoi le fait *paraplégie* n'est pas toujours réalisé quand sont réunies les causes matérielles de sa production; pourquoi, dans l'espèce, les maladies utérines étant si fréquentes, avec ou sans tumeur (nous parlerons de celle-ci dans un instant, ne craignez pas), et toutes les femmes ainsi affectées ayant, après tout, une moelle et des jambes, telles femmes sont paraplégiques et telles autres ne le sont point; pourquoi, enfin, la paraplégie (heureusement fort rare dans ces cas) n'est nécessairement liée ni à l'intensité de la maladie utérine, ni non plus à sa durée.

Et, cependant, telle est désormais en médecine l'influence des mots et des idées empruntés à la physiologie, qu'on n'a pas hésité à édifier toute une doctrine pathologique des actions réflexes, et à expliquer comment, par des actes de cette nature, on avait une pneumonie ou un rhumatisme, pour avoir eu la peau refroidie en un point quelconque; comment, de la même façon, on avait une arthrite, le canal de l'urèthre étant atteint de blennorrhagie!

(A suivre.)

DES DIVERSES FORMES D'ASPHYXIE

AU POINT DE VUE PHYSIOLOGIQUE ET PATHOLOGIQUE (1)

Par M. le docteur LEVEN.

III

Ces études nous ont conduits à reprendre la question de l'asphyxie par l'acide carbonique, en observant d'abord les actions physiologiques de ce gaz en excès dans le sang. Nous rappellerons rapidement les résultats que nous avons obtenus.

Nous avons eu soin de mettre les animaux dans une atmo-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

sphère d'acide carbonique pur ou mélangé à l'air, et nous les laissions respirer librement.

Ce que nous avons constaté d'abord sur les divers genres d'animaux, le cabiai, le chat, le lapin, c'est qu'en leur faisant respirer le gaz par la bouche ou par la trachée au moyen d'une canule, rien n'était changé dans les effets : c'est que si on mêle à l'acide des proportions variées d'air, les phénomènes physiologiques sont les mêmes ; il n'y a de différence que dans la rapidité de leur production.

Ce que nous avons encore observé dans nos expériences, c'est que l'acide carbonique ne détermine aucune excitation, aucun mouvement convulsif, et que les animaux meurent tranquillement.

Dès qu'ils commencent à respirer le gaz, les mouvements du cœur se ralentissent, le nombre des respirations diminue, la sensibilité et la motilité se paralysent, l'animal tombe dans le coma et meurt dans une immobilité complète, si on l'abandonne à lui-même.

C'est là la physionomie générale de l'empoisonnement par le gaz carbonique, mais poussons plus avant dans l'analyse des faits physiologiques.

1° *Cœur.* — Si l'on plonge le cœur d'une grenouille dans une atmosphère d'acide carbonique, il passe immédiatement de la couleur rouge au noir, et les battements s'arrêtent.

Que l'on coupe le cœur en morceaux et que l'on jette une de ces parcelles dans le même gaz, on observe le même changement de couleur et l'arrêt des mouvements vermiculaires dont était doué chacun de ces morceaux.

Le changement de couleur se rapporte sans doute à une modification chimique de la fibre cardiaque, qui est le point de départ probable de la modification physiologique.

Ces modifications ne sont pas profondes si le contact de l'acide carbonique n'a pas été trop prolongé. Il suffit alors de plonger la parcelle cardiaque dans de l'air ou dans de l'oxygène pour lui rendre sa coloration et sa contractilité.

2° *Sang.* — L'action carbonique n'a aucune action sur les globules du sang, ce que l'on sait depuis longtemps. Dans un seul cas, nous avons trouvé dans le sang des cristaux d'hémato-cristallin.

Si l'on place sous le champ du microscope la patte d'une grenouille empoisonnée, on voit la circulation se ralentir à la périphérie d'abord, puis dans les vaisseaux d'un calibre moyen. Ce ralentissement ne paraît dû qu'à la paralysie progressive du cœur.

3° ***Respiration.*** — Les mouvements respiratoires se ralentissent progressivement, puis s'arrêtent comme ceux du cœur. Les animaux respirent le gaz jusqu'à la mort, sans trouble du rhythme respiratoire.

4° *Système nerveux.* — Il suspend les fonctions cérébrales, anéantit l'intelligence, le mouvement et la sensibilité. Il anémie le cerveau plutôt qu'il ne le congestionne ; c'est ce que nous ont montré les autopsies.

Il respecte les propriétés de la moelle, des nerfs, et la contractilité musculaire.

5° ***Nutrition.*** — Si on ne provoque l'asphyxie que lentement en mêlant de l'air à l'acide carbonique, et si la mort n'arrive qu'au bout d'une demi-heure, par exemple, la température de l'animal s'abaisse d'un degré et demi à deux degrés. On trouve dans le sang, dans les viscères, une grande quantité de sucre.

Dans les urines, également du sucre.

Nous avons trouvé 10 grammes de sucre environ par litre chez le lapin.

L'analyse du foie, du sang, a été faite par M. Duquesnel, et ce chimiste a employé le procédé qui suit :

Il a coupé le foie par petits morceaux, a ajouté de l'alcool concentré, qui précipite et élimine les matières albuminoïdes. Après quelques heures de macération, il a filtré et évaporé à siccité.

Le résidu, repris par une petite quantité d'eau distillée, précipitait la liqueur de Fehling.

Le sang frais, additionné d'alcool très-fort et traité comme ci-dessus, donne une liqueur qui précipite la liqueur de Fehling.

On peut supposer que l'extrait alcoolique repris par l'eau contient d'autres corps susceptibles de réduire la liqueur cupro-potassique ; mais des expériences comparatives, faites avec le foie d'animaux morts sans poison, ont donné des résultats négatifs.

Les organes ont été analysés immédiatement après la mort.

En résumé, l'intoxication par le gaz carbonique ne débute pas par une période d'excitation et ne détermine pas de mouvements convulsifs.

Dès qu'il est respiré, le cœur est frappé le premier ; celui-ci le lance dans le torrent circulatoire ; le cerveau se paralyse, le bulbe également, et les diverses fonctions sous leur dépendance se suspendent, mais les propriétés réflexes de la moelle, du nerf et du muscle sont respectées.

Si l'action stupéfiante est réelle, comme nos expériences nous l'ont démontré, comment admettre (1) que le gaz carbonique puisse rendre les tissus aptes à entrer en action, tandis que l'oxygène ne servirait qu'à les nourrir, que le gaz carbonique entretient les mouvements de la respiration et de la circulation ?

Comment admettre cette division des fonctions d'un gaz chargé d'alimenter le tissu et d'un autre qui ne servirait qu'à éveiller son activité, alors que nous avons montré que chaque parcelle du cœur de la grenouille jetée dans l'acide carbonique perd sa contractilité ? Comment admettre des propriétés vivifiantes pour un gaz qui ne se manifeste physiologiquement que par des propriétés toxiques ?

Ces hypothèses ne nous paraissent pas d'accord avec l'expérimentation, et, du reste, pourquoi distinguer dans le tissu ce qui le nourrit et ce qui le rend apte à entrer en action ?

Est-ce que le muscle, qui a son aliment chimique, n'est pas susceptible d'entrer en action spontanément en vertu de la propriété de contractilité qui lui est inhérente ? Est-ce que le bulbe, quand il reçoit l'oxygène de l'air, ne peut pas fonctionner immédiatement?

Il n'y a, selon nous, dans le sang, qu'un seul gaz chargé d'entretenir les tissus ainsi que leur activité vitale : l'oxygène. Il excite les contractions cardiaques, rougit les globules et le sang. C'est lui qui cumule les fonctions que Bert, Brown-Sequard, Thiéry et Traube veulent partager entre l'oxygène et l'acide carbonique. Ce dernier n'est qu'un gaz toxique.

---

(1) Bert, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. III, 1865. Brown-Sequard, t. I, 1858, *Journal de physiologie*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements du Nord, de Vaucluse et de Lot-et-Garonne (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Laboulbène, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie pathologique ;

2° Des lettres de MM. Villemin et Voillez, qui se présentent comme candidats dans la section de pathologie médicale;

3° Une lettre de M. le docteur Mattei, qui se présente comme candidat dans la section d'accouchements ;

4° Une lettre de M. Goubaux, qui se présente comme candidat dans la section de médecine vétérinaire;

5° Une lettre de M. Pigeon, relative à la peste bovine (Commission des épidémies);

6° Un rapport de M. le docteur Petiteau sur les vaccinations pratiquées, en 1870, dans l'arrondissement des Sables-d'Olonne (Commission de vaccine);

7° Un mémoire de M. le docteur Félix Rochard, relatif à un projet de création d'ambulances sur la Seine;

8° Deux exemplaires de l'*Hygiène des écoles*, par M. Wirchow, traduit de l'allemand par M. le docteur Decaisne;

9° Une lettre de M. Galante, qui déclare que l'appareil aspirateur construit par M. Matthieu n'est que la reproduction d'un des nombreux appareils qu'il fabrique depuis plusieurs années, d'après le système de l'occlusion aspiratrice de M. Jules Guérin, pour tarir les collections de liquides qui exigent l'aspiration continue.

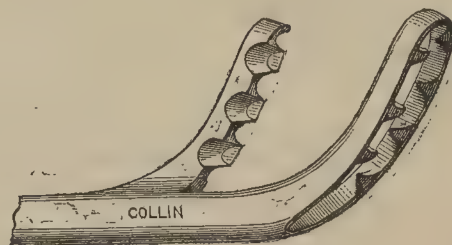
PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un nouveau modèle de brise-pierres fabriqué par M. Collin, sur les indications de M. Reliquet. En voici la description :

Dans mon traité des *Opérations des voies urinaires*, après avoir décrit le procédé d'extraction des graviers engagés dans les yeux de la sonde évacuatrice que j'ai eu l'honneur de soumettre à l'Académie, dans sa séance du 12 septembre 1871, je dis page 808 : « Ce procédé permet de se servir, à toutes les séances, sauf à la dernière, que j'appelle séance d'exploration, du porte-à-faux qui concasse la pierre et ses fragments, plutôt qu'il ne broie; avec lequel on agit beaucoup, parce que ses becs ne s'engorgent pas et que chaque prise de la pierre ou des fragments est suivie de l'action complète de l'instrument. »

Mais la prise des fragments de pierre est souvent difficile avec le porte-à-faux, son bec femelle étant étroit et ses bords étant très-hauts. De plus, si on analyse la façon dont le porte-à-faux concasse la pierre, on reconnaît qu'il a deux actions successives. Dans la première, les becs, luttant contre toute la masse de la pierre ou du fragment, agissent : le bec femelle par son pourtour, le bec mâle par toute sa face dentelée. Dans cette première action, la pierre ou le fragment se brise de chaque côté des becs, en morceaux plus ou moins nombreux, et une masse de calcaire reste tenue entre les deux becs. Alors a lieu la seconde action du porte-à-faux, qui succède immédiatement à la première. Ici le pourtour de la large fenêtre du bec femelle n'agit plus; le bec mâle seul pousse la masse de calcaire, tenue entre les becs, dans la large fenêtre du bec femelle comme dans une filière, où elle ne se morcelle pas assez pour que tous ces morceaux puissent sortir par la sonde évacuatrice ou s'engager dans ses yeux.

C'est pour rendre la prise des fragments plus facile, et pour que la masse de calcaire, tenue entre les becs après leur première action broyante soit réduite en morceaux tous assez petits pour sortir par la sonde évacuatrice, que j'ai fait construire par M. Collin le brise-pierre que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie.



Le bec femelle (fig. 1, bec ouvert) ayant le diamètre tranversal d'un grand bec plat, est largement fenêtré comme le porte-à-faux. Les bords de ce bec sont moins hauts que ceux du porte-à-faux, et au niveau du tiers postérieur de leurs faces internes sont des dents triangulaires, alternes d'un côté à l'autre. Ces dents, qui sont des saillies de la paroi interne du bec, ont une large base, ce qui assure leur solidité. En arrière du côté du dos du bec, elles présentent une face triangulaire, dont le sommet est rebroussé en haut vers la concavité du bec. Du côté de cette concavité du bec, les dents présentent une saillie en d'os d'âne.

Le bec mâle est celui du porte-à-faux, sauf qu'il est plus large et que les échancrures qui séparent ses dents sont plus profondes afin de loger les dents internes du bec femelle, dont les dos d'âne doivent s'appliquer contre les échancrures du bec mâle, l'instrument étant complétement fermé. Lorsque l'instrument est ainsi complétement fermé (fig. 2, bec fermé), les dents du bec mâle, placées entre celles du bec femelle, doivent, comme dans le



porte-à-faux, arriver jusqu'au niveau du bord postérieur du bec femelle, et même dépasser ce bord. C'est grâce à cette légère saillie des dents du bec mâle au delà du bec femelle, qu'il ne reste jamais un fragment de calcaire fixé dans l'instrument, tout en dépassant la face postérieure du bec.

Cette saillie des dents du bec mâle en arrière du bec femelle nécessite l'usage d'une petite virole placée sur la tige mâle au delà de l'extrémité externe de la tige femelle. Au moyen de cette virole qui se meut sur un pas-de-vis, on limite à volonté le degré d'engagement du bec mâle dans le bec femelle. C'est ainsi qu'on maintient cachées dans le bec femelle les dents du bec mâle pendant le passage du lithotribe dans l'urèthre.

La prise des fragments est facile avec ce brise-pierre, grâce à la grande largeur du bec femelle et au peu d'élévation de scs bords.

A chaque prise, l'action de ce bec est double, comme avec le porte-à-faux. D'abord les fragments se détachent de chaque côté des becs, et j'ai remarqué que leur nombre obtenu est généralement plus grand avec ce nouvel instrument qu'avec le porte-à-faux.

La masse de calcaire retenue entre les becs, toujours considérable en raison de la largeur des becs, est poussée par le bec mâle dans la large fenêtre du bec femelle, qu'elle traverse en se fragmentant sur les dents internes saillantes dans cette fenêtre. Ainsi toute la masse de calcaire retenue entre les becs est sûrement mise en morceaux tous assez petits pour sortir par la sonde.

Grâce aux dispositions réciproques des becs, cet instrument ne s'engorge pas, ce qui fait qu'à chaque prise il agit avec toute sa puissance.

Le pignon et la percussion sont les deux mécanismes qui se combinent le mieux avec ce nouveau bec. On peut le manœuvrer avec l'écrou brisé, mais il faut toujours que la tige mâle ait la virole mobile, qui limite à volonté le degré d'engagement du bec mâle dans le bec femelle. C'est ce que M. Collin fait pour les brise-pierre de ce nouveau modèle avec écrou brisé.

En résumé, l'action de ce brise-pierre est telle, qu'à chaque prise toute la masse retenue entre les becs, après le détachement des morceaux latéraux, est tout entière réduite en fragments tous assez petits pour sortir par la sonde évacuatrice. Ainsi chaque séance est plus productive, et leur nombre est moindre.

M. VERNOIS présente, au nom de M. le docteur Warmont, un exemplaire d'une lettre sur l'hygiène professionnelle de la manufacture de Saint-Gobain.

M. GAVARRET présente un volume intitulé : *Mémoire sur le mouvement organique dans ses rapports avec la nutrition,* par le docteur Jules-Robert Mayer, traduit de l'allemand par M. Louis Picard.

M. DEPAUL présente une brochure intitulée : *Contribution à l'histoire des paralysies puerpérales,* par M. le docteur Charpentier.

LECTURES

M. PERSONNE lit un mémoire sur le polymorphisme du sublimé corrosif.

Il résulte des observations contenues dans ce travail que le sublimé corrosif, outre les deux formes cristallines qu'on lui connaissait déjà, peut revêtir la forme vitreuse comme l'acide arsénieux, et que, comme ce dernier, sous ce nouvel état moléculaire il présente une bien plus grande solubilité dans l'eau que sous la forme cristalline.

RAPPORTS

M. BUIGNET lit le rapport sur le concours du prix Orfila.

Le sujet proposé était : *l'isolement du principe actif de la digitale.* L'auteur du mémoire n° 3 a complétement résolu la question. A l'aide du chloroforme, il a pu isoler un alcaloïde qui se dépose en beaux cristaux et qui possède les propriétés de la digitale elle-même avec une telle activité que quelques milligrammes sont toxiques pour l'homme. Les expériences de laboratoire faites par le rapporteur, les expériences de physiologie expérimentale faites par M. Vulpian, et celles de thérapeutique par M. Marotte, autres membres de la commission, sont venues pleinement justifier les assertions de l'auteur de cette découverte.

M. HÉRARD lit le rapport sur le prix Barbier. Trois mémoires ont été adressés à la commission. Le premier n'a aucune valeur; c'est une compilation, souvent faite d'une manière inintelligente, de théories sur le choléra. Le second mémoire, relatif à l'opération de la staphyloraphie pratiquée chez les très-jeunes enfants, contient des résultats dignes de remarque, puisque l'auteur, en se servant du chloroforme, a obtenu 4 succès sur 8 opérations. Quant au troisième mémoire, l'auteur y raconte une épidémie de choléra pendant laquelle, assimilant le choléra à une fièvre pernicieuse, il dit avoir guéri plus de cinq cents cholérines à l'aide du tannate de quinine.

M. BRIQUET. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Les conclusions de ces rapports devront être lues et discutées en comité secret.

M. BRIQUET. Il ne s'agit point des conclusions que je ne connais pas, mais des questions scientifiques soulevées par le rapporteur. M. Hérard a l'air de croire que le tannate de quinine a pu être efficace contre la cholérine. Or c'est une grave erreur. Le tannate de quinine est un produit nul, absolument nul en thérapeutique. Dans le quinquina, une partie de la quinine est à l'état de tannate, et par conséquent insoluble. Ce fut une belle découverte de la transformer en sulfate de quinine soluble et absorbable; mais je ne comprends pas comment Barreswill a eu l'idée de transformer de nouveau ce sulfate en tannate, plus insoluble encore que le premier. Aussitôt après qu'on eut annoncé ce nouveau sel, je l'expérimentai dans ma salle d'hôpital et sur les animaux. Je pus en donner jusqu'à 8 grammes à des malades sans produire le moindre effet, sans en retrouver un atome dans les urines; je pus en injecter impunément des quantités énormes dans les veines des animaux. C'est donc une poudre inerte, où le tannin paralyse la quinine, comme la quinine le tannin.

M. CHAUFFARD. Je me range absolument à l'opinion de M. Briquet. J'ai expérimenté le sulfate de quinine dans un pays à fièvres, et j'ai dû y renoncer, n'en obtenant jamais aucun bon résultat. En outre, je repousse d'une manière absolue l'assimilation du choléra avec les fièvres paludéennes. Jamais les fièvres paludéennes ne s'importent et ne se transmettent sous une forme épidémique.

M. HÉRARD. Je partage l'opinion de MM. Chauffard et Briquet, mais les 500 cas de guérison de cholérine annoncés par l'auteur ont impressionné la commission.

M. GIRALDÈS. L'auteur du mémoire n° 2 a fait usage du chloroforme pour pratiquer la staphylorrhaphie; mais a-t-il dit que cette opération a été surtout facilitée par l'invention d'un instrument qui permet de maintenir ouverte la bouche de l'enfant ?

M. HÉRARD. Oui, il en a parlé.

M. MIALHE. J'ai indiqué pourquoi le tannate de quinine était irrationnel, parce que le tannin précipite la quinine sous forme de poudre insoluble. Un jour même, appelé auprès d'une personne qui venait d'être empoisonnée par la quinine, je l'ai guérie en lui faisant boire une solution de tannin très-étendue.

M. BOULEY. L'appareil destiné à tenir les mâchoires écartées n'a rien de nouveau. On l'emploie depuis un temps immémorial en médecine vétérinaire, sous le nom relevé de *spéculum oris,* et sous celui, plus vulgaire, de *pas d'âne.*

M. BOUDET. Le tannate de quinine est un sel inerte. Le tannin rend la quinine insoluble. Le mélange n'agit pas même comme tannin, car le tannin est paralysé par la quinine.

M. BRIQUET. Mais je viens déjà de le dire, comme la quinine par le tannin.

M. BOUDET. Oui, comme la quinine par le tannin.

M. BOULEY. On n'a pas le droit de dire que le tannate de quinine est sans action parce qu'il est insoluble. Devant les 500 faits de guérison annoncés...

M. BRIQUET. Je vous défie de prouver...

M. BOULEY. Défiez-moi tant que vous voudrez; cela n'empêche pas que bien des remèdes agissent par le contact sans être solubles. Ainsi le sous-nitrate de bismuth est insoluble et pourtant il agit d'une manière incontestable dans la diarrhée.

M. BRIQUET. Mais tel n'est pas le tannate de quinine. Je vous répète que...

M. LE PRÉSIDENT. La séance publique est terminée.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports de prix et voter sur les récompenses proposées par les commissions.

VARIÉTÉS

ASSEMBLÉE NATIONALE

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1871.

Proposition de loi tendant à réorganiser l'enseignement de la médecine, présentée par M. Alfred Naquet, membre de l'Assemblée nationale.

EXPOSÉ DES MOTIFS (1).

TITRE IV. — *Dispositions relatives aux laboratoires et aux amphithéâtres de dissection.*

Art. 23. Auprès de la Faculté seront établis des laboratoires de

(1) Fin. — Voir les numéros des 21, 26-28, 30 décembre 1871, 13, 16 et 23 janvier 1872.

physique et de chimie assez vastes pour contenir tous les élèves d'une même promotion.

Une partie de ces laboratoires sera appropriée, pendant l'été, à l'étude des sciences naturelles.

Art. 24. Les manipulations de chimie et de physique sont dirigées par des chefs des travaux chimiques et par des chefs des travaux physiques, dont le nombre sera déterminé par un arrêté particulier.

Les herborisations, les courses géologiques et les travaux de laboratoire concernant l'histoire sont dirigés par des directeurs d'histoire naturelle. Le nombre de ces derniers sera fixé par le même arrêté que celui des chefs des travaux chimiques et physiques.

Art. 25. (*a*) Les chefs des travaux physiques et des travaux chimiques et les directeurs d'histoire naturelle sont nommés par un jury spécial exclusivement composé de physiciens, de chimistes ou de naturalistes, suivant les cas.

(*b*.) Les règles et les formes des concours seront établies dans un règlement ultérieur.

(*c*.) Les chefs des travaux physiques, les chefs des travaux chimiques et les directeurs d'histoire naturelle reçoivent un traitement fixe et annuel de 3,000 francs.

Art. 26. A la Faculté seront annexés de grands amphithéâtres de dissection et des laboratoires d'anatomie générale.

Art. 27. Les travaux anatomiques sont dirigés par des prosecteurs dont le nombre sera fixé par un arrêté spécial, mais ne pourra pas descendre au-dessous de 1 par 15 élèves.

Art. 28. Les prosecteurs sont nommés au concours, d'après les règles et dans les formes actuellement en vigueur. Leurs fonctions sont gratuites.

Art. 29. Les fonctions de prosecteur sont incompatibles avec les titres de licencié et, par conséquent, de docteur en médecine. Le titulaire perd ses fonctions de plein droit le jour où il reçoit le diplôme de licencié.

Art. 30. Les chefs des travaux physiques et chimiques et les directeurs d'histoire naturelle peuvent être pris partout et ne sont tenus de justifier d'aucun diplôme, ni d'aucune inscription auprès d'aucune Faculté.

Art. 31. Les chefs des travaux chimiques, les chefs des travaux physiques, les directeurs d'histoire naturelle et les prosecteurs peuvent être révoqués par un simple arrêté ministériel, pris sur l'avis conforme de la Faculté.

Titre V. — *Dispositions relatives aux hôpitaux.*

Art. 32. Chaque service d'hôpital, dans une ville où existe une Faculté de médecine, est érigé en chaire adjointe de clinique. Le médecin en chef est tenu d'interroger les élèves, de les exercer, de faire un cours pratique au lit du malade.

Art. 33. Le nombre des éleves admis dans un service ne peut dépasser le quotient obtenu en divisant le chiffre des élèves inscrits par le chiffre des services existants.

Art. 34. (*a*) Les étudiants ne commencent à suivre les hôpitaux qu'à partir de leur quatrième année d'études.

(*b*) Le choix du service n'est pas facultatif. Il est dressé un tableau où chaque élève occupe le rang qui lui est assigné par la moyenne des notes obtenues par lui aux examens des trois années écoulées; celui qui a le numéro 1 choisit parmi tous les services; les numéros suivants choisissent à tour de rôle parmi les services demeurés libres.

(*c*) En cas de conflit sur le choix, élevé entre deux élèves ayant des notes égales, le sort décide.

Art. 35. Tout élève qui manque l'hôpital plus de cinquante fois dans le courant d'une année recommence l'année, quelque excuse qu'il puisse invoquer, et, avec elle, tous les examens qu'elle comporte.

Art. 36. Tous les six mois, un remaniement des services a lieu.

Art. 37. Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux sont nommés d'après les règles actuellement en vigueur; à cause de leur surcroît de travail, ils reçoivent de l'Etat un excédant de traitement de mille francs par an.

Art. 38. L'administration des hôpitaux ne peut s'opposer ni à l'admission des élèves dans les services, ni à la transformation de chaque service en une chaire adjointe de clinique.

Titre VI. — *Des grades.*

Art. 39 (*a*). Le grade d'officier de santé est supprimé.

(*b*.) Les officiers de santé actuels continueront à jouir pendant toute leur vie des prérogatives attachées à leur grade, la présente loi n'ayant aucun effet rétroactif.

Art. 40. Le grade de licencié en médecine est accordé aux élèves qui ont terminé leurs études et qui ont été reçus à leurs cinq examens récapitulatifs. Ce grade donne le droit d'exercer la médecine et de remplir les fonctions d'examinateur agrégé.

Art. 41. Le grade de docteur en médecine est réservé aux licenciés qui présentent un travail original à la Faculté, comme pour le doctorat ès sciences. Il permet de remplir les fonctions de professeur titulaire, de professeur agrégé et d'examinateur titulaire.

Titre VII. — *De la forme et du nombre des examens et de l'admission aux grades.*

Art. 42. Chaque élève est soumis à trois classes d'examens: 1° Les examens mensuels, qui ont lieu à la fin de tous les mois et qui roulent sur les matières enseignées pendant le mois;

2° Les examens annuels qui ont lieu à la fin de chaque année, même de la cinquième, et qui roulent sur les matières enseignées dans l'année;

3° Les examens de licence, au nombre de cinq, le premier sur l'*anatomie* et la *physiologie*, le second sur la *pathologie* et la *médecine opératoire*, le troisème sur la *pharmacie*, la *thérapeutique*, l'*hygiène*, la *médecine légale* et la *toxicologie*, le quatrième sur la *clinique générale*, le cinquième enfin sur les *spécialités*;

4° La thèse, exposant un travail original, est destinée aux licenciés qui veulent devenir docteurs.

Art. 43 (*a*). Les examens mensuels sont purement oraux.

(*b*) Les examens annuels et de licence se composent d'une épreuve écrite, d'une épreuve pratique et d'une épreuve orale : chacune de ces trois épreuves est éliminatoire.

Art. 44. L'élève qui a été reçu aux cinq examens de fin d'année se présente, quand il le juge convenable, aux examens de licence. S'il est refusé à l'un d'eux, il ne peut se représenter que trois mois plus tard sans qu'aucune autorité ait le pouvoir de lui accorder des dispenses.

Art. 45. Les élèves refusés à un examen de fin d'année recommencent l'année et, avec elle, tous les examens de fin de mois.

Art. 46. Les notes obtenues aux examens de fin de mois influent sur la note accordée à l'examen de fin d'année, et la note obtenue à l'examen de fin d'année influe à son tour sur celle de l'examen récapitulatif correspondant. Un règlement spécial déterminera dans quelle mesure cette influence doit se faire sentir.

Art. 47. Les élèves reçus à leur cinquième de licence deviennent par cela même licenciés. Ils reçoivent un diplôme qui le constate, et jouissent dès ce moment de toutes les prérogatives attachées à ce grade, sans être tenus, comme d'après les règlements précédents, de passer une thèse.

Art. 48. Tout licencié en médecine qui veut acquérir le grade de docteur présente à la Faculté, sous forme de thèse, non une compilation, mais un travail original, comme aujourd'hui pour le doctorat ès sciences.

Art. 49. Nul ne peut être admis à subir les examens finaux ou de licence, s'il n'a subi d'abord tous les examens mensuels et annuels exigés par la présente loi.

Art. 50. Tout élève qui aura été rejeté quatre fois au même examen annuel ou de licence sera exclu de la Faculté et ne pourra plus prendre le grade de licencié, à moins qu'il ne recommence ses études à partir de la première année.

TITRE VIII. — *Des inscriptions et des frais d'examen.*

Art. 51. Les inscriptions trimestrielles sont abolies; elles sont remplacées par une inscription annuelle et gratuite.

Art. 52. Les examens sont tous gratuits.

Art. 53. Le diplôme et le certificat d'aptitude sont délivrés gratuitement.

Art. 54. L'examen relatif à la thèse de doctorat est gratuit; mais les frais d'impression de la thèse sont à la charge de l'élève, à moins que la Faculté ne décide, vu l'excellence du travail, que ces frais d'impression seront remboursés.

TITRE IX. — *Du nombre des Facultés et de leur siége.*

Art. 55. Il n'existe en France qu'une seule Faculté de médecine.

Art. 56. Cette Faculté siége à Paris.

Art. 57. La Faculté de Montpellier est supprimée. Les professeurs titulaires ou agrégés près cette Faculté qui ne recevront aucune compensation, continueront à toucher leur traitement jusqu'à l'expiration naturelle de leurs fonctions. Ils ne seront pas remplacés.

Art. 58. Les Écoles préparatoires de médecine sont supprimées. Les professeurs près lesdites écoles, comme ceux des Facultés supprimées, continueront à toucher leur traitement jusqu'à l'expiration naturelle de leurs fonctions.

TITRE X. — *De l'enseignement privé.*

Art. 59. L'enseignement privé est absolument libre.

Art. 60. Les élèves de l'enseignement privé sont tenus, comme ceux qui suivent les cours de la Faculté, de s'inscrire tous les ans à la Faculté, et de subir les examens mensuels, annuels et de licence. s'ils veulent acquérir le grade auquel ces examens donnent droit.

Art. 61. Toutes les lois et tous les règlements antérieurs sont abrogés en ce qu'ils ont de contradictoire avec la présente loi.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

165. Barois. Des accidents cérébraux dans le rhumatisme articulaire aigu.

166. Gloagen. Des complications du côté de l'urèthre chez l'homme dans les fractures de l'arcade du pubis.

167. Millotianu. Quelques considérations sur le pronostic des fractures par armes à feu, étudié comparativement chez l'homme et chez la femme.

168. Baratier. De la coxalgie des enfants; de l'immobilisation dan la gouttière de Bonnet (de Lyon.)

169. Derlon. De l'influence du progrès des sciences sur la thérapeutique.

170. Mathelin. Quelques considérations physiologiques sur ce que l'on doit entendre par mort et mort apparente.

171. Planque. De l'indication; son rôle et ses sources.

172. Bach. Essai sur l'orchite parotidienne et rhumatismale.

173. Peynaud. De l'infiltration urineuse.

174. Carette. Quelques considérations sur les accidents nerveux qui peuvent compliquer la maladie de Bright.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôtel-Dieu de Marseille. — Le 25 mars prochain un concours s'ouvrira pour deux places de chirurgien-adjoint.

Le 8 avril, concours pour deux places de médecin-adjoint.

Hôpitaux de Lille. — A la suite d'un concours ont été nommés :

Chirurgiens-adjoints : MM. Paquet et Folet.

Médecins-adjoints : MM. Hallez et F. Castelain.

— A céder, bonne clientèle de médecin et pharmacien réunis, dans le département du Loiret, arrondissement de Pithiviers. — Produit moyen ; 15,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité de pathologie interne, par le docteur JACCOUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Lariboisière, etc. Tome IIe, 2e et dernière partie. 1 vol. in-8° accompagné de planches en chromolithographie. — Prix de ce vol.: 7 francs. Prix de l'ouvrage complet : 25 francs.

Traité élémentaire de chirurgie, par le docteur FANO, professeur à la Faculté de médecine de Paris. Tome second, 2e partie, avec figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. Prix de l'ouvrage complet : 25 francs.

Dictionnaire de la langue française, par E. LITTRÉ (de l'Académie française). — La 26e livraison (SCI-SOU) vient de paraître. — Prix : 3 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 11. — SAMEDI 27 JANVIER 1872 | 45e ANNÉE | SAMEDI 27 JANVIER 1872. — N° 11.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Stomatite érythémateuse. Démence simple primitive. — Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie (M. Panas). — Empoisonnement accidentel par le sulfate neutre d'atropine en collyre, dans un cas de névralgie larvée de la 5e paire. Guérison (M. Prunac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés. — Nouvelles. — Petite correspondance.

Paris, le 26 janvier 1872.

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux

Mon cher directeur,

Voulez-vous me permettre de porter à la connaissance de vos abonnés de Paris, sous le couvert de la *Gazette des Hôpitaux*, la détermination que je viens de prendre, après mûre réflexion, de me désister de la candidature qu'on m'a fait l'honneur de m'offrir pour la vice-présidence de l'Association de la Seine.

Dans ma lettre à M. de Ranse, insérée dans le numéro de mardi dernier, où j'ai déclaré accepter cette candidature, j'ai fait des réserves expresses pour le cas où, avant le scrutin, il me serait démontré qu'elle pourrait devenir réellement une cause ou une occasion de dissentiment et de discorde entre les membres d'une association dont la concorde doit être la première condition.

J'ai appris, en effet, que mon élection, au cas où elle aurait eu lieu, aurait pu faire naître, dans l'esprit d'un certain nombre de membres, des inquiétudes réelles, en créant à leurs yeux une division véritable là où, jusqu'à présent, avait régné une parfaite harmonie. N'y eût-il à ces craintes que des motifs peu fondés, comme je l'ai cru jusqu'à présent et comme je suis disposé à le croire encore, du moment où ma persistance leur donnerait seulement l'ombre d'un prétexte, mon attachement pour les intérêts de l'association me fait un devoir de me retirer ; laissant à l'avenir le soin de résoudre, par une étude et une discussion calmes, une question que e scrutin eût tranchée peut-être, dans le sentiment de quelques-uns, avec les apparences de la passion.

Je prie M. de Ranse, qui a eu l'initiative de la proposition de ma candidature, ceux de mes collègues de la presse médicale qui l'ont appuyée en termes beaucoup trop flatteurs pour moi, et vous-même qui vous en êtes fait le patron bienveillant, ainsi que tous ceux de mes confrères qui, à ma connaissance ou à mon insu, auraient eu l'intention de voter pour moi, d'accepter mes excuses et tous mes remercîments pour ce témoignage d'estime dont il me restera toujours un précieux souvenir.

Votre tout affectionné

Dr BROCHIN.

La candidature de M. Brochin représentait un principe : ce principe reste debout ; son triomphe seul est retardé par la détermination de notre très-honorable ami. A la presse, par sa discussion calme et loyale, de détruire les barrières opposées au développement libéral de notre chère Association.

Dr E. L.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Stomatite érythémateuse.

M. le professeur Lasègue, dans une de ses leçons cliniques de la Pitié, au sujet d'un cas de stomatite érythémateuse, qui sera rapporté plus bas, a exposé devant ses élèves les considérations qui suivent sur les rapports des éruptions de la peau avec celles des muqueuses.

Il n'est pas démontré que les affections éruptives qui se développent sur la peau puissent se propager jusqu'aux membranes muqueuses situées profondément et inaccessibles à la vue. En revanche, il est certain que les éruptions cutanées n'épargnent pas les membranes muqueuses qui confinent à la peau. Les grandes fièvres exanthématiques, comme la rougeole et la scarlatine, débutent par un enanthème ; les pustules de la variole occupant la bouche et l'arrière-gorge ont accompli leur évolution et disparu, sans laisser de traces, bien avant que les pustules de la face aient atteint leur maturité. Les angines syphilitiques reproduisent toutes les diversités des éruptions secondaires et tertiaires.

Quand la maladie frappe à la fois la peau et la membrane muqueuse, le diagnostic est sans difficulté ; il est également facile lorsque la lésion s'étend successivement d'une surface à l'autre, quel que soit l'ordre de succession. Le jugement devient délicat et sujet à controverse dans les cas où l'éruption porte exclusivement sur la membrane muqueuse. Les exanthèmes soint loin de fournir des caractères distinctifs aussi précis que ceux dont nous profitons pour l'étude et le classement des exanthèmes. Il suffit de se référer à la variole. Tandis qu'à la peau chacun des stades de la pustule présente un aspect significatif, sur le voile du palais, où l'observation est si aisée, la pustule garde du commencement à la fin l'apparence d'une élevure blanchâtre ; les variations qu'elle subit nécessairement nous échappent, et nous ne retrouvons même pas de cicatrice appréciable.

Parmi les affections éruptives qui prennent siége dans la cavité bucco-pharyngienne, les unes n'occupent que le pharynx, les autres s'étendent dans toute la cavité, d'autres, en moindre nombre, se limitent à la bouche. Tel est le cas des aphthes,

éruption encore mal connue malgré sa fréquence, et qui ne se propage jamais au delà de l'isthme.

Le fait suivant présente de l'intérêt, justement parce que la lésion resta circonscrite à une portion de la muqueuse buccale. Nous le rapporterons, en y joignant une courte épicrise :

La nommée N..., cuisinière, âgée de 47 ans, entre dans notre service (salle Saint-Charles, n° 3) le 5 décembre 1871. Cette femme, d'une constitution robuste, déclare n'avoir jamais subi de maladie qui l'ait forcée de s'aliter ; elle n'est sujette à aucune incommodité diathésique et n'a, en particulier, éprouvé ni rhumatismes, ni douleurs rhumatismales.

Il y a douze jours, elle fut prise subitement d'une diarrhée, qu'elle qualifie de dysenterie, mais qui ne présente aucun des caractères de cette dernière affection. Les évacuations étaient fréquentes, abondantes, précipitées ; elles étaient suivies de vives douleurs anales.

A la diarrhée, qui ne dura pas au-delà de 48 heures, succéda du frisson d'abord, puis une fièvre assez intense pour que la malade dût prendre le lit. La soif et l'ardeur de la bouche, qu'elle attribuait au malaise fébrile, étaient surtout incommodes.

L'ardeur de la bouche devint de plus en plus âpre. La sécheresse fut remplacée par une sialorrhée assez profuse pour que la malade mouillât plusieurs serviettes dans le cours de la journée et de la nuit ; la douleur augmentait rapidement, les mouvements de la mâchoire étaient devenus impossibles. L'haleine était, dit-elle, fétide, la saveur de la bouche insupportable.

A son entrée, nous constatons les phénomènes suivants :

La portion inférieure de la face est bouffie, les lèvres sont tuméfiées ; la bouche, à peine entr'ouverte, laisse couler un mucus filant et d'une odeur nauséeuse. La pression, au niveau des joues, est douloureuse ; le moindre effort pour mouvoir la mâchoire inférieure provoque une notable souffrance que la malade exagère probablement dans la crainte qu'on exige d'elle un mouvement plus étendu.

Les amygdales ne font pas de saillie au dehors. Aucun des ganglions du cou n'est affecté ; la pression à la région sous-maxillaire est indifférente. La malade déclare d'ailleurs qu'elle n'a jamais eu mal à la gorge, et que si la déglutition est gênée c'est parce qu'elle l'oblige à une contraction des joues.

En ouvrant la bouche, à l'aide d'une spatule, on constate une rougeur ardente de la muqueuse buccale s'arrêtant au niveau du voile du palais, qui conserve sa coloration normale et sa mobilité ; la langue, recouverte d'un enduit blanchâtre et comme macérée, n'est pas augmentée de volume ; les gencives, enduites d'une couche jaunâtre, facile à absterger avec un linge, ne sont ni épaissies, ni boursoufflées ; la sertissure des dents est nette au bord des incisives et des canines.

Sur la lèvre inférieure, il existe, de chaque côté de la ligne médiane, une large plaque d'un blanc jaunâtre autour de laquelle la muqueuse, desquamée, forme une sorte de bourrelet. La sécrétion pseudo-membraneuse est adhérente et ne s'enlève pas par le frottement ; des plaques plus étendues et plus épaisses en apparence, occupent la face interne des joues, surtout au voisinage des grosses molaires. Une d'elles semble soulevée à son bord antérieur, mais l'examen est trop douloureux pour qu'on puisse le prolonger.

La malade est pâle, fatiguée par plusieurs nuits d'insomnie, par la privation de nourriture. Constipation. Pouls 100. Température 38°1.

L'état des dents et des gencives excluait tout soupçon d'une stomatite hydrargyrique. La malade, d'ailleurs, n'avait pas appelé de médecin et s'était soignée elle-même par quelques boissons chaudes.

Toute autre forme de stomatite, débutant par les gencives ou concentrant sur cette partie de la bouche son action, devait être également éliminée.

Une substance irritante quelconque, en supposant qu'elle eût été employée par erreur à titre de gargarisme, n'aurait pas épargné la langue, le voile du palais, pour concentrer ses effets sur une partie circonscrite de la muqueuse buccale.

La supposition d'une stomatite éruptive se présentait naturellement à l'esprit ; mais de quelle nature pouvait être cette éruption ?

La scarlatine n'affecte pas ainsi les parois de la bouche à l'exclusion de l'arrière-gorge ; elle ne provoque jamais, même dans les formes les plus graves, la sialorrhée persistante que nous constations et dont le début remontait à près de huit jours.

Interrogée avec insistance sur la première phase de l'affection, la malade se souvint qu'elle avait aperçu des rougeurs disséminées sur la peau et auxquelles elle n'avait pas attaché d'importance, n'éprouvant tout au plus qu'une démangeaison insignifiante.

Les rougeurs auraient apparu en même temps que se déclarait la stomatite et auraient duré deux ou trois jours au plus.

En examinant la surface de la peau, on constate qu'elle est pâle généralement, mais qu'elle présente par places des traces évidentes de desquamation, surtout à la partie inférieure de l'abdomen, sur la poitrine, à la partie externe des cuisses, où l'épiderme est tantôt soulevé, tantôt détaché dans une assez large étendue. Il existe aux jambes une coloration rosée qui blanchit sous la pression du doigt. Pas de desquamation à la paume des mains ou à la plante des pieds.

Le diagnostic : stomatite érythémateuse, scarlatiniforme, commandait le traitement, qui consista dans l'usage de collutoires légèrement astringents, en ayant soin de s'abstenir de toute cautérisation et de tout remède irritant.

Sous l'influence de la médication, les plaques perdirent leur coloration jaunâtre, elles diminuèrent d'épaisseur et s'effacèrent en laissant voir au-dessous une membrane muqueuse dépouillée d'épithélium et violacée.

Le 10 décembre, il ne restait plus que de la bouffissure de la muqueuse, qui avait pris une couleur lie de vin. En quelques points, de petites ulcérations superficielles disséminées, dont deux à la pointe de la langue. La sialorrhée a diminué, mais la douleur persiste assez vive.

Le 13 décembre, la salivation a cessé presque complétement ; la douleur est supportable, l'alimentation lactée est devenue possible ; la malade se plaint d'un peu de mal de gorge ; les piliers antérieurs, le gauche surtout, qui confinait à une large plaque, est rouge et un peu tuméfié. Pas de fièvre, température normale.

Le 15, le mal de gorge a disparu ; le 22, la malade quitte volontairement l'hôpital, n'accusant plus que quelques sensations incommodes et pouvant se nourrir, sans souffrances, d'aliments solides (1).

Dans ce cas simple dans sa marche et dégagé de toute complication, l'exanthème érythémateux quel qu'il soit a offert cette particularité que, contemporain de l'enanthème buccal, il a été à la fois moins intense et moins durable.

---

(1) Observation recueillie par M. Brocard, externe du service.

La diarrhée initiale, soudaine, douloureuse, guérissant spontanément, peut-elle être attribuée à une localisation passagère de l'érythème dans une portion du gros intestin ?

Démence simple primitive.

Il s'est présenté, dans le service de M. le docteur Berthier, à l'hospice de Bicêtre, un cas de démence simple primitive, qu'il nous a paru intéressant de mettre sous les yeux de nos lecteurs, comme un fait rare et tout à fait exceptionnel. Voici l'observation dont il s'agit, qui a été recueillie et qui nous a été communiquée par M. Humblot, élève du service.

B..., cordonnier, âgé de 35 ans, est un excellent sujet, sobre et tempérant, sans antécédents syphilitiques, indemne d'influence héréditaire et de toute autre diathèse. Il n'avait, jusqu'au mois de juin dernier, manifesté rien d'extraordinaire dans sa conduite, n'accusant qu'une maladie des yeux antérieure.

Au milieu du mois de juin, on s'aperçut qu'il était soucieux, apathique, relâché dans son travail, faisant en quatre jours ce qu'il faisait auparavant en un seul, fournissant de l'ouvrage mal soigné qui ne ressemblait en rien à celui d'autrefois. On se décida à l'amener à Paris pour consulter un médecin. On le perdit de vue un instant pour le laisser satisfaire à un besoin, et ceux qui l'amenaient ne le revirent plus. Il s'était égaré. Examiné par la préfecture de police, on lui délivra un certificat ainsi conçu : « Le nommé B... est affecté d'imbécillité; pas de conscience de ses actes; perte de la mémoire. Aurait été, à son dire, amené de Seine-et-Marne à Paris pour être placé. » On le conduit de là à Sainte-Anne. Le certificat de cet asile porte : « imbécillité, perte de la mémoire, apathie, affaiblissement intellectuel. »

A son arrivée à Bicêtre, le 5 septembre, on constata une sorte de stupeur, une demi-hébétude, des réponses par signes ou monosyllabes à toutes les questions. Il fallait lui arracher les paroles les unes après les autres. Il se sent bien portant, du reste. A première vue, sa santé n'est nullement altérée; la langue est bonne, l'appétit conservé, le teint assez frais. Les pupilles n'offrent rien d'anormal; la sensibilité cutanée est légèrement émoussée. Seulement la mémoire est affaiblie; il ne se rappelle ni ce qu'il a fait chez lui, ni le motif pour lequel il est venu à Paris, ni comment il s'y est perdu. Il manque totalement de spontanéité, recherche la solitude, et reste seul des heures entières sur un banc, les mains dans les poches et la face tournée vers la terre, ne pensant à rien, comme il l'avoue lui-même, et indifférent à sa position comme à ce qui a lieu autour de lui. D'autres fois, il se promène, toujours dans le même sens, soit autour d'un arbre, soit dans une allée ; tendance à des tics qui a été de tout temps considérée par les aliénistes comme de mauvais augure.

Dans les examens ultérieurs, ces symptômes deviennent de plus en plus évidents. B... végète dans une apathie complète ; il ne veut absolument rien faire, sous prétexte que son œuvre serait infructueuse ; mis en demeure de prouver son activité, il se montre incapable de se servir de ses mains ; il passe la moitié du jour à tourner autour des massifs de la cour comme un animal dans sa cage, ou à errer au milieu de ses camarades. Le soir, il ne peut retrouver ni son dortoir ni son lit. Conduit au jardin, il disparaît : on le retrouve à l'une des extrémités, blotti dans un coin. L'état physique continue à être bon depuis deux mois de séjour dans notre asile. Transféré en province le 24 décembre 1871, il a quitté Bicêtre dans la même situation.

A n'en pas douter, ce malade offre tous les signes de la démence. Or la démence simple, se formant d'emblée, en deux mois de temps, chez un homme de 35 ans, ne possédant aucun titre héréditaire, est rare, même exceptionnelle, à tel point que certains auteurs ont contesté son existence.

M. Foville fils (*Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*) s'exprime ainsi : « La démence primitive n'existe guère en dehors de la paralysie générale et du grand âge. Si donc on apprend, dans un cas douteux, que les symptômes de la démence se sont manifestés d'emblée, avec toute leur intensité, sans perversion mentale antérieure, l'on devra soupçonner la simulation. » — « La démence (Falret, *Maladies mentales*) est plutôt une dégénération grave qu'une forme primitive de la folie. » — « La démence peut aussi débuter sans avoir été précédée de folie (Broussais, *De l'irritation et de la folie*). »

Le malade qui fait le sujet de cette observation aurait-il pu guérir? Nous avons cherché en vain à stimuler son intelligence et son corps : il n'a jamais répondu à nos sollicitations que par une inertie désespérante. Aussi l'avons-nous vu partir avec une certaine satisfaction, dans la pensée qu'un changement de milieu et que les secousses d'un voyage pourraient déterminer une perturbation favorable. Car si la guérison de la démence est une chose exceptionnelle, elle n'en a pas moins été constatée. En effet, après avoir cherché longtemps dans les recueils ou dans les traités, nous avons fini par découvrir trois cas de démence qui avaient parfaitement guéri. Le premier se trouve inséré dans la *Gazette de santé*, année 1785, n° 22, page 85 : il s'agit d'un homme de 70 ans, qui recouvra l'exercice entier de ses facultés intellectuelles à la suite d'une fièvre putride et maligne, et vécut ensuite sept à huit années jouissant d'un entendement parfaitement sain. Le second cas, qui se trouve dans Guislain, est reproduit dans les *Annales médico-psychologiques* de 1850, tome II, page 77. Le troisième a été lu par M. Bouisson à l'Académie de médecine de Paris, le 2 octobre 1860. M. le docteur Berthier nous a dit en avoir vu un semblable, alors qu'il était interne à l'asile d'aliénés d'Auxerre, chez une femme Masson, qui revint à la raison, dont elle était privée depuis de longues années, avec le développement d'une phthisie galopante mortelle. Inutile d'ajouter que nous faisons abstraction des démences paralytiques, exceptionnelles également, que l'on trouve consignées dans quelques auteurs spéciaux, et qui presque toujours avaient dû leur terminaison pour ainsi dire miraculeuse à des maladies intercurrentes.

COMPTE RENDU

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PENDANT L'ANNÉE 1870

Par M. PANAS, secrétaire.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 17 janvier 1872.)

Messieurs et chers collègues,

Au milieu des épreuves douloureuses que nous venons de traverser, malgré les privations physiques et morales de toutes sortes, malgré le bombardement, malgré les devoirs multiples et impérieux que chaque nouvelle bataille imposait aux membres de la Société de chirurgie, celle-ci, fidèle à son passé, n'a pas interrompu ses travaux, en donnant ainsi un nouveau témoignage de sa vitalité et de son amour pour la science.

Dans le mouvement de rénovation qui va s'emparer de la nation

surprise par le malheur, mais moins abattue que ne le voudraient ses implacables ennemis, la Société de chirurgie se fera un devoir d'y coopérer dans sa sphère, afin que le prestige de la science française survive à la haine et à l'injustice de nos confrères d'outre-Rhin.

Pour cela, nous nous attacherons à faire de chaque hôpital une école, et de la Société de chirurgie l'un des centres de notre activité scientifique.

Avant de vous parler de vos travaux pour l'année 1870, permettez-moi, messieurs, de vous remercier au sujet de la bienveillance que vous n'avez cessé de me témoigner dans mes fonctions de secrétaire, dont je conserverai le meilleur souvenir.

Parmi les affections osseuses qui ont l'attiré l'attention des chirurgiens dans ces dernières années, le sclérose phosphorée du maxillaire est une des plus curieuses au point de vue de l'ostéophyte caduc, qui accompagne le sequestre, et des plus intéressantes pour la médecine opératoire.

Notre collègue M. Trélat, en vous faisant connaître un nouveau cas, a insisté, d'accord en cela avec M. Lailler, sur l'inopportunité d'une intervention chirurgicale hâtive, alors que M. Guérin croit que, pour des cas donnés, cette intervention devient impérieuse; preuve, un fait de syalorrhée excessive qu'il nous a communiqué, et pour lequel l'ablation du maxillaire fut suivie d'un plein succès.

A cette occasion, l'utilité des appareils dentaires prothétiques fut agitée, et de cette discussion il en est résulté, croyons-nous, que si ces appareils sont loin d'imiter la nature, il n'en offrent pas moins des avantages réels au point de vue de la mastication et de l'exercice de la parole.

Une question non moins importante que la précédente, et qui, par cela même, jouit du privilége de se présenter périodiquement à cette tribune, est relative à l'utilité du trépan dans le traitement des plaies de la tête.

MM. Sedillot, Legouest et Tillaux vous ont entretenu de ce sujet, sur lequel la division règne encore parmi les chirurgiens, et ce qui le prouve le mieux, c'est que l'Académie n'a pas craint de donner, pour prix de concours, tout dernièrement encore, « l'étude expérimentale des accidents cérébraux traumatiques. »

Nous terminerons ce qui a trait aux lésions du squelette, en rappelant le travail historique de M. Letenneur, de Nantes, sur la suture des os; une observation de fracture double du maxillaire inférieur traitée par la suture et due au même chirurgien; un cas intéressant d'exostose du sinus frontal opéré par M. Verneuil; enfin, un exemple de reproduction du maxillaire inférieur atteint de nécrose, que nous devons à M. Lecousturier.

Le contingent fourni par les lésions musculaires se trouve réduit, pour cette année, à deux observations avec planches photographiques représentant la hernie par effort du muscle premier adducteur de la cuisse; c'est à notre collègue M. Dauvé que nous en sommes redevables.

Les cas nombreux de tétanos traumatique observés pendant la guerre sont venus prouver combien la Société avait eu raison de s'intéresser à cette question, lorsque M. Verneuil lui communiqua sa première observation de guérison par le chloral. Malheureusement les faits observés depuis ne sont pas venus confirmer les espérances qu'on avait conçues au sujet du nouvel agent thérapeutique; mais la discussion relative à la nature et à la pathogénie du tétanos n'est pas moins digne d'être résumée en quelques mots.

Pour MM. B. Séquard, Verneuil et Liégeois, le tétanos serait une exagération du pouvoir excito-moteur de la moelle, par suite d'incitations répétées que le centre médullaire reçoit des nerfs de la plaie. M. B. Séquard ajoute à cela, que non-seulement les incitations en question peuvent être indolores et inconscientes, mais qu'il y aurait même antagonisme entre celles-ci et l'élément douleur. Le côté faible de cette théorie, fondée d'ailleurs sur des données physiologiques exactes, c'est qu'elle ne nous explique point comment il se fait qu'à un moment donné plutôt qu'à un autre, sans changement apparent du côté de la plaie, celle-ci se mette à inciter la moelle.

Que dire, d'ailleurs, de l'influence si évidente du froid et de certaines localités qui y prédisposent d'une façon incontestable!

On a parlé aussi, dans le cours de la discussion, d'une intoxication tétanique produite par la résorption d'un produit septique à la surface de la plaie; mais c'est là une hypothèse qui ne se fonde sur rien et qui, d'ailleurs, ne s'accorde point avec la localisation des lésions dans certains centres de la moelle, ainsi que cela a été constaté dans le tétanos par les anatomo-pathologistes les plus compétents et par notre savant collègue M. Broca.

Les plaies de guerre, dont nous avons eu une si longue et si triste expérience, ont provoqué plusieurs communications intéressantes de la part de MM. Larrey, Giraldès, Verneuil, Blot, Boinet, Houel, etc.

Parmi les tumeurs, nous aurons à signaler en particulier :

Un cas de grenouillette chez un nouveau-né, guérie à la suite de l'excision, par M. Blot.

Une tumeur pulsatile de la racine de la cuisse, présentée par M. Bourgeois, d'Étampes.

Un cancer hématique du testicule, opéré par M. Notta, de Lisieux.

Un polype volumineux, en chou-fleur, du larynx, extrait par M. Krishaber.

Une tumeur strumeuse volumineuse du cou, dont M. Broca put faire l'extirpation avec succès, et au sujet de laquelle la Société avait engagé une discussion intéressante.

Un kyste de l'ovaire, opéré en ville par notre regretté collègue Liégeois, lui fournit l'occasion d'employer avec succès les courants électriques pour rappeler à la vie sa malade, qui allait périr sous l'influence de l'inhalation chroroformique.

M. Joüon, de Nantes, dans une note qui vous a été lue par M. Guyon, insiste sur un procédé d'opération pour les kystes ovariques adhérents, consistant à l'ouverture de la poche, avec suture des parois du kyste et des lèvres de la plaie abdominale.

A en croire le récit qu'il fait de son opérée, il est à craindre qu'il ne s'agisse là d'une opération fort périlleuse. Toutefois, c'est à l'expérience ultérieure qu'il appartient de se prononcer entre le procédé de M. Joüon et l'ovariotomie *quand même* de quelques autres opérateurs, qui ne manquent de chanter leurs exploits, en les exposant un peu trop sommairement il est vrai, et en négligeant peut-être les lois dévolues à la statistique intégrale des faits par eux observés.

Pour terminer la liste des tumeurs, il nous reste à signaler un cas de tumeur cancéreuse des parois thoraciques par M. Verneuil, et une discussion courte, mais intéressante, sur les abcès périnéphrétiques, à laquelle prirent part MM. Verneuil, Guérin et nous-même.

Les lésions des vaisseaux ont souvent rempli vos séances.

Bien que la compression digitale constitue un véritable progrès dans le traitement des anévysmes, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre d'entre eux échappent à cette méthode, soit que la solidification de la poche reste inachevée, soit que la compression digitale ne puisse être supportée par le malade. Cette méthode exige en outre le concours de plusieurs aides instruits qu'on n'a pas toujours à sa disposition, et, pour toutes ces raisons, on doit accueillir avec satisfaction les tentatives heureuses faites dans une autre direction; nous voulons parler du traitement par la flexion continue ou intermittente du membre malade.

M. Verneuil est venu nous apporter un fait de guérison obtenu de la sorte pour un anévrysme poplité, et ce cas, rapproché de celui de M. Legouest, de ceux relatés dans la thèse de M. Stopin et dans le travail de M. Fischer (de Prague), témoignent de l'efficacité réelle de ce mode de traitement des anévysmes.

Les rapports entre les hémorrhagies *consécutives* et certaines lésions viscérales préexistantes préoccupent à juste titre le clinicien. Notre collègue, M. Verneuil, sous le nom d'*hépatite miliaire chronique*, nous fit connaître une variété particulière de la suppuration du foie pouvant se lier avec l'apparition d'une hémorrhagie tardive par la plaie.

Le voisinage de grosses collatérales a été considéré généralement comme devant exposer à des hémorrhagies, lors de la chute d'une ligature appliquée sur le tronc principal de l'artère. M. Giraldès considère cette assertion comme sujette à caution, et, pour le prouver, notre collègue rappelle que, sur un total de 78 ligatures de grosses artères, on ne compte qu'un seul cas d'hémorrhagie due à cette cause. Ce chiffre se décompose d'ailleurs : en ligatures de la carotide externe, 36; ligatures de l'iliaque externe, 35; et ligatures de l'hypogastrique, 7; de sorte que, si la présence des collatérales était véritablement un danger, c'est en pareils cas qu'on devrait surtout l'observer, puisque la collatérale n'est autre ici que le tronc de bifurcation lui-même.

(*A suivre.*)

EMPOISONNEMENT ACCIDENTEL

PAR LE SULFATE NEUTRE D'ATROPINE EN COLLYRE, DANS UN CAS DE NÉVRALGIE LARVÉE DE LA CINQUIÈME PAIRE. GUÉRISON (1).

Par le docteur PRUNAC, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Arrivons maintenant à l'étude de la complication survenue chez notre malade; nous insisterons davantage sur ce point, qui présente un tout autre intérêt. Le diagnostic n'était pas douteux. Nous nous trouvions en face d'un empoisonnement par l'atropine, caractérisé par divers symptômes, tels que sécheresse de l'arrière-gorge, dilatation excessive des pupilles, prurit à la peau, fièvres, troubles de la vision, phénomènes nerveux, etc. Ajoutons à cela l'apparition *brusque* des accidents que nous venons d'énumérer.

A quelle cause rapporter ces troubles divers se montrant dans des conditions tout à fait exceptionnelles, si ce n'est à l'emploi du collyre qu'on avait prescrit dès les premiers jours? Ces faits sont, à la vérité, fort surprenants, si l'on compare le petit nombre de cas d'atropisme dont il est fait mention dans les auteurs à l'usage fréquent que l'on fait de cette substance dans la thérapeutique des affections oculaires. Il suffit pourtant qu'on les observe quelquefois pour surveiller attentivement l'emploi de ce moyen. Doit-on admettre chez ce malade une idiosyncrasie, une prédisposition toute particulière en vertu de laquelle l'absorption du médicament par la conjonctive a été plus facile que chez d'autres sujets? Nous ne le croyons nullement. La dose un peu élevée de l'atropine, l'emploi souvent répété du collyre, suffisent pour expliquer les symptômes d'empoisonnement.

Nous le répétons, ces faits sont exceptionnels; c'est à peine si l'on en retrouve quelques exemples dans les ouvrages et les traités de toxicologie.

Dans le *Bulletin de thérapeutique*, il est question d'accidents graves survenus après l'instillation de quelques gouttes d'un collyre contenant *cinq* centigrammes d'atropine sur *trente* grammes d'eau distillée (2). Ce cas prouve d'une façon péremptoire combien est grande l'action toxique de l'atropine. M. Tardieu, dans son *Traité de l'étude médico-légale de l'empoisonnement*, cite une observation d'atropisme provoqué par l'application d'un emplâtre belladoné (3); mentionnons aussi deux cas bien dignes d'intérêt, observés l'un par Taylor, l'autre par le docteur Ploss. Dans le premier, il s'agit d'un empoisonnement rapide à la suite d'une ingestion de *dix* centigrammes d'atropine; le second a trait à des symptômes d'atropisme ayant amené la mort deux heures après l'application, sur la surface dénudée, d'un vésicatoire, d'une pommade renfermant *quinze* centigrammes de sel atropique (1).

A quelles doses l'alcaloïde de la belladone peut-il occasionner des accidents sérieux? Rien n'est plus variable, et il existe à ce sujet des divergences considérables dans l'action de ce médicament; nous en trouvons, du reste, la preuve dans les cas cités plus haut. La puissance toxique de cet agent médicamenteux varie avec chaque sujet, avec l'âge et surtout avec le mode d'absorption. C'est ainsi que l'atropine ingérée par l'estomac agit plus rapidement, et cela à doses moins élevées, qu'en frictions sur la peau. Mais c'est surtout par la méthode hypodermique que les symptômes d'empoisonnement apparaissent en peu de temps avec une gravité et une intensité notables.

Les expériences physiologiques faites sur les animaux ont démontré, en effet, que, dans certains cas, quelques doses insignifiantes d'atropine (de *deux* à *cinq* milligrammes), introduites dans le tissu cellulaire sous-cutané, avaient suffi pour amener la mort en quelques heures. Les propriétés mydriatiques si grandes de cet alcaloïde, et surtout la rapidité de son absorption par la méthode sous-cutanée, ont été utilement employées dans les expertises médico-légales.

Étudions, en terminant, les divers moyens thérapeutiques qui ont été tour à tour mis en usage dans les cas d'intoxication par l'atropine. Quelle devra être la ligne de conduite du médecin appelé auprès d'un malade qui présente tous les symptômes caractéristiques de cet empoisonnement?

La première indication consiste, si le poison a été ingéré par l'estomac, à recourir aux évacuants; les vomitifs et purgatifs pourront, dans quelques cas, remédier aux accidents et amener la cessation rapide des effets toxiques de l'alcaloïde. Dans le but de neutraliser l'action de l'atropine, on a aussi employé avec plus ou moins de succès certaines préparations pharmaceutiques, telles que l'eau iodurée, l'iodure ioduré de potassium, le tannin, le café, le thé, etc., etc. Ces diverses substances en se combinant avec le poison formeraient des composés insolubles.

De tous les agents médicamenteux, l'opium est sans contredit celui qui, jusqu'à ces derniers temps, a joué le plus grand rôle dans la thérapeutique des empoisonnements par la belladone et son principe actif. La notion des effets myosotiques de cette substance, comparés aux effets mydriatiques de l'atropine, avait fait considérer la première comme un antidote spécifique de la seconde. Depuis lors, des faits nombreux sont venus détruire cette opinion. L'antagonisme qu'on avait reconnu à ces deux médicaments, au point de vue de l'empoisonnement, est contesté par la plupart des auteurs. Pour notre part, et malgré l'emploi de l'opium dans le cas qui nous occupe, nous ne croyons pas qu'on doive lui accorder une grande valeur, persuadé du reste que, dans la généralité des cas, l'empoisonnement par l'atropine a le plus souvent une issue favorable.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1870. — Présidence de M. BLOT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les journaux de la semaine.— La *Gazette des hôpitaux*; — *L'Union*

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 janvier 1872.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, t. XLIV, p. 84.
(3) *Étude médico-légale et clinique de l'empoisonnement*. Tardieu, p. 754.

(1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Orfila, t. VII, p. 213.

médicale; — La *Gazette hebdomadaire;* — L'*Art dentaire;* — Le *Journal de médecine* de l'Ouest; — Le *Montpellier médical.*

— *Rapport sur le service militaire de santé dans la ville du Mans,* par le docteur Mordret.

M. TRÉLAT fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *l'Hôtel-Dieu durant le conseil municipal.*

M. LARREY offre à la Société le Discours qu'il a prononcé aux obsèques de Longet.

NÉCROLOGIE

Le professeur Friedrich Jaeger, membre associé étranger, est mort le 26 décembre 1871, à l'âge de 88 ans. Né le 4 septembre 1784, Jager étudia d'abord à Wüzburg, puis à Vienne et à Laudshut, et c'est dans cette dernière université qu'il fut reçu docteur en médecine et en chirurgie à l'âge de 22 ans. En 1812, il se fixa à Vienne, et s'adonna à l'étude et à la pratique de l'ophthalmologie. Son enseignement était très-suivi; parmi ses nombreux élèves, il faut citer Sichel père, qui fut longtemps son assistant. Opérateur habile, il pratiquait encore dans un âge avancé les opérations les plus délicates avec une précision et une sûreté de main surprenantes.

Le docteur Preyss a publié une longue notice sur le professeur Jager dans *Œsterreichen zeitschrift für praktische Heilkunde XVII. Jahrganger,* n° 53.

RAPPORT

Exostose des fosses nasales. — M. DOLBEAU lit un rapport sur une observation d'exostose des fosses nasales du docteur Pamard. Le rapporteur conclut de la manière suivante : adresser une lettre de remerciements à l'auteur et renvoyer l'observation de M. Pamard au comité de publication. (Adopté.)

Après quelques observations de MM. Blot et Trélat, la discussion est remise à quinzaine. Le rapport est renvoyé au comité de publication.

RAPPORT SUR LE PRIX DUVAL.

M. TILLAUX lit un rapport sur les travaux des candidats pour le prix Duval. La commission propose de décerner le prix Duval à M. Vaslin, pour sa thèse intitulée : *Étude sur les plaies par armes à feu.* (Adopté.)

La Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la commission des comptes.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

I. Les eaux minérales dans le traitement des affections utérines, par le docteur FÉLIX ROUBAUD (1).

II. Leçons sur le traitement des maladies chroniques en général et des affections de la peau en particulier, par l'emploi comparé des eaux minérales, etc., par le docteur E. BAZIN, médecin de l'hôpital Saint-Louis (2).

III. Traité de pathologie interne, par M. JACCOUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine, etc. — 2e volume (3).

I

Parmi les différentes branches de la médecine, je ne sais s'il en est beaucoup dont la bibliographie soit plus considérable que celle de la pathologie utérine. Il faut avouer aussi que c'est une des branches les plus productives de l'art de guérir, et que, tant qu'il y aura des négociants en médecine, on verra pleuvoir les petites brochures à l'usage des gens du monde. Si parmi les spécialistes il en est de sérieux, il faut reconnaître aussi que beaucoup d'entre eux ont abusé des cautérisations et du spéculum, et ont su trouver au fond de cet instrument une passagère mais bien fructueuse réputation. Après tout, ces industriels ont compris leur époque. Ils savent que si chaque siècle a eu sa maladie particulière, le XIXe siècle aura été celui des maladies nerveuses et des maladies utérines.

Bien que ce pauvre utérus ait été étudié et torturé sous toutes ses faces, redressé par ceux-ci, brûlé par ceux-là, il est une question qui, jusqu'à ce jour, n'avait pas été traitée d'une façon spéciale, c'est l'*action des eaux minérales dans la pathologie utérine.*

Dire qu'il y a des maladies de l'utérus, c'est n'envisager qu'un côté de la question. L'utérus peut être malade primitivement en tant qu'organe; mais il peut aussi souffrir secondairement, sympathiquement, diathésiquement; de sorte que, si d'un côté il y a des maladies de l'utérus, de l'autre il y a des femmes malades, il y a une constitution viciée.

Contre l'organe malade que fait-on? Des cautérisations, des badigeonnages, des scarifications, etc., etc. On combat une pléthore locale, on détruit des granulations, des ulcérations; mais cela ne suffit pas toujours; il y a un organisme qui réclame des soins spéciaux et généraux.

Et parmi les traitements généraux, la thérapeutique thermale occupe une place importante, et ici encore nous sommes bien exposés à nous rencontrer de nouveau avec une classe industrielle d'une autre espèce. L'Académie de médecine avait jugé le sujet important et l'avait proposé dans un de ses concours annuels.

La question était à peu près neuve, et on peut dire qu'à part des indications éparses dans les petites brochures aquatiques, dont la véracité n'est pas toujours la qualité dominante, tout ou à peu près était à faire à ce sujet. Voilà ce qu'a tenté M. Roubaud dans une petite brochure de 198 pages.

Un mot en passant sur la classification des eaux minérales.

Les chimistes et les pharmaciens ont étudié les eaux dans leur laboratoire, nous en ont donné l'analyse avec quelques variations peu importantes, et ils sont partis de là pour établir une classification qui laisse beaucoup à désirer. Ils n'ont écrit que la préface de la thérapeutique hydro-minérale; ils ont accumulé les matériaux; ils ont, si nous voulons, fait l'anatomie des eaux minérales, comme le disait jadis un de mes compatriotes, Pierre Le Givre (1), mais il fallait marcher encore et envisager la question sous son véritable point de vue.

Ce qu'il faut demander aux eaux minérales pour les classer, ce n'est pas tant leur composition (2) que leurs effets physiologiques et thérapeutiques. Or parmi les eaux, les unes sont *diurétiques,* ce sont les alcalines; les autres sont *purgatives,* ce sont les salines; les autres sont *diaphorétiques,* ce sont les sulfureuses. Or, on s'adressera à telle ou telle de ces eaux, selon qu'on cherchera une *crise* par les urines, par les selles ou par les sueurs. Puis, ces trois grandes classes se subdivisent en sodiques, calciques, etc., etc. Or chacune de ces eaux s'adressant à une diathèse, c'est donc l'élément diathésique qui doit servir de guide au médecin.

C'est surtout à ce point de vue fort original que M. Roubaud a envisagé la question des eaux minérales dans le traitement des maladies utérines. Quoique peu volumineux, le livre de M. Roubaud ne sera pas lu sans intérêt par ceux qui croient aux diathèses, et ils y trouveront des variantes avec les opinions généralement admises.

II

Est-il permis de songer aux diathèses sans que l'attention se

(1) 1 vol. in-18. Chez A. Delahaye. 1870.
(2) 1 vol. in-8. Chez A. Delahaye. 1870.
(3) In-8 de 896 pages, avec figures et planches. Chez A. Delahaye. 1870. — Prix : 13 fr.

(1) Pierre Le Givre, né en 1618, à Charly-sur-Marne, mort en 1684, à Provins, auteur de l'*Anatomie des eaux minérales de Provins,* du *Secret des eaux minérales acides,* de Provins, Spa, Forges, Château-Thierry, Auteuil, etc., traduit en latin, à Amsterdam, en 1682.
(2) *Traité de chimie hydrologique,* etc., par J. Lefort, Victor Masson, 1859.

porte aussitôt sur M. Bazin, qui a défendu cette doctrine avec une éloquente conviction? Voici un nouveau livre de cet auteur qui ne manque ni d'originalité ni de fécondité. Il s'agit encore des *eaux minérales*, mais dans le *Traitement des maladies chroniques en général et des maladies de la peau en particulier*.

D'après M. Durand-Fardel, les maladies chroniques naissent presque toujours d'emblée (1); pour M. Bouchut, elles sont très-souvent la conséquence des maladies aiguës; souvent elles se développent offrant d'emblée la forme chronique; il y a enfin des maladies dont la marche est habituellement chronique (2). On sait la différence que M. Bazin établit entre la *maladie* et l'*affection*. Quant aux maladies chroniques, il les divise en quatre grandes classes :

1° Maladies constitutionnelles;
2° Maladies cachectiques;
3° Maladies diathésiques;
4° Maladies nerveuses ou névroses.

Après quelques considérations générales sur la thérapeutique, dans lesquelles il ne ménage ni les dogmatiques ni les empiriques, il établit les principes sur lesquels repose toute sa thérapeutique, qui s'appuie sur trois choses : la maladie, l'affection, la lésion. Ces principes une fois posés, M. Bazin étudie les eaux minérales en général et leur classification. M. Bazin a sa classification à lui, comme M. Durand-Fardel a la sienne, comme M. Roubaud a la sienne.

M. Bazin établit deux ordres d'eaux minérales. Le premier contient toutes les eaux à minéralisation spéciale, c'est-à-dire constituées par des agents chimiques capables d'influencer la marche des maladies chroniques : ce sont les eaux chlorurées et bromo-iodurées sodiques, les bicarbonatées et les sulfatées.

Dans le second ordre, sont toutes les eaux à minéralisation commune, dont l'action sur les maladies est peu précise et qui ne s'adressent le plus souvent qu'à un symptôme. Ce sont les eaux sulfureuses, les arsénicales, les ferrugineuses et les cuivreuses.

Toutes ces classes sont étudiées successivement avant d'arriver à la partie pratique du livre, c'est-à-dire à la thérapeutique hydrominérale de la scrofule, de l'arthritis, de l'herpetis, de la syphilis, et enfin des cachexies, des diathèses, des névroses.

Au mérite d'être pratiques, tous les livres de M. Bazin en joignent un autre non moins considérable, c'est qu'ils sont écrits avec conviction, et qu'on peut leur appliquer la pensée d'Horace : ils charment et instruisent celui qui les lit.

III

Il y a dix-huit mois, je rendais compte, dans la *Gazette*, du 1er volume de la *Pathologie interne* de M. Jaccoud. Je promettais à cet ouvrage un succès qui a encore dépassé mes prédictions. Le 2e volume vient de paraître, et le 1er volume est déjà épuisé depuis longtemps, malgré les événements désastreux qui ont affligé notre chère France. L'ouvrage est donc complet aujourd'hui en deux volumes, et le premier a été réédité de nouveau, avec additions et modifications.

J'ai dit dans quel esprit M. Jaccoud avait rédigé ce traité de pathologie; je n'ai pas à revenir sur ce sujet. Qu'il suffise de savoir que le deuxième et dernier volume contient la fin des maladies de l'appareil respiratoire, les maladies des appareils digestifs, urinaires et locomoteurs.

Dans la troisième et dernière partie, l'auteur traite des maladies généralisées, c'est-à-dire des maladies infectieuses, comprenant le choléra, les fièvres éruptives, le typhus, la rage, etc., et se termine par les dystrophies constitutionnelles, dans lesquelles il place la chlorose, le scorbut, la scrofulose, la maladie d'Addison et le diabète sucré.

M. Jaccoud a la main heureuse et le travail facile; car, en même temps que son *Traité de pathologie interne*, paraît la troisième édition des *Leçons de clinique médicale de Graves*, qu'il a traduites et annotées, et que le professeur Trousseau plaçait au rang des meilleurs ouvrages de clinique interne.

Dr A. Corlieu.

(1) Durand-Fardel, *Traité des eaux minérales dans les maladies chroniques*, p. 450.
(2) Bouchut, *Pathologie générale*, p. 275.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Congrès médical de Lyon. — La commission organisatrice du congrès médical qui aura probablement lieu à Lyon, au mois de septembre prochain, se trouve ainsi composée à la suite des élections faites par les divers corps constitués :

MM. J. Bonnet, Bourland, Desgranges, Garnier, Gauthier, de Villefranche, Matagrin, de Tarare, Paul Rougier, Terver d'Écully, délégués par l'Association des médecins du Rhône;

MM. Bouchacourt, Chatin, Diday, Girin, Rollet, délégués par la Société de médecine;

MM. Dron, Icard, Laroyenne, P. Meynet, Soulier, délégués par la Société des sciences médicales;

MM. Ollier, Perroud, délégués par la Société médico-chirurgicale des hôpitaux;

MM. Glénard, Vallette, délégués par l'École de médecine;

MM. Peuch, Saint-Cyr, délégués par l'École vétérinaire;

MM. Arthaud, Ferrand, délégués par le conseil d'hygiène et de salubrité;

MM. Maury, Vidal, délégués par la Société de pharmacie;

MM. Pétrequin, Teissier, délégués par l'Académie des sciences, belles-lettres et arts.

MM. Poncet, Pioch, délégués par le comité médical du Dispensaire général;

M. Rodet, délégué par la Société protectrice de l'enfance;

M. Lavirotte, délégué par la Société d'agriculture;

M. Marmy, médecin en chef de l'hôpital militaire.

— La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 19 janvier 1872, a décidé *à l'unanimité* que les cotisations pour le banquet annuel seraient intégralement versées à la souscription pour le *rachat de la France*.

— La *Société de médecine de Louvain*, en séance du 8 janvier dernier, a arrêté d'ouvrir un concours laissant aux concurrents le choix d'un sujet quelconque de la médecine, de la chirurgie ou de l'art des accouchements.

Les manuscrits, lisiblement écrits en français, devront être adressés *franco*, avant le 1er décembre 1872, au secrétaire de la Société, le docteur Malcorps, rue des Vaches, 5.

Il est interdit aux auteurs des mémoires de se faire connaître, soit directement, soit indirectement; le mémoire doit être accompagné d'une devise répétée dans un pli cacheté, contenant le nom et le domicile de l'auteur.

Les membres effectifs et les membres honoraires de la Société ne peuvent prendre part au concours.

Des médailles en or et en argent, aux armes de la ville, ainsi que le titre de *membre correspondant*, seront décernés aux auteurs des meilleurs mémoires adressés à la Société.

PETITE CORRESPONDANCE

M. D..., à Venerque. — Veuillez nous adresser un mandat-poste de 13 francs pour les deux volumes que nous vous avons expédiés.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — Premier Paris. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Conférences cliniques sur les pelvi-péritonites et la paraplégie utérine (M. Peter). — Compte rendu des travaux de la Société de chirurgie (M. Panas). — Des paralysies consécutives à quelques maladies aiguës (M. U. Bailly). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Correspondance. — Variétés. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance.

Paris, 29 janvier 1872.

Hier dimanche, à 2 heures, a eu lieu, au siége ordinaire des séances, l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins de la Seine. La renonciation de M. Brochin à toute candidature a laissé à cette séance sa placidité habituelle, et, malgré quelques voix égarées, la liste de la Commission générale a passé à la presque unanimité.

Ont été nommés : *Président*, M. Nélaton ; — *Vice-présidents*, MM. Béclard et Guéneau de Mussy ; — *Vice-président honoraire*, M. Barth ; — *Trésorier*, M. Genouville.

Les honneurs de la séance ont été pour MM. Barth et Guéneau de Mussy. Chacun se félicitait de la détermination de M. Brochin, qui avait sacrifié toute pensée personnelle à la parfaite harmonie de la Société, les questions soulevées à cette occasion pouvant et devant être résolues avec plus de calme que ne peuvent en comporter les luttes d'une dernière heure.

Aussitôt que le compte rendu de cette séance sera publié, nous nous empresserons de compléter cette appréciation.

— Huit jours auparavant, sous la présidence de M. Tardieu, la *Société centrale* tenait sa première assemblée générale.

L'ordre du jour annonçait la *discussion* et l'*approbation* des nouveaux statuts, la nomination des membres du bureau et de la commission administrative proposés par le conseil général.

La séance ouverte par un rapport du secrétaire, M. Le Roy de Méricourt, et une allocution du président, on allait procéder à la discussion des statuts, quand M. de Ranse fit observer qu'il y aurait avantage à ne considérer cette séance que comme préparatoire et à remettre à une séance ultérieure *l'approbation* des statuts en discussion. Cette proposition a été repoussée à une majorité considérable. On a donc procédé à la discussion des statuts. Nous les publierons quand nous en aurons reçu communication.

Le vote pour le bureau et la commission administrative a donné les résultats suivants :

Bureau : président, M. Horteloup père ; — vice-président, M. Lustreman ; — secrétaire, M. Piogey ; — vice-secrétaire, M. René Blache ; — trésorier, M. Brun.

Commission administrative : MM. Axenfeld, Baret, Barthez, Blachez, Bossu, Brochin, Bucquoy, Cabanellas, Caffe, Campbell, Chauffard, Collineau, Contour, Costilhes, Cusco, Davesne, Desnos, Dolbeau, Forget, Godelier, Guéneau de Mussy, Guyon (F.), Horteloup (P.), Le Roy de Méricourt, Millard, Moreau (de Tours), Perrin (E.-R.), de Ranse, Richelot, Ségalas (Emile).

L'impression laissée par cette séance est que l'Association générale commence à s'animer d'un souffle libéral. Nous serons heureux de constater ce mouvement en publiant les statuts annoncés.

— On nous prie de reproduire la lettre suivante :

Paris, le 6 janvier, 1872.

Monsieur le président et très-honoré confrère,

Depuis le jour où parut le décret du 27 octobre 1870, qui dispose que les présidents des sociétés de secours mutuels seront désormais élus par les sociétaires, j'ai considéré comme expiré le mandat, que je tenais cependant du libre choix des présidents et délégués des sociétés locales composant l'Association générale des médecins de France. Et si je n'avais été enfermé dans Paris assiégé [illegible] aurais sans retard fait connaître ma déte[illegible] semblée générale de notre œuvre à régler [illegible] quelles aurait lieu à l'avenir l'élection du p[illegible] en donnant satisfaction au décret précité.

Vous savez, monsieur le président, com[illegible] semblée a été différée jusqu'au 29 octobre dernier ; vous vous rappelez aussi que la première question mise à l'ordre du jour a été celle dont j'ai le devoir de vous entretenir aujourd'hui.

Après une discussion approfondie, l'assemblée, à une grande majorité, et, vous me permettrez de le dire, d'accord avec mon propre sentiment hautement et formellement exprimé, a décidé que le président de l'Association générale serait élu par le suffrage universel de tous les sociétaires, présents à une réunion spéciale convoquée à cet effet ; et que cette élection serait faite avant la prochaine assemblée générale qui doit se tenir le 6 avril prochain. C'est dans cette assemblée, en effet, qu'auront lieu le recensement général des votes et l'installation du nouveau président. Vous avez bien voulu, par un concert unanime, me maintenir jusque-là dans les fonctions que je n'avais pu, comme je l'aurais souhaité, résigner plus tôt.

Le conseil général, qui a mission d'assurer l'exécution des votes de l'assemblée générale, m'a chargé de vous transmettre les résolutions qui lui ont paru le plus propres à garantir la mise en prati-

que simple, loyale et sûre du suffrage universel appliqué à l'élection du président de l'Association générale.

J'ai en conséquence l'honneur de vous inviter à vouloir bien vous conformer aux règles suivantes, dont vous apprécierez facilement les motifs et la convenance.

Il importe avant tout que l'élection ait lieu dans toutes les Sociétés locales de France le même jour, afin d'éviter toute pression qui résulterait de la connaissance anticipée des votes. Le Conseil a fixé pour cette *élection la date du 10 mars prochain* qui, je l'espère, vous agréera. Vous êtes donc prié de faire faire pour ce jour une convocation de tous les membres de la Société que vous présidez, en spécifiant l'objet particulier de la réunion, et en rappelant aux sociétaires que *ceux-là seuls qui assisteront à la séance seront admis à prendre part au vote.*

Vous serez assez bon, monsieur le président, pour me transmettre *sans délai*, non-seulement le résultat des votes, c'est-à-dire le chiffre des voix obtenues par chacun des candidats, mais *le procès-verbal détaillé de la séance*, qui y aura été consacrée.

L'assemblée générale du 29 octobre s'était montrée, si vous vous en souvenez, préoccupée de l'avantage qu'il pourrait y avoir à ne pas laisser les suffrages de nos nombreux associés se disperser sur un trop grand nombre de noms divers; et elle avait décidé qu'une liste de candidats pourrait être soumise aux électeurs des sociétés locales. Mais comme le conseil général, dont je m'étais fait moi-même en cette circonstance l'interprète convaincu, avait formellement répudié, sinon l'honneur, du moins la responsabilité de la liste à dresser, il a été convenu que celle-ci serait formée de tous les noms qui serait désignés par chacun de MM. les présidents en même temps que par le conseil, et que cette liste serait mise dans l'ordre alphabétique sous les yeux de nos confrères au moment de l'élection.

Cette désignation, monsieur le président, *n'implique en aucune façon un vote préalable, mais une simple entente de votre commission administrative, ou même votre seule initiative.* L'important est que vous vouliez bien prendre la peine de m'en donner avis d'ici au 15 *février, délai de rigueur*, afin que je puisse vous transmettre, en temps utile, la liste complète des candidatures qui se seront produites et qui, sans enchaîner en quoi que ce soit les sociétaires qui prendront part à l'élection du 10 mars, pourront du moins être offertes à leurs suffrages.

En recommandant d'une manière instante, Monsieur le Président et très-honoré Confrère, ces diverses prescriptions à votre zèle éclairé pour les intérêts de l'Association, je n'ajoute qu'un mot, qui est en même temps dans ma pensée l'expression d'une ferme conviction et d'une sincère espérance, c'est que le suffrage universel introduit dans l'élection du Président de l'Association des Médecins [illegible] s la réforme libérale de nos [illegible] une grande force pour assu- [illegible] é de cette œuvre, à laquelle [illegible] n donner votre concours puissant et dévoué.

[illegible] ident et très-honoré Confrère, la [illegible] onsidération et de mes sentiments d'affectueuse confraternité.

Le Président : A. TARDIEU.

La lecture de cette lettre a soulevé dans tous les esprits une petite observation : N'est-il pas plus libéral d'inviter chaque Société à dresser *sponte sua* sa liste de candidatures? Ces diverses listes, soumises ensuite au Conseil général, permettraient de dresser facilement une liste de cinq noms, plus ou moins, sur laquelle porterait alors le suffrage universel. Ce vote préalable ôterait tout sujet de contestation et dégagerait les présidents de toute la responsabilité que pourrait leur faire supporter leur *seule initiative.*

Dr E. LE SOURD.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

M. PETER, suppléant de M. le professeur SÉE.

Conférences cliniques sur les pelvi-péritonites et la paraplégie utérine (1).

(Recueillies par M. J. FINOT, élève en médecine.)

Il est une autre théorie, celle-là plus matérielle encore, et dont il faut bien que je vous parle, théorie qui attribue, dans ces cas, la paraplégie à la *compression.* Dans cette manière de voir, la tumeur utérine déterminerait la paraplégie en comprimant les nerfs situés au voisinage, dans le petit bassin. On ajoute même, et l'argument est spécieux, que, lorsque la tumeur est unilatérale, la paralysie n'existe que du côté correspondant. Il y a hémiparaplégie.

A cette théorie toute mécanique, qui assimile la tumeur à une sorte de *coin* morbide, que d'objections à opposer! Elles se présenteront naturellement d'elles-mêmes dans le cours de cette conférence; mais laissez-moi vous dire, dès maintenant, que, la tumeur étant de nature inflammatoire, on peut tout aussi bien comprendre que le travail phlegmasique se soit propagé des nerfs utérins au plexus hypogastrique, et de celui-ci, de proche en proche, à la moelle, d'où, en définitive, ce plexus soutire son innervation. C'est là une façon de voir qui est à très-peu près la mienne, à laquelle vous avez le droit de retourner mon objection de tout à l'heure, à savoir pourquoi, l'inflammation existant toujours, la paraplégie n'est pas constamment réalisée. Mais vous verrez dans un instant qu'il faut à ce travail de transmission morbide des nerfs d'un organe à la moelle l'intervention de la nature particulière du sujet, l'intervention d'un *nervosisme* antérieur.

Et, d'ailleurs, la compression d'un nerf et, *à fortiori*, d'un plexus nerveux, mais c'est une atroce douleur. Demandez plutôt à ceux qui ont assisté Chomel à ses derniers moments. Chomel, qui avait spécialement consacré des leçons à démontrer que la sciatique double était toujours symptomatique, et particulièrement symptomatique d'une tumeur pelvienne qui, comprimant les deux nerfs sciatiques ou les deux plexus sacrés, produisait cette douleur bilatérale; Chomel, qui succomba à un cancer du rectum, put analyser sur lui-même, tristement et non sans grandeur, les tortures de cette double sciatique, dont il avait si bien déterminé la valeur. Or, dans ces cas si douloureux, il n'y a pas de paraplégie.

Vous-mêmes, comprimez, je vous prie, pendant que je vous parle, votre nerf cubital, et vous me direz bientôt s'il est possible qu'un nerf soit comprimé sans que l'on en souffre rien. Or, cette douleur vive et continue n'est point signalée dans les observations citées, et la dame dont je vous ai parlé tout à l'heure est devenue paraplégique dans un très-court espace de temps, sans éprouver de vives douleurs, et bien que depuis des années sa tumeur fût volumineuse.

Ainsi, d'une part, constamment et nécessairement, douleur vive par compression des nerfs, sans paraplégie;

D'autre part, paraplégie sans douleur vive, dans les cas où, hypothétiquement, la paraplégie est attribuée à la compression des nerfs.

Évidemment, cette théorie de paraplégie par compression des nerfs ne se tient pas debout.

(1) Suite. — Voir les numéros des 15, 26 août 1871, et 25 janvier 1872.

Eh! messieurs, ne voyez-vous pas tous les jours des tumeurs utérines encore plus volumineuses que celles dont nous parlons, et qui durent neuf mois, les tumeurs de la *grossesse*, lesquelles, en raison de leur volume et de leur durée, devraient déterminer des accidents bien autrement intenses, et qui néanmoins n'entraînent pas de paraplégie!

Mais, me direz-vous, on observe parfois la paralysie des membres inférieurs pendant la grossesse. Le fait est vrai, bien que rare; et, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la paralysie est indépendante alors du volume de la tumeur, attendu que la paraplégie peut survenir à une époque quelconque de la grossesse et même après l'accouchement (c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus de tumeur du tout), et l'accouchement « s'étant passé très-naturellement » (c'est-à-dire sans qu'il y ait eu de compression prolongée exercée par la tête de l'enfant ou par les manœuvres d'un accouchement laborieux).

C'est que, messieurs, il s'agit, en réalité, dans ces cas, de femmes épuisées, délicates, nerveuses; et nous arrivons ainsi à reconnaître l'influence de l'individu sur la forme et la nature de sa maladie.

Ce n'est donc pas par aventure que la paraplégie survient dans les maladies de l'utérus, du rein, de la vessie, voire même dans les pertes séminales (et notez que dans ce cas spécial il n'y a pas de tumeur et, partant, pas de compression à invoquer) ; la paraplégie ne se manifeste alors que parce que les individus ainsi lésés dans leurs organes génito-urinaires, étant nerveux par leurs antécédents, nerveux par leur hérédité, sont placés par la maladie première dans un état d'imminence morbide pour un trouble fonctionnel de la moelle.

Ainsi, la mère de la dame dont je vous ai entretenus au début de cette conférence est atteinte d'un tic nerveux de la face, et la malade elle-même était essentiellement nerveuse. Elle prenait tout fort à cœur et plus que de raison ; elle pleurait à la moindre contrariété : or, voici que son mari succombe et qu'elle devient paraplégique. Il est bien évident que sa tumeur n'a pas poussé ce jour-là démesurément et tout à coup jusqu'à comprimer les plexus sacrés. Une fluxion subite et intense, avec réveil de l'inflammation métro-pelvi-péritonitique, puis la transmission inflammatoire au plexus hypogastrique, se comprendrait mieux. De telle sorte que, s'il y a phénomène réflexe, c'est tout différemment que je le concevrais : émotion vive, retentissement (*réflexe*, si l'on veut maintenant, qui aurait été *sympathique* il y a un demi-siècle) sur l'utérus et la pelvi-péritonite, et transmission inflammatoire au plexus hypogastrique, puis à la moelle peut-être; mais le tout sous la dépendance du nervosisme de la malade.

Un jour, à l'hôpital Saint-Louis, je développais cette théorie de la nécessité d'un état névropathique antérieur pour le développement d'une paraplégie dite réflexe utérine [illegible]propos d'une femme atteinte de métrite fongueuse du col. Cette malade, qui venait se faire cautériser à l'hôpital, nous racontait qu'elle éprouvait depuis quelques jours une singulière faiblesse dans les jambes, et qu'elle avait eu beaucoup de peine à se traîner jusqu'à l'hôpital. Elle trébuchait à la moindre saillie du sol et était même tombée la veille au soir. Je la cautérisai ce jour-là au fer rouge ; mais l'opération était à peine terminée, que la malade était prise d'une violente attaque d'hystérie, bien propre à graver mes assertions dans l'esprit de mes auditeurs.

D'un autre côté, j'ai eu l'occasion de soigner une dame, venue spécialement du département de l'Indre pour se faire guérir à Paris d'une paraplégie. Riche et bienfaisante, cette dame excitait une vive sympathie dans sa province, et de nombreuses neuvaines avaient été faites sans succès pour sa guérison. Trousseau, à qui elle s'adressa, ne pouvant s'en occuper alors, me présenta à la dame, et je me trouvai en face d'une paraplégie complète avec contracture des muscles extenseurs du pied.

J'employai l'électrisation, je pratiquai une révulsion active et je fis appliquer un appareil pour remettre les pieds dans leur position normale ; enfin, j'eus le bonheur de réussir, et la médecine réalisa le miracle que les neuvaines n'avaient pu faire.

Je cherchai alors à savoir pourquoi cette dame était paraplégique. Je l'interrogeai, et elle me répondait avec beaucoup d'intelligence quand, tout à coup, elle fut prise d'un spasme nerveux du larynx, et ne put continuer ; d'autre part, elle avait presque constamment un petit tic nerveux de la face. « Elle n'était pas *nerveuse*, » me soutenait-elle, parce qu'elle n'avait jamais eu d'*attaques ;* mais, pour le médecin, son tempérament était suffisamment trahi par de petites révolutions non douloureuses de son système nerveux.

Voulant compléter la pathogénie, je recherchai l'état des organes abdominaux, et je trouvai le foie énorme. Cette dame avait, de temps à autre, d'épouvantables coliques hépatiques, à ce point qu'elle en prenait parfois la teinte verte du bronze antique, et qu'on l'envoyait se guérir momentanément à Vichy.

Eh bien ! c'est là un cas où les fauteurs de la compression auraient tort, car je ne vois pas trop quels nerfs le foie aurait pu comprimer pour amener la paraplégie.

Mais, bien mieux, il y a des paraplégies par dysentérie! Et alors, il faut bien invoquer un autre mécanisme. Ici encore l'embarras n'est pas de longue durée. C'est le *sang* qui est altéré par *dyscrasie!* Je demanderai comment il se fait que la moelle seule en pâtisse alors et jamais le cerveau, qui cependant en pareil cas n'a pas l'habitude de se faire prier pour traduire la mauvaise qualité du sang.

Un fait curieux aussi, c'est que la motilité est beaucoup plus frappée que la sensibilité, au contraire de ce qui arrive dans les cas de myélite ou de toute autre maladie avec lésion.

Un autre fait bizarre encore, constaté d'abord par Graves et puis par Chomel, c'est que le malade qui ne peut se tenir sur ses jambes quand il se met debout, les remue parfaitement aussitôt qu'il est couché. Ollivier (d'Angers) en a donné cette explication, qui me paraît assez rationnelle, mais qu'on ne cite guère, sans doute parce que son auteur est français : on a constaté qu'en pareil cas il y avait une certaine congestion des enveloppes de la moelle, et par suite un peu de sérosité dans le canal rachidien. Alors quand le malade se met debout, toute cette sérosité tombe dans la portion la plus déclive, et la partie inférieure de la moelle est comprimée ; voilà au moins une compression qui se comprend.

Mais enfin, comment arrive-t-on à la paraplégie? Eh bien ! je vous ai dit qu'il y avait d'abord là une question d'individualité. Cette influence-là, il ne faut pas la nier, et tous les jours vous en voyez des exemples, qui ne vous frappent plus précisément parce qu'ils sont trop communs. Je veux dire que rien n'est plus commun que la carie dentaire ; eh bien ! toutes les personnes ainsi atteintes n'ont pas de *névralgie faciale*, tant s'en faut. La névralgie reste l'apanage des personnes nerveuses.

Étant donc donné le nervosisme, l'état névropathique habituel, comme origine du mal, comment une chose matérielle intervient-elle pour provoquer l'accident? Je n'invoquerai ici aucune influence mystérieuse, et n'irai rien chercher qui soit étranger à la science.

Il est certain que, lorsqu'il y a métrite ou pelvi-péritonite

chronique, les nerfs situés dans l'atmosphère inflammatoire sont directement intéressés; on trouve, dans de vieux foyers inflammatoires analogues, que le névrilème est le siége d'une prolifération considérable de corpuscules de tissu conjonctif, et que les tubes nerveux sont comprimés, sans être manifestement altérés dans leur texture. Ne peut-on pas concevoir qu'en pareil cas il se fasse de tube nerveux en tube nerveux et de nerf en nerf un travail de propagation, qui nous explique les douleurs lombaires et hystéralgiques des affections utérines? Or, les plexus atteints ne sont pas indépendants de la moelle, ils lui sont unis par des liens matériels. Eh bien! est-ce que vous ne comprenez pas alors que le mal puisse gagner de propre en proche le point de la moelle d'où le plexus atteint soutire son innervation?

Je ne saurais trop vous engager à diriger de ce côté vos observations microscopiques; peut-être l'un de vous arrivera-t-il à démontrer ainsi complétement un fait qui n'est pas déjà si hypothétique. En effet, Ollivier (d'Angers) et d'autres avec lui ont signalé une certaine rougeur, une certaine hypérémie des enveloppes de la moelle et même du système vasculaire intra-médullaire. Ce qui viendrait à l'appui de la petite théorie que je viens de vous indiquer.

Je terminerai en vous disant que la paraplégie, dont je vous ai entretenus aujourd'hui, se distingue de la paraplégie par myélite en ce qu'elle est curable ou susceptible d'une grande amélioration. Ce qui se comprend, du reste, étant donné le peu d'étendue et de gravité de la lésion.

Mais je ne n'ai pas épuisé le sujet des *paraplégies*, et j'y reviendrai dans la prochaine conférence, à propos des paraplégiques actuellement dans nos salles.

(*A suivre.*)

COMPTE RENDU

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PENDANT L'ANNÉE 1870 (1)

Par M. PANAS, secrétaire.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 17 janvier 1872.)

Parmi les faits importants de lésions vasculaires communiqués à cette tribune, nous devons mentionner :

Un double anévrysme cirsoïde des artères occipitales, présenté par M. Verneuil.

Une érosion de l'artère fémorale consécutive à une ulcération gommeuse des ganglions de l'aine, fait rare qui s'est offert à l'observation de M. Verneuil, et dont l'importance n'échappera à personne.

Enfin un cas de plaie de l'artère poplitée communiqué par M. Le Fort, au nom de M. Laurent.

Sous le titre de « Médecine opératoire, » nous avons réuni un certain nombre de procédés qui intéressent la chirurgie, ou l'art des accouchements, et que nous allons passer en revue.

Vous vous rappelez sans doute la communication intéressante de notre collègue, M. Dolbeau, sur la lithotritie périnéale et les beaux succès qu'il a su tirer de cette méthode. Une question de priorité conduisit M. Tillaux à vous communiquer un travail intéressant où il s'attache à établir, contrairement aux opinions de MM. Giraldès et Trélat, que cette opération, distincte de la taille médiane de Marianus, de Vacca et de M. Bouisson (de Montpellier), appartient en propre à M. Dolbeau.

M. Chassaignac, de son côté, nous fit connaître les résultats de sa pratique au sujet de la taille recto-périnéale par écrasement, d'où il résulte que, sur treize opérations, il compte douze succès, et que le seul inconvénient de cette méthode réside dans la persistance d'une fistulette périnéale pouvant nécessiter ultérieurement l'emploi d'un procédé de suture destiné à combler le trajet anormal.

MM. Dolbeau et Trélat vous ont montré chacun un œsophagotome de leur invention, en vous communiquant, en même temps, trois cas d'œsophagotomie pratiquée par eux avec succès.

M. de Saint-Germain fit part à la Société d'un essai d'hystérotomie, à l'aide d'un instrument porte-caustique qu'il a imaginé à cet effet, et il s'est engagé à vous faire connaître ultérieurement les efforts qu'il aura tentés dans cette voie.

Nous-mêmes, nous vous avons entretenus d'une modification apportée à l'entérotome de Dupuytren, et qui permet l'introduction de l'instrument au travers d'une petite ouverture. La dilatation préalable de l'orifice fistuleux se trouve en pareil cas supprimée, et la durée du traitement en est diminuée d'autant, sans parler des douleurs inévitables à toute opération préliminaire destinée à élargir le trajet.

La réduction des hernies étranglées intéresse à juste titre les chirurgiens. Aussi la Société n'a pas manqué d'accueillir avec faveur une communication de M. de Lannelongue sur l'emploi d'un sac de grains de plomb appliqué vis-à-vis le pédicule de la hernie, et le rapport très-détaillé de M. Labbé sur le travail de M. Lannelongue.

La Société de chirurgie a suivi avec un véritable intérêt les communications de MM. Tarnier et Guéniot, relatives à l'opération césarienne, ainsi que la discussion qui en a été la suite, et à laquelle prirent part MM. Depaul, Blot, Legouest et Chassaignac. Ce qui nous a paru en résulter, c'est que l'opération de l'hystérotomie comporte des perfectionnements nouveaux, et d'autant plus désirables, que, depuis bientôt quatre-vingts ans, cette opération ne compte, à Paris, que des revers. C'est à quoi, du reste, se sont attachés MM. Tarnier et Guéniot.

Un fait d'obstétrique, qui ne paraît pas absolument sûr, consiste dans la possibilité de la rupture de la moelle consécutive à des tractions exercées par l'accoucheur. M. Depaul a relaté divers cas de ce genre, à la suite d'une communication intéressante faite par M. Guéniot, au nom de M. Parrot.

M. Blot vous a entretenus d'un cas de version spontanée qui a paru douteuse à M. Tarnier, et M. Depaul vous a montré un placenta qui offrait sur sa face fœtale plusieurs foyers apoplectiques.

Nous n'aurons que peu de choses à dire sur les anesthésiques. D'après MM. G. Teulon Liégeois et Giraldès, l'association du chloral avec l'éther ou le chloroforme produirait des effets opposés d'excitation ou de somnolence, suivant qu'on fait précéder ou bien suivre l'administration du chloral de celle des anesthésiques.

L'amputation des membres, sans compression préalable des gros troncs artériels, préoccupe M. Verneuil, qui vous a communiqué ses premières tentatives, couronnées de succès. C'est là une question qui restera à l'ordre du jour, n'étant pas encore assez mûre pour être tranchée dans un sens ou dans l'autre.

La greffe épidermique, dont la première idée revient à M. Reverdin, s'est présentée à diverses reprises, et vous avez su l'accueillir avec la faveur qu'elle méritait. Aujourd'hui que cette petite opération a fait largement ses preuves, aussi bien en France qu'à l'étranger, vous ne saurez que vous applaudir de votre premier jugement.

L'opération de la cataracte par kératotomie linéaire constitue sans contredit une bonne opération, mais dont l'exécution est difficile et exige, par cela même, une habileté manuelle peu commune. Frappés de ces inconvénients, M. H. Weber, le premier, et, après lui, notre collègue, M. Giraud-Teulon, proposent de remplacer le petit couteau de Graefe par un nouvel instrument, qui n'est autre que la pique triangulaire élargie et offrant une courbure en rapport avec l'arc d'un grand cercle.

Nous devons également à M. Giraud-Teulon des recherches savantes sur le mouvement rotatoire des yeux, d'où il résulte que,

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

conformément à la loi de Donders, les *inclinaisons de tous les méridiens de l'œil* ont lieu pour chaque mouvement, sous un même angle et dans la même direction. Ce résultat est d'autant plus important que les modifications apportées dans la loi de Donders par Helmholtz et Listing ne tendaient à rien moins qu'à rendre celle-ci à peu près incompréhensible.

S'il était permis, il y a quelques années à peine, de répéter, avec un spirituel ophthalmologue, que, dans l'amaurose, le chirurgien y voyait aussi peu clair que le malade, il n'en est plus heureusement ainsi depuis la découverte des divers moyens d'exploration du fond de l'œil et de ses milieux. C'est ainsi que notre collègue, M. Perrin, a pu vous montrer une pièce intéressante de rétinite leucémique, caractérisée sur le vivant par une coloration chamois du fond de l'œil, avec des taches ou mamelons grisâtres, et à l'examen anatomique par des amas de leucocytes et de granulations graisseuses.

Nous devons également à M. Perrin diverses observations de cataractes sur des diabétiques, d'où il semble résulter que la forme molle ou dure de la cataracte, en pareil cas, dépend moins de la glycosurie elle-même que de l'âge du malade.

Tel est, messieurs, le résumé de vos travaux pendant l'année 1870. Avant de descendre de cette tribune, permettez-moi, encore une fois, de vous exprimer ma gratitude pour l'aide que vous n'avez cessé de me prêter dans l'accomplissement de mes fonctions de secrétaire, et si parmi mes successeurs vous en trouvez de plus capables, ce dont je suis certain, nul ne vous sera plus dévoué et n'aura plus à cœur les intérêts de votre société que moi.

DES PARALYSIES CONSÉCUTIVES

A QUELQUES MALADIES AIGUES (1)

Par le Dr U. Bailly.

Conclusions. 1° Les caractères des paralysies post-diphthéritiques ne leur appartiennent point exclusivement. Des paralysies du même type succèdent constamment aux angines simples inflammatoires et quelquefois aussi à la fièvre typhoïde et à la variole.

2° Sauf les accidents paralytiques qui frappent les membres à la suite des angines simples, phénomènes dont la pathogénie reste pour nous un problème, toutes ces paralysies semblent correspondre à des altérations du tissu, expressions anatomiques plus ou moins éloignées, plus ou moins généralisées du processus morbide primitif. Ces lésions matérielles siégent dans les centres nerveux, dans le système musculaire ou dans le système nerveux périphérique.

3° Des observations nécrospiques recueillies jusqu'à ce jour on peut déduire provisoirement que, dans les paralysies post-angineuses, c'est la partie périphérique des nerfs qui semble lésée; dans celles qui succèdent à la fièvre typhoïde et à la variole, les centres nerveux et le système musculaire seraient plus spécialement altérés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 15 décembre 1871. — Présidence de M. Léon Gros, vice-président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. ONIMUS présente à la Société une pile construite par MM. Trouvé et Callaud, qui offre plusieurs avantages très-importants dans l'application des courants continus. Ce qu'il faut chercher avant tout dans les appareils de ce genre, c'est une pile de grande constance dans ses effets, ayant peu de force électro-motrice et peu d'action chimique, mais possédant une grande tension et une résistance intérieure considérable.

Il faut remarquer que dans tous les essais qui ont été faits, les seuls résultats satisfaisants ont été donnés, jusqu'à ce jour, par la pile Daniel ou par ses modifications.

C'est la pile type pour les usages médicaux. La pile Remak n'en est qu'une modification dans laquelle la résistance intérieure est augmentée par l'interposition d'une certaine quantité de papier mâché. Le prix élevé de ces couples et la difficulté de les réparer ont empêché ces appareils de se répandre et d'être bien pratiques.

La pile Trouvé et Callaud qui, elle aussi, n'est qu'une modification de la pile au sulfate de cuivre, et à cause de son prix moins élevé, offre les avantages d'être d'une constance parfaite, d'une action chimique très-faible et d'une résistance intérieure plus grande que la pile Daniel et même que la pile Remak.

L'importance de la résistance intérieure est très-grande, et jusqu'à présent on a peu insisté sur cette condition qui est nécessaire en électrothérapie. En effet, les petits comme les grands trajets sont traversés par le courant sans différence sensible d'intensité. Dans les seuls cas où la résistance intérieure de la pile est très-grande, on comprend qu'il est important d'avoir la même intensité; dans les cas où les rhéophores sont distants de quelques centimètres ou lorsqu'ils sont très-éloignés l'un de l'autre, comme cela a lieu quand on agit sur toute la moelle ou sur la moelle et les nerfs périphériques. Si cette condition n'est point remplie, la constance du courant n'est point possible, car l'intensité est changée à chaque instant selon les régions qu'on électrise.

Au point de vue pratique, cette pile offre un grand inconvénient, car elle n'est point portative; mais cet inconvénient est certainement moindre que ceux que donnent les appareils portatifs, mais qui n'offrent point toutes les conditions demandées. M. Onimus espère cependant qu'on pourra lever cette difficulté, et avec M. Trouvé, ils expérimentent dans ce moment une pile qui pourra peut-être donner de très-bons résultats. Cependant il est bien difficile d'obtenir, avec les appareils portatifs, les mêmes avantages et les mêmes conditions qu'avec les appareils qui restent à demeure et qui ne nécessitent pas les mêmes détails de construction.

La pile Trouvé et Callaud, en résumé, est la plus simple et la plus économique. Elle offre de plus une grande constance. Comme M. Trouvé, je pus le constater en l'employant à divers usages, entre autres dans les horlogeries électriques. Depuis plus de trois mois, M. Onimus l'a employée dans les applications thérapeutiques, et a constaté que, mieux que toute autre, elle remplissait les conditions demandées par l'usage médical.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Belfort, 21 janvier 1872.

Monsieur,

Dans votre numéro d'hier (samedi 20 janvier), je lis avec le plus grand intérêt, au chapitre de la *Revue clinique hebdomadaire*, un exposé des exercices cliniques que M. le professeur Lasègue a institués à l'hôpital de la Pitié.

L'institution de M. Lasègue mérite certainement la sympathie et l'approbation de tous les médecins qui comprennent ce que doivent être les véritables études médicales, à savoir l'observation clinique *raisonnée*, ayant sa base sur la physiologie normale et pathologique.

Ces exercices pratiques sont la meilleure gymnastique de l'esprit en le forçant à l'attention, à la réflexion, à la rectitude du jugement et du raisonnement, en tenant en éveil l'esprit d'observation

(1) In-4°. Prix : 3 fr.

et fortifiant la perspicacité si nécessaire au médecin, c'est-à-dire cette faculté de juger vite et juste. Le débat contradictoire tient l'intelligence en action constante et la dirige dans le chemin de la vérité, pourvu qu'il s'appuie sur l'amour sincère de la science, et ne s'égare pas, par les suggestions d'un faux amour-propre, dans les dédales de la scolastique.

C'est là le véritable enseignement clinique qu'il est peut-être nécessaire de réveiller un peu, et même beaucoup, pour corriger et atténuer les tendances qui naissent de l'exagération excessive du mécanicisme, du physicisme et du chimisme, voire même de l'anatomisme. Je suis le premier à reconnaître les immenses services que la mécanique, la physique, la chimie et l'histologie ont rendus et rendent encore tous les jours à la physiologie, à la biologie, et, par suite, à la médecine : ces sciences servent de base positive à l'étude des faits qui ont la *vie* et l'*organisation* de l'homme pour objets d'études. Sans elles, la médecine n'est que théorie et système, produits de l'imagination ou de la métaphysique idéaliste.

Mais l'observation et l'expérimentation sont encore bien loin d'avoir tout démontré, d'avoir tout expliqué. Pour faire des médecins praticiens, véritables ministres de la nature, force est bien d'avoir recours à l'observation clinique *rationnelle*, non point pure et simple comme constatation statistique des faits pour les enregistrer et les classer, mais pour les comparer et en expliquer la genèse suivant les données les plus positives de la science générale.

J'applaudis donc de tout cœur à l'excellente organisation de la clinique de M. le professeur Lasègue, qui rendra ainsi de réels services à l'enseignement de notre bel art.

Oserais-je dire, toutefois, que cette méthode était celle de mon vénéré maître, M. le professeur Schützenberger (de Strasbourg), dont j'ai eu l'honneur et le bonheur d'être l'interne-aide de clinique, il y a plus de vingt ans ? Chacun des malades de la clinique de M. Schützenberger était confié à la sollicitude d'un aide de 4e année ou au-delà : non-seulement cet élève en devait faire l'examen contradictoire devant tous les élèves de la clinique, recueillir les anamnestiques par l'interrogatoire en s'exerçant à l'art si délicat et si difficile d'interroger pour ne point s'égarer, constater tous les symptômes subjectifs et objectifs, discuter les signes, en déduire les indications thérapeutiques, en déterminer les médications et raisonner le choix des moyens, mais il devait continuer jusqu'à la terminaison, heureuse ou fatale, l'observation de l'évolution de la maladie ou plutôt, plus logiquement, de l'état du malade, puisqu'on traite des malades et non des maladies. Il suivait le mort à l'amphithéâtre, où un chef des nécropsies faisait un examen minutieux des états anatomiques qui rendaient compte des phénomènes observés pendant la vie.

L'étude de chacun profitait ainsi à tous, car chacun avait sa part dans ce concours actif; tous les exercices se faisaient à la clinique publique sous le contrôle incessant du professeur, sous l'œil et l'oreille attentifs de l'interne sténographiant, en quelque sorte, le compte rendu officiel des observations cliniques.

Voilà quelle était déjà, à cette époque, la bonne méthode des études cliniques, et elle s'est toujours maintenue à ce niveau d'activité. Je dois à mon cher, vénéré et malheureux maître, le professeur Schützenberger, ce pieux souvenir de justice, et rappeler en même temps avec quelle sollicitude cette infortunée Ecole de Strasbourg avait institué ces études essentiellement pratiques qui forment les vrais médecins réellement utiles à l'humanité : *Experientia docet*.

Veuillez, monsieur le Directeur, agréer mes cordiales et confraternelles salutations.

Dr BERNARD.

VARIÉTÉS

LES FAITS POSITIFS ET LES FAITS NÉGATIFS

On dit que les médecins sont des matérialistes; quelle erreur! Ce sont, tout au contraire, les gens les plus religieux du monde. Qu'est-ce, en effet, que la religion? N'est-ce pas la foi aux choses surnaturelles, aux miracles notamment; or qu'est-ce qu'un miracle, sinon un fait négatif par rapport aux faits positifs.

Fleuve remontant sa source au lieu de s'écouler vers l'embouchure, ténèbres en plein jour, soleil ou terre s'arrêtant dans sa course ou sa rotation...., qu'est-ce que ces faits, sinon des faits négatifs par rapport aux faits constatés positivement.

A la vérité, les médecins repoussent volontiers ces choses, jurant ainsi les unes avec les autres; oui, quand il s'agit de religion; mais, reviennent-ils à la médecine, on les entend journellement affirmer, comme chose toute naturelle, les faits négatifs à côté des faits les plus positifs; de sorte qu'on peut dire des médecins que, s'ils sont matérialistes en religion, en médecine, au contraire, ils sont profondément religieux.

J'ai l'air de soutenir un paradoxe; il n'en est rien, et je parle très-sérieusement : voyez ce qui vient de se passer au Val-de-Grâce. Le 14 juillet, un blessé a un de ses mollets dans un état affreux, au point que *les jumeaux sont rongés dans leur épaisseur*. Depuis quinze jours, on avait en vain torturé le patient avec le perchlorure de fer pur, le sulfate de cuivre..... Enfin, le 14 juillet, on remplit l'énorme trou de poudre de camphre, et, lorsqu'au bout de quarante-huit heures on lève l'appareil, on jette un cri d'admiration devant la transformation opérée, et voici qu'à côté de ce fait si formellement positif on avance qu'il y en a de négatifs!

Que de miracles! les uns dans un sens, les autres dans l'autre sens, à la fois miracles de guérison et miracles d'insuccès! Et cette opposition absolue entre les faits paraît chose tellement naturelle, qu'on va jusqu'à ériger en thérapeutique le système de l'*alternance* des remèdes. Ai-je eu tort de dire que les médecins sont profondément religieux en médecine?

Cependant, je dois le dire, ce n'est pas seulement au Val-de-Grâce qu'on cultive ainsi les faits contradictoires, et telle est la norme dans la médecine. Est-il besoin de rappeler la contagion avec ses faits également positifs et négatifs, et tant d'autres questions dans lesquelles le oui d'Hippocrate vient régulièrement trébucher contre le non de Galien? Pauvre science que la nôtre! Et quelle différence avec les autres sciences! Est-ce que vous entendez dire en chimie que, dans le mélange de la craie avec l'acide sulfurique, tantôt le gaz carbonique se dégage, tantôt qu'il demeure immobile; ou bien, en physique, que l'électricité vitrée attire ou repousse capricieusement le fluide résineux; ou bien, en pharmacie, que la pommade camphrée se liquéfie à une température donnée et qu'à la même température elle reste consistante? Pauvre science que la nôtre! En vain on y répète qu'une observation bien faite en vaut mille du même genre. Le 14 juillet, à l'École supérieure du Val-de-Grâce, on constate un fait de la façon la plus positive, et aussitôt le non y vient grimacer à côté du oui. Je lisais dernièrement dans un journal de médecine, je crois dans l'*Union*, qu'il était question de créer dans nos écoles de médecine une chaire de logique ou de méthodologie; en vérité, il y a de quoi, et je proposerais d'y donner la première place au logicien ayant nom Molière.

D'où provient cette singularité de la médecine par rapport aux autres sciences? Évidemment de la multiple confusion qui s'y fait journellement entre les faits tels qu'ils *existent en réalité* dans la nature et les faits tels qu'ils sont *formulés* par le savant, de la confusion aussi entre les faits d'observation et les faits d'expérimentation, de la confusion encore entre la science et l'art empirique, entre la théorie et la pratique. Il est grandement temps de débrouiller cet embrouillamini.

Faits tels qu'ils existent dans la nature. — Dans la nature, il n'y a pas de faits négatifs; il y a des faits, et tous les faits sont également positifs. Voilà un axiome qu'il ne faut jamais perdre de vue.

FAITS TELS QU'ILS SONT FORMULÉS DANS LA SCIENCE

Ils se divisent en faits *d'observation* et faits *d'expérimentation* :

1° *Faits d'observation.* — Ici les faits négatifs abondent, et la raison de cette richesse est bien simple. Comment formulons-nous les

faits d'observation ? Évidemment d'après les sensations qu'ils éveillent en nous ; or, nos sensations nous induisent facilement en erreur, du moins en face de faits non encore classés, en face de faits qu'on aborde pour la première fois. Montrons la chose par quelques exemples dont le premier sera pris en dehors de la médecine.

La lumière est un agent qui nous éclaire par ses rayons. Cette définition a longtemps paru, c'est le cas de le dire, aussi claire que le jour, et cependant elle était fausse, attendu qu'il n'y a pas de rayons. Or il a suffi de l'intrusion de ce simple mot pour faire grimacer le fait avec d'autres. Si l'on s'était borné à dire que la lumière est un agent *qui nous éclaire*, on serait resté dans le vrai ; mais comment se douter de l'illusion des rayons ? Je le répète, en face de faits non encore classés, nos sensations tout d'abord nous trompent, non toujours, du moins le plus souvent.

Autres exemples tirés de la médecine.

L'héméralopie est une cécité périodique surgissant le soir et se dissipant le matin. Telle est la définition encore aujourd'hui admise. Cependant amenez un héméralope, en plein jour, dans une cave sombre, il y sera également aveugle. Donc ici la périodicité n'a jamais été qu'une illusion, et l'héméralopie est une cécité continue bornée à la lumière diffuse, faible, que ce soit de nuit ou de jour. Encore une fois, illusion de nos sens en face d'un fait longtemps non classé.

Citons un troisième exemple, qui a déjà soulevé bien des orages. *Une maladie contagieuse est une maladie spécifique dont l'agent est susceptible d'être importé et de se reproduire après cela dans l'organisme vivant.* C'est la définition de Chomel réduite à ses vrais termes et aujourd'hui encore classique. Or, ici, il y a trois mots de trop, ce sont les mots : *dans l'organisme vivant.* Pourquoi cette addition ? Est-ce qu'un agent, importé dans une contrée, ne peut pas s'y multiplier en dehors de tout organisme vivant, au sein de matières fermentescibles se trouvant, non pas en nous ou dans les animaux, mais en dehors, dans la nature extérieure ? Voyez maintenant ce qui résulte de cette addition précipitée. N'est-il pas vrai qu'importation et reproduction ultérieure d'une maladie impliquent aujourd'hui l'idée de la reproduction de l'agent dans un organisme vivant, et cependant la multiplication peut en évoluer d'une toute autre manière. Restons donc dans le vrai en disant tout simplement qu'une maladie contagieuse est une *maladie spécifique dont l'agent est susceptible d'être importé et de se reproduire après importation.*

De cette manière, nous traduisons le fait tel que la nature nous l'offre, ne l'exagérant, ni l'amoindrissant. Et si maintenant le choléra, par exemple, se multiplie à Paris ou à Marseille, et non à Lyon ou autres localités semblables, les faits ne jureront plus avec la définition. Ce sont tous faits, tous également positifs, et, comme conséquence pratique de la rectification, nous prendrons à Paris et à Marseille telles mesures anti-contagieuses que nous jugerons nécessaires, tandis qu'à Lyon et localités semblables, nous les proposerions, que les municipalités nous en dispenseraient.

Ces premières considérations aboutissent à la conclusion suivante. Après avoir formulé un fait d'observation, si, plus tard, nous rencontrons et constatons un fait opposé, l'opposition n'existera pas contre le premier fait, mais seulement contre la formule traduisant celui-ci. Il faut donc alors nous reporter à cette formule, car il y a là certainement quelque erreur, et si nous parvenons à la trouver et à l'élaguer, toute contradiction disparaîtra, et les faits en apparence opposés se concilieront dans la formule rectifiée. Malheureusement, en médecine la chose n'est pas comprise ainsi. Les uns se cramponnent aux faits positifs, les autres arborent les faits négatifs, et de là déjà une des causes du charivari qu'on sait.

A. NETTER.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

175. Bergonier. De la mélancolie considérée comme cause de tuberculisation.
176. Gamon. Des bandes élastiques en chirurgie ; de leurs usages.
177. Moty. Sur une épidémie de pourriture d'hôpital.
178. Charvot. Température, pouls, urines dans la crise et la convalescence de quelques pyrexies (pneumonie, — fièvre typhoïde, — rhumatisme articulaire).
179. Magnand. Recherches sur les propriétés physiologiques du chloral hydraté.
180. Trifaud. Du délire alcoolique chez les blessés et les opérés.
181. Lucotte. Considérations sur la réunion osseuse sans cal externe appréciable dans les fractures simples.
182. Dupinet. Des principales causes de la mortalité à Paris pendant le siége.
183. Sauzède. Étranglement interne consécutif à une perforation de l'appendice cœcal.
184. Naquard. Étude sur les luxations du cristallin.
185. Muller. De l'atrophie du nerf optique dans les affections cérébrales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Marseille. — Le concours pour l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Sigallas, Gras, Roustan, Fallot, Gamel, Dugout-Baily, Sérieux, Jubiot et Albenois.

Le concours de l'externat a donné lieu aux nominations de MM. Rampal, Giraud (A.), Jourdan, Chatelain, Lambert, Bally, Giraud (G.), Meuré, Patras et Guilhem Maury.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 2 février 1872, à trois heures et demie très-précises, au palais du Luxembourg (cabinet de M. l'administrateur du palais).

Ordre du jour. — 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° Rapport de M. le docteur Voisin sur la candidature au titre de membre correspondant de M. le docteur Bourgogne fils ; — 3° Lecture de M. le docteur Blumenthal sur la paralysie glosso-labio-pharyngée ; — 4° Discussion sur le rapport de la commission (*Loi de 1838 sur les aliénés*).

— La Société de médecine pratique tiendra sa prochaine séance à trois heures et demie précises, à la mairie du 6e arrondissement, place Saint-Sulpice.

Ordre du jour :

M. le docteur Mallez : Rapport sur une observation d'affection calculeuse héréditaire, envoyée par M. Ancelet (de Vailly-sur-Aisne), membre correspondant. — M. Delpech : Des préparations pharmaceutiques de l'*Eucalyptus globulus*. — M. le docteur P. Bouland : De la ténotomie dans le pied-bot paralytique. — M. Guichard : De l'oxyde de fer soluble.

PETITE CORRESPONDANCE

M. H. R..., à Auctoville-sur-Senlis. — Votre abonnement se termine fin avril 1873.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 13. — JEUDI 1er FÉVRIER 1872 45e ANNÉE JEUDI 1er FÉVRIER 1872. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (M. Noël Guéneau de Mussy). ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Variétés. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Décidément notre Académie de médecine est endormie. Plus rien absolument de saillant dans ses séances. La dernière a été en majeure partie occupée par une lecture qu'on eût autrefois renvoyée aux jours de canicule : un travail historique sur la Faculté de Strasbourg.

Aussi n'a-t-on été que médiocrement surpris de voir un médecin, M. le docteur Houzé, lire à la tribune une brochure imprimée depuis quelques mois. Il paraît que le bureau n'était pas averti de cette dérogation flagrante aux traditions académiques, mais personne n'a protesté.

On a seulement profité de la tolérance de M. Barth pour reprendre, pendant ce temps, avec plus de tranquillité, des conversations particulières que jusqu'alors le zélé président avait fréquemment interrompues par ses rappels à l'attention et au silence.

Nous voulions relire après la séance cette brochure, dont l'auteur laissait deux exemplaires à l'Académie ; malheureusement aucun de ces deux exemplaires n'a pu être retrouvé, et nous n'en parlerons que d'après une audition rapide.

L'auteur croit avoir fait une grande découverte, capable de révolutionner la pratique chirurgicale.

Ayant appris par M. Ollier que le périoste engendrait de l'os, il en a conclu que, pour transformer en fractures simples les sections osseuses dans les moignons d'amputation, il suffisait de les recouvrir d'une lamelle de périoste.

Ayant essayé cette méthode sur un enfant de 22 mois dans une amputation du bras, il avait vu la guérison se compléter sans accident au bout de huit jours.

M. Houzé avait pensé d'abord à détacher une lamelle osseuse, afin de mieux rentrer dans la loi générale qui veut des tissus similaires en contact l'un avec l'autre pour rendre plus rapide la cicatrisation. Mais ce fait lui a paru prouver que le périoste étant un tissu similaire au tissu osseux suffisait pour remplir ce but.

Je n'ai pas besoin de faire ressortir aux yeux de nos lecteurs les illusions de M. le docteur Houzé. Les travaux modernes que j'ai rappelés dans un récent article montrent suffisamment combien on s'était exagéré le rôle du périoste vrai, de cette mince lamelle fibreuse qui recouvre les os. Cette lamelle est par elle-même peu vasculaire, et loin de sécréter l'os nouveau presque à elle-seule, elle reste en dedans du cal externe, suivant Billroth, et peut disparaître sans que le travail d'ossification en soit le moins du monde interrompu.

Quant à ce fait de guérison, obtenue au bout de huit jours, d'un enfant amputé du bras, il n'a rien qui doive exciter l'étonnement des chirurgiens. On obtient souvent, en province, la réunion par première intention des moignons d'amputés. C'est même, à ce qu'il paraît, la règle dans les services chirurgicaux de certaines villes, Montpellier par exemple. Si on ne l'essaye pas plus souvent dans les hôpitaux de Paris, c'est qu'on s'y trouve dans des conditions exceptionnellement défavorables. J'ai publié, l'été dernier, plusieurs articles sur ce sujet.

Il faut donc d'abord écarter les théories de M. Houzé, et réduire le fait qu'il rapporte à des proportions plus ordinaires.

Mais reste à savoir si, en effet, il n'y aurait pas quelque avantage à recouvrir l'os sectionné d'un tissu autre que celui des muscles.

Le muscle a le grand inconvénient d'être mobile, d'abord par contraction plus ou moins volontaire, puis par rétraction paralytique ou inflammatoire. Il est donc sujet à glisser sur la surface de section osseuse, et l'on sait que l'immobilité est une condition importante de l'organisation de tout tissu nouveau.

Il serait donc à désirer qu'il fût partout et toujours possible de trouver un tissu fibreux doublé de tissu conjonctif et suffisamment vasculaire pour rendre le travail de cicatrisation qui s'effectue à la surface de l'os à la fois rapide et indépendant des contractions ou rétractions des muscles.

Le périoste peut-il servir à atteindre ce résultat? La chose ne serait pas douteuse s'il s'agissait d'un périoste épaissi par une irritation chronique, par une maladie osseuse ; mais quand on ampute, on a soin de remonter autant que possible à un niveau où l'os paraisse entièrement sain.

Or, à l'état tout à fait normal, le périoste est bien mince et bien peu résistant pour faire une paroi protectrice. Ayant peu de vitalité, il a peu de force plastique et tend à se fondre par un travail de gangrène moléculaire si l'inflammation est un peu vive.

La conservation n'en est donc pas sans inconvénient, et les avantages en sont moins grands que M. Houzé ne le suppose.

D'abord, il est un fait certain : c'est que l'inflammation os-

seuse, l'ostéomyélite, résultant souvent de l'action même de la scie, de petites fractures et de petites esquilles qui deviennent foyer d'irritation, ne saurait être empêchée toujours par une lamelle de périoste.

Il est également certain que, si l'on compare l'état de l'os en pareil cas à ce qu'il est dans une fracture, il faut avoir en vue, non point une *fracture simple*, mais une *fracture compliquée* dont le foyer communique avec l'air.

M. Houzé voudrait-il encore de sa comparaison ramenée à ces termes, qui sont les termes vrais?

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Noel Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (1).

J'ai rencontré des névropathiques qui avaient de la diarrhée, si elles ne restaient pas couchées après leurs repas. Il semble que, dans ce cas, il y ait une incitabilité exagérée du muscle intestinal, que le moindre mouvement met en jeu. Chez une malade qui accusait dernièrement ce trouble morbide, je conseillais l'usage d'une ceinture ventrale pour immobiliser, autant que possible, les anses intestinales ou, du moins, pour atténuer le retentissement des ébranlements causés par les mouvements du tronc.

Sous quelle forme la fluxion herpétique se manifeste-t-elle dans l'intestin? L'observation directe ne l'a pas encore déterminé. On peut suivre jusqu'à l'anus les affections herpétiformes. On les retrouve sur la langue, le voile du palais et le pharynx; au delà, nous n'avons aucun renseignement sur le mode morbide qu'elles peuvent revêtir. S'expriment-elles sous une forme commune, ou la spécialité de la cause produit-elle des lésions spéciales? J'ai discuté cette question à propos de l'herpétisme utérin (*Archives*, oct. 1871); et elle se pose ici dans les mêmes termes.

Certaines affections de la peau, regardées comme parasitaires, peuvent intervenir dans l'étiologie de la diarrhée, au même titre que les affections herpétiques proprement dites. Ainsi, j'observais, il y a quelques semaines, une récidive de diarrhée chez un homme arthritique, sujet à cette indisposition depuis dix-huit ans, mais qui avait cessé d'en souffrir depuis plusieurs mois; le trouble intestinal avait succédé à la guérison rapide, à l'aide de lotions sulfureuses, d'un pytiriasis versicolor qui avait pris des proportions gênantes, et qui se reproduisait assez périodiquement vers le printemps.

Cette alternance d'un trouble sécrétoire de l'intestin avec une affection parasitaire peut paraître une objection à la doctrine que je soutiens ici, qui admet les rapports pathogéniques, la connexité diathésique de certaines affections des membranes muqueuses avec l'herpétisme. Il n'en est rien. Quand la lésion cutanée est ancienne, étendue, elle constitue une habitude congestive de la peau qui peut exercer une action révulsive efficace au profit du tégument interne.

En outre, beaucoup d'affections parasitaires ne doivent pas être considérées comme purement extérieures et accidentelles; elles se développent sur un terrain morbide spécial. Comme je l'ai fait remarquer ailleurs (2), on peut les comparer à ces lichens qui, au milieu d'une forêt, vont choisir les végétaux affaiblis par l'âge ou par la maladie, et respectent les arbres voisins de même âge, de même essence. Je suis convaincu qu'il en est de même du pytiriasis. Comme le muguet, il suppose une altération des sécrétions tégumentaires, développées sous les mêmes influences que les affections dartreuses proprement dites, et il ne paraît pas en différer essentiellement. Le phytoderme qui le caractérise est plutôt l'expression que la cause de la maladie (1).

La diarrhée dartreuse me paraît, en général, atteindre plus profondément la nutrition que la diarrhée arthritique proprement dite : elle amène quelquefois rapidement l'anémie et l'amaigrissement. Dans la diarrhée herpétique comme dans la diarrhée arthritique, les caractères des selles m'ont paru variables. Souvent accompagnées de coliques, elles renferment parfois des mucosités ressemblant à du frai de grenouille. Dans ce cas, la diarrhée paraît avoir surtout pour point de départ une altération du gros intestin.

Dans d'autres cas, une sensation de besoin impérieux, gênante plutôt que douloureuse, précède immédiatement l'expulsion de matières pultacées, offrant parfois une odeur très-fétide. Dans ce cas, une flatulence intestinale accompagne et annonce habituellement la diarrhée.

J'ai connu plusieurs hypocondriaques, de race arthritique, qui rendaient des matières vermicellées, multicolores, mélange, probablement, de mucosités concrètes et de matières mal digérées, filées à travers des bourrelets hémorrhoïdaux.

Chez quelques malades, les évacuations n'ont lieu qu'une fois par jour, mais elles ne sont qu'en partie moulées, et, après l'expulsion de quelques bols fécaux, qui adhèrent au vase et semblent renfermer une proportion considérable de bile, ils rendent une matière pultacée évidemment bilieuse. Dans ce cas, le trouble fonctionnel qui produit la diarrhée paraît retentir sur le foie.

Les caractères en sont, du reste, variables chez le même sujet : tantôt pultacées et bilieuses, peu fréquentes; tantôt glaireuses, elles peuvent devenir séreuses, et alors se répéter vingt à trente fois dans les vingt-quatre heures, pour reprendre ensuite la consistance pultacée. Chez les arthritiques, ces exaspérations ont paru quelquefois provoquées par l'impression du froid.

J'ai dit comment j'avais combattu le flux dysentérique et rétabli, à l'aide de très-petites doses de calomel, l'action de la glande hépatique, dont l'état congestif s'est rapidement modifié. Les lavements à l'azotate d'argent réclament une part importante dans le résultat obtenu. Je vous ai indiqué comment je les administrais, suivant l'âge, les forces, l'excitabilité du sujet, et le mode du travail morbide. Je commence ordinairement chez l'adulte par *dix* ou *vingt* centigrammes d'azotate d'argent cristallisé, dissous dans *cent vingt-cinq* grammes d'eau distillée; on verse cette solution dans une seringue en verre et on l'injecte rapidement ; puis à la seringue en verre on substitue la canule d'un irrigateur rempli au tiers d'eau distillée pour pousser et étendre l'action du topique sur une plus grande partie de l'intestin. Ces lavements sont répétés à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant l'effet produit : s'ils causent d'emblée une vive douleur, si la sensibilité de l'organe malade est très-déve-

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 16 et 23 janvier 1871.

(2) *Traité de l'angine glanduleuse*, 1855.

(1) Des parasites qui ont une vie bien plus considérable, comme les entozoaires, ne vivent pas également bien dans tous les milieux intestinaux. Il en est où ils se complaisent particulièrement. L'âge peut même modifier cette disposition; ainsi les lombrics et les oxyures sont plus communs chez les enfants que chez les adultes.

loppée, on met un jour d'intervalle entre chaque lavement; le soir, on pourra administrer un demi-lavement avec de la décoction de pavots et de l'amidon; s'ils sont bien supportés, on les répète plusieurs jours de suite. Puis, après avoir obtenu la modification thérapeutique qu'on espérait, après avoir arrêté ou du moins considérablement diminué la diarrhée, on reviendra encore aux lavements de nitrate d'argent à des intervalles de plus en plus éloignés, et on y reviendra d'autant plus longtemps que l'affection diarrhéique aura été plus ancienne et plus rebelle. C'est une loi très générale en thérapeutique, applicable à presque toutes les affections qui ont persisté pendant longtemps, ou à celles qui, sans être anciennes, ont profondément impressionné l'organisme: il ne faut pas cesser brusquement l'emploi des modificateurs qui les ont fait disparaître; il faut en prolonger l'usage au delà du moment où les fonctions sont redevenues normales.

Ainsi, quand par l'hygiène et par l'emploi de certains médicaments internes on fait disparaître des diarrhées qui duraient depuis plusieurs années, il faut prévenir les malades qu'à la diarrhée succédera la constipation, mais qu'ils ne doivent pas pour cela abandonner immédiatement le traitement; que cette constipation est une phase presque nécessaire, par laquelle ils doivent passer avant de retrouver l'équilibre fonctionnel. Seulement la présence prolongée des fèces dans l'intestin peut y ramener une irritation qui aboutisse à une rechute; il est alors important de vider l'intestin toutes les 24, toutes les 48 heures au plus, par des lavements émollients, tout en insistant sur les médications antidiarrhéiques.

Quand pendant huit à quinze jours les malades auront rendu des selles solides, on diminuera alors la dose des médicaments employés. Je dis quand les malades auront rendu des selles solides: beaucoup se croient guéris quand ils n'ont plus d'évacuations, ou quand ces évacuations n'ont lieu qu'à plusieurs jours d'intervalle; il faut les avertir que la fréquence des selles n'est qu'un élément secondaire de la diarrhée; son caractère fondamental est leur liquidité.

C'est après avoir bien éprouvé la solidité du rétablissement qu'on peut diminuer les doses des médicaments antidiarrhéiques; on les administrera ensuite à des intervalles de plus en plus éloignés: pendant quelque temps, on ne les donnera que tous les deux jours, puis tous les trois jours, puis pendant quelque temps encore, une ou deux fois par semaine seulement.

Ces règles sont surtout applicables aux médicaments internes, qui vont bientôt nous occuper. Pour les lavements avec le nitrate d'argent, je n'ai jamais eu l'occasion d'en donner plus de 10 ou 12, et un nombre moindre a été en général suffisant; la dose a été rarement au delà de *trente* centigrammes de sel lunaire; chez les petits enfants, je m'en tiens ordinairement à *un* ou *deux* centigrammes.

Avant de recourir à la solution d'azotate d'argent, j'avais prescrit des quarts de lavement avec *cent* grammes de mucilage de gomme, *six* à *huit* grammes de sous-azotate de bismuth et *huit* à *dix* gouttes de laudanum de Sydenham. Cette formule convient dans la période aiguë après l'emploi des émollients.

Si l'irritabilité de l'intestin est très-modérée, on pourra employer avec avantage la décoction de ratanhia ou d'autres composés tanniques, en les additionnant de laudanum, dans les cas où le gros intestin est le foyer principal du travail morbide.

Je me rappelle qu'en 1843, remplaçant Magendie à l'Hôtel-Dieu, je reçus dans le service dont j'étais chargé une femme affectée de diarrhée depuis sept ans. Elle était cachectique au plus haut degré, jaune, maigre, rendue incapable par sa faiblesse de se livrer à aucun travail. Beaucoup de médications avaient échoué contre cette diarrhée si invétérée; les lavements à l'azotate d'argent en triomphèrent; et quelques années après je rencontrai cette malade, méconnaissable tant elle était engraissée; elle se fit reconnaître pour m'apprendre que sa guérison ne s'était pas démentie depuis sa sortie de l'hôpital.

Voici une autre observation de diarrhée rebelle, datant de cinq ans et demi, guérie par les lavements à l'azotate d'argent.

Jean C..., charbonnier, âgé de 27 ans, entra à la Pitié le 6 février 1866. Il était affecté d'un érysipèle de la face à son déclin. C'était la troisième fois que cet exanthème se manifestait dans l'espace de trois mois. L'examen du cœur faisait constater une hypertrophie de l'organe avec induration et insuffisance des valvules sygmoïdes aortiques: exagération de la matité précordiale, double bruit de souffle à la base se propageant suivant la direction de l'aorte, le premier faible et doux, le second rude et fort. Mais le trait saillant de la maladie était une altération générale de la nutrition portée jusqu'à la cachexie, et qui s'expliquait par une diarrhée chronique très-intense. Depuis cinq ans et demi, ce malade rendait chaque jour 10 à 12 selles liquides. Cet état paraissait entretenu par une mauvaise hygiène alimentaire, et il n'avait jamais rien fait pour y remédier.

Le trouble de la circulation cardiaque porté à un certain degré produit une congestion passive de la muqueuse intestinale, qui peut s'exprimer par la diarrhée. On pouvait se demander si les lésions constatées dans le cœur n'avaient pas contribué à la résistance de celle-ci. L'examen des fonctions circulatoires me conduisit à repousser cette interprétation. Quand l'érysipèle eut complétement disparu et que les forces eurent été un peu relevées par les toniques, j'opposai à cette diarrhée opiniâtre le diascordium, la thériaque, le sous-nitrate de bismuth; mais tous ces médicaments demeurèrent sans effet. Guidé alors par la direction des douleurs qui suivaient le contour du gros intestin, je pensai qu'il était le foyer du travail morbide, et je me décidai à diriger sur lui l'action médicatrice. En conséquence, après avoir prescrit un régime sévère, composé exclusivement de bouillons et de potages, je fis prendre au malade des lavements avec une solution de *trente* centigrammes d'azotate d'argent dans *cent vingt-cinq* grammes d'eau. On continua ces injections tous les deux jours, en portant la dose du sel lunaire à *trente-cinq* et *quarante* centigrammes.

A partir du second lavement, une amélioration considérable fut obtenue; il n'y eut même qu'une selle par jour ou même une tous les deux jours, mais ces selles étaient encore liquides.

Le 6 mars, il n'y avait pas eu d'évacuations depuis trois jours; on donna un sixième lavement après quatre jours d'intervalle. Le lendemain, il y eut une selle solide; l'alimentation fut peu à peu augmentée; les lavements furent de plus en plus espacés, puis abandonnés complétement, et le malade sortit le 22 mars, parfaitement guéri de sa diarrhée.

La nature des selles, la présence de mucosités distinctes dans les fèces, la localisation de la sensibilité et des douleurs sur le trajet du gros intestin, me paraissent constituer des indications importantes pour l'emploi des lavements médicamenteux, et en particulier pour l'injection de soluté d'azotate d'argent, quand la diarrhée a résisté aux autres médications.

Bien que dans la dysenterie et dans certaines diarrhées chroniques le gros intestin soit particulièrement affecté, cette localisation n'est pas absolue et les médicaments administrés par la bouche, ceux-là même qui sont destinés à exercer une action topique, sont d'utiles auxiliaires du traitement. A plus forte raison on administrera efficacement de cette manière les médica-

ments qui doivent être absorbés et agissent par l'intermédiaire du système nerveux, comme les préparations opiacées. Dans les autres formes de diarrhée chronique, ce mode d'administration est bien plus puissant encore.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Gubian sur le service médical des eaux minérales de Lamothe, Isère (Commission des eaux minérales);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements des Basses-Pyrénées, du Puy-de-Dôme, de l'Aude, de l'Ain et dans l'arrondissement de Bagnères;

3° Un rapport de M. le docteur Perrotte, d'Avranches, sur une épidémie de dysentérie qui a régné en 1871 dans la commune de Pontorson (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Hervieux, Jaccoud, Moreau, de Tours, qui se présentent comme candidats dans la section de pathologie interne;

2° Des lettres de MM. les docteurs Tarnier et Guéniot, qui se présentent comme candidats pour la section des accouchements.

A propos du procès-verbal, M. MIALHE lit une note sur la valeur thérapeutique relative des sels de quinine.

Des considérations exposées dans ce travail il résulte :

1° Que le sulfate de quinine ne devrait jamais être employé en médecine à l'état de sulfate basique, mais bien à l'état de sulfate acide;

2° Que le sulfate de quinine est un des sels les plus actifs et les plus efficaces de tous les sels quiniques;

3° Que le valérianate de quinine agit plus par l'acide valérianique que par la quinine qu'il contient;

4° Que le tannate de quinine, au contraire, est un des sels les moins actifs et les moins efficaces de tous les sels quiniques, mais qu'il n'est pas complétement inactif.

M. CHAUFFARD. Je ne dis pas que le tannate de quinine est complétement inerte, mais que c'est un sel beaucoup moins puissant, beaucoup moins actif que le sulfate de quinine, et qu'il faut toujours recourir de préférence à ce dernier quand on a affaire à des fièvres intermittentes paludéennes.

M. JULES GUÉRIN. Je ne puis admettre avec M. Mialhe que le valérianate de quinine agisse surtout par l'acide valérianique. C'est un sel de quinine qui, comme tel, égale souvent en énergie le sulfate de quinine et le surpasse même parfois lorsqu'il s'agit d'affections autres que les fièvres paludéennes. Pour ces dernières, je préfère le sulfate de quinine.

M. PIORRY. Les sels de quinine agissent d'autant plus qu'ils sont plus solubles. A ce point de vue, rien n'égale l'alcoolé de quinine, qui peut, en 40 secondes, réduire la rate dans une proportion considérable, comme je m'en suis assuré par le plessimétrisme. Le sulfate de quinine, même lorsqu'il est acide, agit bien plus lentement.

PRÉSENTATIONS

M. GIRALDÈS Je mets sous les yeux de l'Académie l'instrument de Syme, destiné à tenir écartées les mâchoires pendant la staphyloraphie, et dont il a été question à la dernière séance.

M. CHATIN présente, de la part de M. le Dr Hector Georges, un *Traité élémentaire d'hygiène.*

M. GOSSELIN offre en hommage, de la part de M. le docteur Autin, une brochure intitulée : *Du traitement de la hernie étranglée par aspiration sous-cutanée.*

LECTURES

1° *Sur un phénomène nouveau d'influence des nerfs sur la circulation.* — M. ARMAND MOREAU lit sur ce sujet un travail dont voici les points principaux :

Pratiquant à plusieurs reprises l'énervation des artères auriculaires au moment ou cette artère croise le nerf facial, j'ai constaté l'absence des phénomènes de congestion que l'on observe en coupant le nerf cervical sympathique. J'ai attendu des heures et des jours sans voir la vascularisation se produire d'une manière bien appréciable.

Reprenant alors l'expérience, j'ai pratiqué la section du nerf auriculaire cervical, au bout de quelques minutes, quelquefois plusieurs jours après la première opération.

Aussitôt cette section de l'auriculaire faite, apparaît sous l'oreille un réseau sanguin très-remarquable.

Cette vascularisation qui se manifeste alors est due à l'action des deux conditions : énervation de l'artère et section de l'auriculaire.

2° *Nouvelle note sur la constitution médicale.* — M. le docteur LIÉGEY (de Rambervillers) fait la communication suivante :

La présente note est le complément de celle que j'ai eu l'honneur d'offrir à l'Académie le 8 novembre ; car cette première note avait pour principal but de montrer que la guerre de 1870-71 a donné un coup de fouet à la tendance, en France, depuis un certain nombre d'années déjà, de la constitution médicale à s'uniformiser dans le sens de l'asthénie, du typhoïdisme, de la perniciosité et de la périodicité; et, dans la deuxième note, je cherche à faire voir que la même tendance s'offre bien autre part, et cela également depuis un certain nombre d'années.

A partir de 1857, des cas observés dans ma clientèle de la Meurthe et des Vosges, j'ai rapproché les maladies de personnages célèbres ou illustres, morts à l'étranger : celles d'Eugène Sue, de Cavour, du roi de Danemark, du prince Albert, du roi et des princes de Portugal, enlevés, plus ou moins rapidement, par les éléments typhoïdes et pernicieux, isolés ou réunis.

Aujourd'hui, je prends pour point de comparaison étranger ce qui vient de se passer, en Angleterre, au château de Scarborough, parmi des invités au nombre desquels se trouvaient le prince de Galles et lord Chesterfield.

Je vois là un petit foyer épidémique comparable à ceux que j'ai observés dans de modestes demeures.

Par analogie, dans ce temps où de petites causes produisent souvent de grands effets, je crois voir l'étiologie de ce foyer épidémique dans de trop récents travaux d'appropriation de cette demeure seigneuriale.

Il s'y est présenté ce que j'ai souvent signalé, des formes morbides graves, comme celles de lord Chesterfield et du prince, à côté de formes rudimentaires, de formes ébauchées, disait le savant M. Jules Guérin.

C'est à l'élément pernicieux principalement que je crois devoir attribuer la mort rapide de lord Chesterfield ; c'est aussi à l'élément pernicieux que je crois devoir également rapporter ces extrêmes variations de la fièvre typhoïde qui mit le prince aux portes du tombeau.

Cet élément pernicieux, je le rattache à la maladie dite méningite encéphalo-rachidienne épidémique, devenue endémo-épidémique dans tant de contrées, pour ne pas dire partout.

Associées à un mouvement fébrile manifeste ou larvé, les formes si protéiques de cette méningite constituent, à côté de l'ordre des fièvres maremmateuses, un grand, plus grand ordre de fièvres, qui se comportent à la manière des premières, bien que se passant des marais pour se produire.

Pouvant s'ajouter à tout, se greffer sur tout, tout modifier dans leur sens asthénique, ce sont principalement elles qui tendent à uniformiser la constitution médicale.

La cause première de cet ordre de maladies, de cette constitution médicale stationnaire asthénique, est peut-être (opinion que j'ai déjà exprimée en 1849), dans l'*Union médicale*, une grande influence électro-magnétique, qui est peut-être aussi la cause première de la *maladie* des plantes et des épizooties typhiques, épizooties qui, aujourd'hui, ont tant de ressemblance avec les maladies de l'homme.

3° *Notice historique sur la Faculté de médecine de Strasbourg considérée surtout au point de vue de l'obstétrique.* — M. MATTEI, mû, dit-il, par un sentiment patriotique, a esquissé l'histoire de la Faculté de médecine au point de vue des accouchements, et il a démontré que Strasbourg est la ville où l'on a publié le premier traité d'accouchements, comme les premières collections gynécologiques. C'est encore à Strasbourg qu'a été fondée la première clinique obstétricale. Avant comme après la jonction de l'Alsace à la France, cette école a produit des maîtres de l'art, et les thèses obstétricales des plus simples élèves ont toujours un cachet sérieux et pratique qu'on trouverait rarement ailleurs.

M. Mattei termine par des sentiments de regrets et de sympathies envers cette École.

4° *Sur la conservation du périoste dans les amputations.* — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT lit une brochure qu'il a publiée sur ce sujet. (Voir le Premier-Paris.)

A 5 heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Vulpian sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie et de physiologie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 novembre 1871. — Présidence de M. MARROTTE.

ÉPIDÉMIE D'ICTÈRE. — DE L'ANGINE SCROFULEUSE. — INFARCTUS URATIQUES DES REINS CHEZ LES NOUVEAU-NÉS.

M. OLLIVIER lit le discours qu'il a prononcé aux obsèques du regretté Chalvet.

Plusieurs membres de la Société signalent à son attention l'apparition d'une épidémie d'ictères dans l'intérieur de Paris et dans la banlieue.

Cette épidémie n'offre rien de particulier, si ce n'est un caractère extrêmement bénin.

LECTURE

M. ISAMBERT lit un mémoire sur l'angine scrofuleuse (pharyngo-scrofuleuse).

Dans une première partie du mémoire se trouve l'historique de cette angine, dont les auteurs ne font, pour la plupart, qu'une courte mention. La description des livres classiques repose plus sur les données théoriques que sur l'observation de la nature. M. Lasègue, dans son *Traité des angines* (p. 287), tout en admettant l'existence réelle de l'angine scrofuleuse, avoue ne pouvoir encore en préciser les caractères. Dans le *Traité des scrofulides* de M. Bazin, l'angine catarrhale scrofuleuse et la scrofulide maligne (lupus du pharynx) sont décrites très-brièvement, C'est d'après les données de M. Bazin et d'après les détails empruntés à Hamilton (de Dublin), que M. Desnos et M. Peter ont tracé les chapitres concernant l'angine scrofuleuse dans les deux grands Dictionnaires de médecine qui se publient en ce moment. Enfin, la thèse de M. Fougère (*Études sur l'angine maligne de nature scrofuleuse*; Paris, 1871, n° 37) a rassemblé un certain nombre d'observations de MM. Lailler, Hardy et C. Paul; mais là encore les descriptions ne portent que sur le lupus pharyngien et les formes graves de la scrofule qui conduisent aux déformations du voile du palais et des piliers, déformations auxquelles on ne peut plus opposer que l'autoplastie ou les obturateurs mécaniques.

Ce qui manque dans ces travaux, c'est l'histoire de ces angines à leur début, à l'époque où l'on pourrait instituer un traitement curatif, et où il est très-difficile de les distinguer des angines syphilitiques. Cette lacune, M. Isambert cherche à la combler dans ce travail.

La scrofule de la gorge, dit M. Isambert, est avant tout une affection chronique, presque indolente, sans retentissement ganglionnaire. Elle échappe le plus souvent à l'attention tant qu'elle est bornée à la période que M. Bazin appelle l'angine catarrhale, dont il donne ainsi les symptômes : voix gutturo-nasale, surdité, bourdonnements d'oreilles pendant la phonation et la toux, ronflement et quelquefois suffocation pendant le sommeil, expuition d'un mucus épais, etc..., hypertrophie amygdalienne, rougeur, tuméfaction, état granuleux du pharynx et de l'isthme du gosier. M. Isambert pense cependant que l'hypertrophie amygdalienne n'est pas en rapport avec la diathèse scrofuleuse, et en cela il est d'accord avec M. Lasègue. Quant à l'angine glanduleuse, elle n'offre le plus souvent aucune différence avec les hypertrophies folliculaires des sujets herpétiques, arthritiques ou tuberculeux.

Toutefois, il arrive un moment où se présente un caractère particulier qui, selon M. Isambert, est spécial à l'angine scrofuleuse; c'est un léger degré d'ulcération, ou seulement d'érosion, des follicules pharyngiens. Ces petites glandes semblent abrasées à leur sommet et laissent voir un fond gris jaunâtre, d'apparence adipeuse. Ces érosions folliculaires s'observent sur des muqueuses pâles, décolorées, parcourues seulement par un très-fin réseau de capillaires. Par cela, on peut les distinguer des glandes pustuleuses appartenant aux angines folliculeuses exaspérées par les boissons alcooliques ou le tabac, lesquelles sont toujours accompagnées d'une rougeur inflammatoire foncée, avec développement variqueux des petites veines de la muqueuse pharyngienne.

Dans la phthisie pulmonaire laryngée arrivée à ses dernières périodes, on observe bien aussi ces érosions sur une muqueuse pâle, mais alors les phénomènes laryngés et pulmonaires, étant très-avancés, permettent d'établir la différence de nature. Dans la scrofule, l'érosion des follicules pharyngés apparaît, au contraire, d'une manière précoce et avant les lésions graves des organes voisins.

Les ulcérations véritables de la muqueuse pharyngée tenant à la scrofule siégent particulièrement sur la paroi postérieure du pharynx, et c'est là un caractère pathognomonique. Dans la syphilis, au contraire, les ulcérations paraissent d'abord sur le voile du palais, les piliers de l'épiglotte, avant d'envahir la paroi postérieure du pharynx. Les ulcérations scrofuleuses sont irrégulières, à bords sinueux, à surface inégale ou mamelonnée et peu profonde. Elles sont indolentes. Les bords se fondent par une pente douce avec la surface ulcérée; ils ne sont ni décollés, ni recoquillés sur eux-mêmes. Autour des ulcérations, la muqueuse est plus ou moins saine et offre quelquefois un bourgeonnement hypertrophique des follicules muqueux. Cet aspect de la muqueuse qui sépare les ulcérations est rapidement amélioré par quelques cautérisations locales et un traitement topique, tandis que les ulcérations persistent pendant un temps fort long.

Les ulcérations sont le plus souvent recouvertes de mucosités jaunâtres, parfois mêlées à du pus et très-adhérentes. Au-dessous, l'ulcération présente un aspect jaune comme du tissu adipeux et légèrement gaufré à la surface. Hamilton a reconnu ces caractères de l'ulcération scrofuleuse.

A l'inverse de ces ulcérations scrofuleuses, les plaques muqueuses syphiliques sont entourées d'une zone rouge assez étendue; leur centre est mamelonné et d'un gris-bleuâtre très-caractéristique (1).

A l'appui de ses assertions, M. Isambert cite plusieurs observations d'angine catarrhale scrofuleuse, où l'on retrouve les caractères énumérés plus haut.

D'après ses observations, M. Isambert croit qu'on a trop souvent incriminé la syphilis, en ce qui concerne les profondes lésions du

(1) M. Isambert fait remarquer que, pour bien apprécier toutes ces différences de coloration, il importe d'éclairer le fond de la gorge avec la lumière blanche (rayons solaires ou lampe de Drummond).

palais (perforation, perte de substance, adhérences vicieuses), et que c'est au moins dans les cas où la syphilis est entée sur la diathèse scrofuleuse que ces désordres se peuvent produire.

Il n'est pas toujours facile de distinguer les lésions syphilitiques du pharynx des lésions scrofuleuses, mais dans les cas extrêmes le diagnostic est ordinairement simple.

En résumé, l'angine catarrhale scrofuleuse, à son début, se caractérise par des ulcérations dont le siége de prédilection est la paroi postérieure du pharynx, mais qui ne peuvent se montrer aussi sur les piliers du voile du palais, l'orifice des trompes d'Eustache, l'épiglotte et les éminences aryténoïdes. Ces ulcérations sont indolentes et ne s'accompagnent pas d'adénites cervicales. Par ces derniers caractères, elles se distinguent nettement des ulcérations syphilitiques.

De plus, les ulcérations scrofuleuses n'ont pas les reflets irrisés ou opalins, ni le rebord carminé des zones inflammatoires des plaques muqueuses. L'ulcération de la scrofule est de couleur jaune, analogue à celle du tissu cellulo-adipeux; elle est mamelonnée, tomenteuse à sa surface. Le bord est d'un rouge lie-de-vin, assez mince, et se confond rapidement avec la muqueuse normale. Ces ulcérations se recouvrent de crachats muco-purulents et quelquefois de produits pultacés blanchâtres. Dans les cas plus graves, on trouve dans le pharynx une couche d'un gris sale qui recouvre toute la muqueuse et exhale une odeur fétide. Simultanément, on trouve des pustules jaunâtres, acuminées comme de petits furoncles. Ces scrofulides malignes peuvent apparaître d'emblée; cependant les déformations et les adhérences anomales du voile du palais qui les accompagnent quelquefois prouvent qu'il y a eu des poussées antérieures qui ont pu passer inaperçues.

Tandis que le traitement iodo-hydrargyrique modifie rapidement les ulcérations syphilitiques, ce même traitement aggrave les ulcérations scrofuleuses. Les toniques et les anti-scrofuleux produisent d'abord une rapide amélioration, mais les ulcérations sont lentes à se fermer. Elles sont remplacées par des cicatrices blanches nacrées, disposées par petits faisceaux. Les adhérences du voile du palais qui résultent de leur cicatrisation constituent des difformités auxquelles la chirurgie seule peut porter remède.

La surdité qui succède à l'angine scrofuleuse par oblitération de la trompe d'Eustache paraît irrémédiable.

Les complications qui peuvent subvenir sont les hémorrhagies en nappe, l'érysipèle du pharynx et l'œdème de la glotte.

Les commémoratifs et les accidents concomitants seront toujours d'une grande utilité pour le diagnostic de l'angine scrofuleuse et de l'angine syphilitique.

Lorsque la syphilis est mêlée à la scrofule, il devient très-difficile de reconnaître la part de chacune de ces diathèses, qui s'aggravent l'une par l'autre.

Les ulcérations dues à la tuberculose avancée ne pourront pas être prises pour celles de l'angine scrofuleuse.

L'herpétisme, l'arthritisme, la diphthérie, ne donnent jamais lieu à des lésions qu'on puisse confondre avec l'angine scrofuleuse.

Les cancers, les épithéliomas du pharynx, ne seront pas non plus longtemps confondus avec les ulcérations scrofuleuses. La fétidité qu'ils donnent à l'haleine est permanente, tandis que celle causée par l'angine scrofuleuse s'éteint très-rapidement par le traitement.

Le traitement que conseille M. Isambert est l'huile de foie de morue, l'iodure de fer, les toniques en général, et comme moyen local les attouchements avec la teinture d'iode pure ou opiacée, la teinture éthérée d'iodoforme, le chlorure de zinc au centième ou l'acide chromique concentré (au huitième ou au quart). Le perchlorure de fer sera employé dans le cas d'ulcérations saignantes. On pourra insuffler diverses poudres, notamment d'iodoforme mêlé au lycopode. Des douches fréquentes sont très-avantageuses pour calmer la douleur.

M. C. PAUL propose de faire imprimer et distribuer le mémoire de M. Isambert avant d'ouvrir la discussion. Les observations d'angines scrofuleuses sont rares; il en a recueilli pour sa part quinze ou seize.

M. ÉD. LABBÉ s'élève contre l'épithète de scrofuleuse donnée à une maladie. Il y a là une erreur que l'on combat depuis longtemps. Les ophthalmologistes ont renoncé aux vieilles dénominations de : ophthalmies scrofuleuses, kératites scrofuleuses. La scrofule n'est pas une maladie, c'est une diathèse; mais l'angine des scrofuleux ne mérite pas d'être classée dans une forme spéciale dite scrofuleuse.

M. ISAMBERT désire vivement que l'on ouvre la discussion sur son travail, d'autant que ses collègues de l'hôpital Saint-Louis, qui ont l'occasion de voir ces pharyngites scrofuleuses, ont pu se faire des idées personnelles sur le sujet. Cependant les cas que M. Isambert a étudiés au Bureau central rentrent dans les formes bénignes pour lesquelles les malades n'entrent pas à l'hôpital.

M. Isambert est prêt à discuter l'existence de la scrofule, que M. Labbé annule ou qu'il ne considère que comme une simple prédisposition.

(Sera continué.)

VARIÉTÉS

LES FAITS POSITIFS ET LES FAITS NÉGATIFS (1)

2° *Faits d'expérimentation.* — M. Claude Bernard, dont on ne s'étonnera pas de rencontrer ici le nom, fait deux sortes d'expériences, les unes dans le but de vérifier une idée, les autres sans dessein prémédité, uniquement *expériences pour voir*, pour me servir de ses propres expressions. A mon sens, ces dernières opérations ne sont pas des expériences; ce sont, pour le dire brièvement, des *dissections sur le vivant*, des *préparations physiologiques*. L'éminent savant ouvre un lapin pour en contempler soit la digestion, soit la circulation,... dans l'espoir que quelque fait non encore découvert frappera ses regards. Or si rien ne vient fixer son attention, l'opération aura été faite inutilement, et si quelque détail nouveau se révèle, ce sera alors un fait d'observation et non d'expérimentation. Dans ces dissections ou *préparations pour voir*, la *contemplation* ne peut directement aboutir qu'à des faits d'*observation*, et nous avons déjà rappelé la loi qui régit ceux-ci au point de vue des cas positifs et négatifs. Arrivons aux expériences proprement dites, à celles entreprises en vue de vérifier une idée.

Dans ces expériences véritables, le savant connaît d'une part l'animal, ou, pour mieux dire, la partie de l'animal qu'il a préparée; d'autre part, il connaît la nature des agents ou réactifs qu'il emploiera. Il a ainsi préalablement et exactement déterminé les conditions dans lesquelles il va expérimenter; aussi les résultats qu'il obtiendra seront-ils tous positifs, résultats toujours les mêmes, et cette régularité est tellement absolue, que M. Claude Bernard, dans son cours au Collége de France, annonce tout d'abord l'expérience qu'il va faire pour justifier telle ou telle idée, et constamment l'expérience aboutit au résultat annoncé. C'est tout comme en physique ou en chimie, et c'est vraiment merveilleux. Si exceptionnellement une expérience ne donne pas le même résultat qu'une première fois, soit entre les mains d'un même expérimentateur, soit d'un expérimentateur à l'autre, le fait négatif provient de quelque différence existant ou dans la préparation physiologique ou dans les réactifs employés. On se replace alors dans les conditions déterminées, et le fait négatif s'évanouit. Telle est ici encore la loi.

Je reviens à la médecine proprement dite, maintenant, à l'art médical, à l'art de guérir.

C'est ici que les faits négatifs pullulent à côté des faits les plus positifs, et il n'y a pas lieu de s'étonner. D'une part, dans notre ignorance incontestable en étiologie, nous ne connaissons pas d'ordinaire la cause prochaine des premiers phénomènes morbides surgissant; c'est ainsi que nous ne savons absolument rien de l'étiologie de la

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

glycosurie, et pour les affections les plus ordinaires et les plus aisément constatées, bronchites, pneumonies, pleurésies.... si l'empirisme nous a appris que l'exposition au froid en est si souvent la cause, la manière d'agir de celle-ci nous est encore entièrement inconnue, et nous sommes toujours à nous demander pourquoi le froid amène tantôt tel résultat, tantôt tel autre.

De même, en thérapeutique, où la science de l'action des remèdes offre tant de lacunes.

Quelle différence avec les expérimentations en physiologie, où le savant connaît parfaitement les causes des troubles qu'il va étudier, ayant choisi les procédés et agents qu'il emploiera, ayant ainsi lui-même créé l'étiologie, et où, d'autre part, après avoir pénétré dans l'intérieur de l'organisme, il peut contempler les troubles dans l'intimité des tissus ! Mais il y a plus.

Le physiologiste qui expérimente, par cela même qu'il veut obtenir des effets bien déterminés, est obligé, dans sa pathogénie à lui, de recourir à des causes énergiques, puissantes, violentes (section complète d'un nerf, ligature serrée d'un vaisseau, dose suffisante de poison), tous moyens agissant d'une manière *foudroyante* ou *sidérante*. Est-ce ainsi que d'ordinaire se passent les choses en pathologie? Sans doute ici nous avons des cas foudroyants, des effets de prompte sidération, mais heureusement ce sont des cas exceptionnels; car le plus souvent, les causes naturelles ayant agi avec une modération relative, la réaction ne tarde pas à surgir, l'organisme veut vivre, et la *force de conservation de l'individu*, force admise en physiologie, un moment ébranlée par les causes morbides, reprend presque aussitôt son empire. Alors commence la *maladie;* et tandis que pour le physiologiste celle-ci se réduit aux troubles immédiats produits par les agents ou procédés qu'il a employés, pour le médecin elle consiste dans une évolution lente et successive de phénomènes, évolution qui heureusement encore s'opère avec une régularité suffisante pour qu'en pathologie nous ayons ce que l'on appelle la *marche des maladies*.

J'ai dû entrer dans ces considérations, afin de bien délimiter mon sujet. Elles nous montrent que l'art médical doit continuer à se maintenir sur le terrain traditionnel de la clinique. Utilisant tous les enseignements, physiologiques, chimiques, la clinique est la clinique, art double, c'est-à-dire *diagnostic*, art de reconnaître la maladie offerte, la faisant rentrer dans tel ou tel groupe de la science pathologique ; ensuite *thérapeutique*, art d'amener la guérison. Qu'en est-il des faits positifs et négatifs en clinique?

Diagnostic. Ici le fait négatif est le fait qui jure avec les formules de la pathologie. Quand en Algérie nous avons appris à enrayer les fièvres continues avec le sulfate de quinine, ce fait a été une *négation* des formules qui séparaient entièrement les fièvres continues des intermittentes. On a changé la formule par l'admission de la diathèse paludéenne, et la négation s'est évanouie dans la formule rectifiée. C'est ainsi encore que la colique de plomb a dû se ranger dans la diathèse saturnine pour faire place aux paralysies et encéphalopathies saturnines ; c'est ainsi encore que nos traités de pathologie se modifient sans cesse sous l'empire de faits fournis par la clinique, faits négatifs par rapport aux groupements établis. On change les formules systématiques, et les faits négatifs disparaissent.

Arrivons à la thérapeutique. A. NETTER.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 25 janvier 1872, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Boulian, Pauly, Masse et Navarre.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Thierry de Maugras, Béchade, Vedrènes, Champouillon et Gaujot.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Bonnet, Chailan, Michot, de Aldovrandi, Dandreau, Rogues, Bernard, Clédat de la Vigerie, Bézard, Clary, Ducrest-Lorgerie, Eynaud, Maurel de Laponnarède, Martrès, Parisy, Darcy, Robert, Desmont de Sournac, Malaval, Luc, Galand, Vidal, Goinard, Manoha, Hatry, Bock, Bouchard, Bourot, Mathieu et Mathis.

Au grade de médecin-major de 2e classe : MM. Willingens, Landrin, Taquoy, Cros, Fournier, Gérard, Fabriès, Vanmerris, Duchemin, Barbier, Klée, Bertelé, Jacquez, Jossot, Gaumé, Bertrand, Louis, Rheims, Sonrel, Pineau ;

Ricoud, Arnaud, Baulies, Mouter, Josien, Planque, Thomas, Aubert, Delort, Gonin, Bablon, Donnezan, Richon, Maurin, Renauld, Bouchez, Paloque, Laurent, Moussu, Beauchany ;

Utz, Péchaud, Pinchard, Jeunehomme, d'Hennezel, Faucon, Larderich, Barthélemy, Lenoir, Madamet, Joly, Weber, Nevière, Dogny, Rivière, Roux, Rochet, Kiéner, Regnier, Vivier;

Bar, Laval, Claudot, Lereboullet et Marvaud.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe : M. Fetsch.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe : M. Villedon-Denaide.

— *École de pharmacie de Paris.* — M. Chevalier, professeur de pharmacie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant l'année scolaire 1871-1872, par M. Bourgoin, professeur agrégé de la chaire.

M. Prunier est nommé préparateur du cours de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Paris, en remplacement de M. Jungfleisch, dont la démission est acceptée.

— *École normale supérieure.* — M. Perrier, docteur ès-sciences, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, est nommé maître de conférences d'histoire naturelle à l'École normale supérieure, en remplacement de M. Lacaze-Duthiers, démissionnaire.

— *École de médecine de Bordeaux.* — M. Girard, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux (emploi nouveau).

— *École de médecine de Marseille.* — M. Demeules, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille (emploi vacant).

— A céder, bonne clientèle de médecin et pharmacien réunis, dans le département du Loiret, arrondissement de Pithiviers. — Produit moyen ; 15,000 fr. — S'adresser au bureau du journal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Extraction d'une balle au niveau de la cloison recto-prostatique. Perforation de la vessie et du rectum par une balle suivie de guérison. — Des blessures par armes à feu perfectionnées et de la conservation des membres ainsi blessés. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles. — Petite correspondance.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Extraction d'une balle au niveau de la cloison recto-prostatique.

Le fait suivant, que nous communique M. le docteur Paul Redard, paraîtra intéressant non-seulement en raison de sa rareté, mais surtout à cause du résultat heureux de l'opération chirurgicale qui a été mise en pratique en temps utile.

Le nommé B..., soldat du train, se présenta le 23 mars à l'ambulance de Longchamp, pour une blessure qu'il venait de recevoir au moment où il chargeait des sacs d'avoine sur une voiture; son corps se trouvait dans la demi-flexion.

La balle qui l'a frappé a pénétré dans la région fessière, un peu en arrière du grand trochanter. Le blessé ne perçut pas d'abord une grande douleur, l'hémorrhagie était nulle et il put même marcher pendant quelque temps.

Voici ce qui fut constaté à son entrée dans l'ambulance : B.... ne semblait pas très-effrayé de sa blessure, l'hémorrhagie était nulle et la température était presque normale (on verra plus loin les motifs de l'importance attachée à ce fait); le pouls était normal. L'ouverture d'entrée de la balle est à quelques centimètres en arrière du grand trochanter; elle continue par un trajet fistuleux très-sinueux, remontant de haut en bas dans la direction de la vessie. Un stylet, introduit très-profondément, ne donne aucune notion utile, et il est impossible de se rendre compte de la profondeur du trajet, et par conséquent des désordres que la balle peut avoir produits en cheminant à travers des organes aussi importants que ceux vers lesquels elle semblait s'être dirigée.

On fait uriner immédiatement le malade et on constate un signe de fâcheux augure, la présence du sang dans les urines. Il y a, en outre, un peu de rétention d'urine, une douleur recto-prostatique très-vive et un sentiment de pesanteur vers le rectum. Les selles sont régulières et ne présentent rien d'anormal.

En pratiquant le toucher rectal au niveau de la prostate, on reconnaît l'existence d'une tumeur dure, très-résistante, et l'on éprouve exactement la sensation perçue lorsqu'il existe une hypertrophie de la prostate, avec cette différence que la résistance rencontrée présente la sensation de dureté métallique. C'était là qu'était évidemment la balle, en partie surtout sur la ligne médiane. Il s'agissait de l'extraire. L'extraction a été faite le 28 mai, par M. Ricord. Voici de quelle manière :

Ce chirurgien s'est servi d'un bistouri à lame cachée qu'il a pu ainsi porter à couvert jusque sur le point à inciser et diriger dans le rectum. L'incision fut faite sur la ligne médiane de la cloison recto-prostatique, afin d'éviter les gros troncs vasculaires. La balle fut dès lors mise à nu, et après quelques tentatives assez laborieuses, elle put être saisie avec les pinces.

Le malade éprouva sur-le-champ un soulagement très-marqué l'hémorrhagie par le rectum fut nulle. On prescrivit des lavements émollients.

Le lendemain, les urines ne contenaient plus aucune trace de sang ; l'ouverture d'entrée donne issue à une quantité assez considérable de pus de bonne nature ; on prévoit que l'os iliaque a pu être fracturé, mais ce fait ne peut être constaté d'une façon directe.

Une certaine quantité de matières fécales s'écoule aussi par cette ouverture. Le malade a de la diarrhée. De grandes irrigations sont pratiquées matin et soir dans le trajet fistuleux, et des lavements émollients sont administrés.

Le jour suivant, il existe un peu de fièvre; la température est 38°,3. Les selles sont diarrhéiques ; pas de sang dans les urines. Les matières fécales s'écoulent par la plaie.

Bientôt (6 jours après), un mieux marqué se produit. Les matières fécales ne s'écoulent plus par la plaie ; la suppuration est toujours très-abondante ; la diarrhée continue ; cependant les urines sont normales ; l'appétit est excellent.

Au bout d'une vingtaine de jours environ, le malade ayant exprimé le désir de retourner au camp est autorisé à quitter l'ambulance.

Quelques jours après sa rentrée au camp, M. P. Redard, étant allé le visiter, est douloureusement surpris de voir que le pus s'écoule encore en grande quantité par l'ouverture extérieure, et qu'une partie fuse même le long des muscles de la cuisse.

Le malade en paraît considérablement affaibli ; son appétit est en partie perdu.

En présence de ces accidents, M. Redard place la cuisse dans la demi-flexion, et la fixe à l'aide d'un bandage ouaté assez épais, de façon que le coton, prenant et comprimant les interstices musculaires, empêche le pus de s'accumuler vers les parties déclives.

Nonobstant ces précautions, il ne tarda pas à se former une tuméfaction assez volumineuse dans l'aine gauche, tuméfaction dure d'abord et qui devint bientôt fluctuante. Il fallut ouvrir cet abcès, qui avait décollé les muscles dans une étendue assez considérable. Il n'y avait d'ailleurs aucune communication entre l'ouverture externe (ouverture d'entrée de la balle) et l'ouverture artificielle pratiquée pour l'écoulement du pus. L'ouverture d'entrée de la balle était en outre notablement agrandie, et on put alors, en introduisant le doigt très-profondément de bas en haut, constater une fracture de l'os iliaque qui semblait, comme dans la plupart des cas de ce genre, du reste, être régulière et à emporte-pièce, l'index s'engageant dans une excavation osseuse parfaitement limitée.

A partir de ce moment, le malade va de mieux en mieux ; la diarrhée cesse, la suppuration diminue. Le trajet fistuleux bourgeonne et la prolifération s'empare à son tour des parois de l'abcès qui s'accolent. Il n'existe plus bientôt qu'une suppuration abondante par l'ouverture d'entrée de la balle ; l'appétit redevient excellent, et le malade marche à grands pas vers sa guérison ; mais il reste une émaciation et une atrophie excessives de tout le membre inférieur, avec persistance, toutefois, des mouvements. Malgré une petite vérole que le blessé a eue à subir intercurremment, la guérison a marché rapidement. (Ce blessé est aujourd'hui en convalescence à l'hôpital du Gros-Caillou.)

M. Redard signale, dans cette observation, plusieurs faits dignes d'attention. Et, d'abord, il nous fait remarquer la rareté d'une blessure de la *cloison recto-prostatique*. « Il est curieux, en effet, dit-il, que la balle se soit arrêtée dans cette cloison, résistante il est vrai, et l'on ne peut s'empêcher de songer aux accidents plus graves qui auraient pu survenir si la balle avait continué sa marche et perforé la vessie. Nous avons cherché dans les traités de chirurgie militaire, et nous n'avons retrouvé aucun fait semblable.

« L'intervention chirurgicale a été, dans ce cas, très-utile, et des complications graves seraient survenues si M. Ricord n'avait pas pratiqué immédiatement l'extraction. Le procédé dont s'est servi ce chirurgien était très-simple et a été couronné de succès ; il est vrai qu'on aurait pu, suivant le procédé de M. Demarquay pour les abcès péri-prostatiques, inciser au devant de l'anus ou sur les côtés du raphé, et l'on serait probablement arrivé au même résultat. »

On aura remarqué, en outre, la durée extrêmement longue de la suppuration, qui doit trouver son explication dans la lésion osseuse constatée après coup. Toutes les fractures des os, et en particulier celles des iliaques, donnant lieu à des suppurations très-prolongées, on ne doit pas s'étonner, dès lors, d'avoir assisté ici à une suppuration de six grands mois, sans que le traitement institué ait paru produire quelque effet.

Si l'on se reporte aussi au commencement de cette observation, on verra que l'on s'est préoccupé, avant de se livrer à un examen complet du malade, de la température. « Nous trouvions, ajoute M. Redard, une température presque normale, et partant de ce fait, avant de constater la situation de la balle, nous pouvions affirmer qu'il n'existait pas de plaie pénétrante grave de l'abdomen, qui nous aurait donné cette température hypo-physiologique de l'étranglement que nous avons observée fort souvent.

« On comprend l'importance de ce fait, si nous n'avions pu constater la présence de la balle, qui se traduisait par la résistance métallique reconnue à l'exploration. Là encore se montrait l'importance de la thermométrie que M. Demarquay nous a fait étudier et qui nous a conduit à d'heureux résultats. » (Voyez l'analyse que nous avons faite récemment du travail de M. P. Redard sur l'abaissement de la température des grands traumatiques.)

Perforation de la vessie et du rectum par une balle, suivie de guérison.

Le trajet qu'a suivi la balle dans le cas que nous venons de rapporter est celui que suivent très-souvent ces projectiles lorsqu'ils viennent à pénétrer à travers les organes pelviens jusque dans la vessie. Ce rapprochement et la coïncidence d'un fait de plaie pénétrante de la vessie, suivi de guérison, que M. Redard a eu l'occasion d'observer dans la même ambulance, lui ont fourni le texte de quelques considérations sur ce sujet, qui trouvent ici leur place naturelle.

Dans un mémoire très-intéressant communiqué dans le temps à l'Académie de médecine, M. Demarquay a montré que les blessures de la vessie, très-fréquentes par les armes à feu en temps de guerre, sont loin d'être toujours aussi graves qu'on se le figure, et il a fait voir, comme Roux l'avait avancé d'ailleurs avant lui, que le pronostic était en raison de la région lésée, que la partie antérieure de la vessie et son bas-fond, par exemple, peuvent être blessés sans que le péritoine le soit aucunement et sans entraîner la mort.

M. H. Larrey, dans le rapport qu'il fit à cette époque sur le mémoire de M. Demarquay, rapportait à l'appui plusieurs observations de plaies de la vessie par armes à feu, suivies de guérison.

Voici l'observation nouvelle du même genre, recueillie dans les services de l'ambulance de Longchamp, où M. Redard a pu suivre le blessé.

Nous laissons la parole à notre confrère :

« E..., âgé de 27 ans, soldat au 90e de ligne, fut blessé le 30 septembre au soir, au combat de la redoute du fort de Bicêtre, par une balle entrée par la fesse droite et qui perfora le rectum et la vessie, en sortant par la partie postérieure et moyenne de la cuisse gauche, formant un premier séton de la fesse droite à la cloison recto-vésicale, par où l'urine sort en abondance, et un second séton du rectum à la partie moyenne et postérieure de la cuisse gauche par où les matières fécales sortent aussi.

Le blessé avait eu une hémorrhagie assez grave sur le champ de bataille, et il avait perdu connaissance lorsqu'on le transporta dans le service de M. Demarquay.

Le malade éprouve des douleurs intolérables ; il est pris d'une soif très-ardente, et la fièvre ne tarde pas à devenir vive. Ses urines et ses matières fécales mêlées sortent par les deux plaies ; il y a du ténesme et des douleurs de plus en plus violentes, s'étendant jusqu'aux reins, en même temps qu'aux deux cuisses et jusqu'à la jambe gauche. L'exploration, pratiquée par l'anus, indique la communication de la vessie et du rectum. D'ailleurs, le malade rend ses urines mêlées aux matières fécales par l'anus.

Le malade va très-peu à la selle et urine très-peu par le méat urinaire.

Le 28 octobre, le malade ne va guère mieux ; il souffre toujours beaucoup. Une purgation est administrée, et bientôt on passe une sonde : la vessie est en proie à des contractions très-vives.

Pendant les huit jours derniers, les contractions puissantes et fréquentes de la vessie ont été continues. Des gaz sont mélangés aux excrétions, et l'urine est rendue avec ce bruit particulier que M. Ricord a appelé *bruit perlé*.

La suppuration devient bientôt meilleure, et les trajets fistuleux semblent vouloir s'oblitérer. On laisse une sonde à demeure.

Le 30 octobre, on ouvre quelques abcès qui se sont formés au bras droit et au creux poplité de la jambe gauche.

Malgré ces accidents, dès la première semaine de novembre, le malade se lève et marche avec des béquilles. Il dort mieux, souffre moins dans la journée et dans la nuit; les trajets fistuleux se cicatrisent et ne laissent passer que peu de liquide.

Le 15 novembre, le malade reste levé une grande partie de la journée, descend les escaliers et a un excellent appétit.

A partir du 1er décembre, il entre en pleine convalescence. Les fonctions de la vessie et du rectum s'accomplissent encore avec quelques difficultés, mais nous assistons à une amélioration progressive jusqu'au jour où le malade sort entièrement guéri de l'hôpital.

Les faits de ce genre ne paraissent pas très-rares ; le chirurgien Mac Cormac, dans un ouvrage récent intitulé : *Notes et recollections of an ambulance Surgeon*, 1871, cite quelques cas où, malgré une perforation de la vessie ou du rectum, le malade a parfaitement guéri (cas XXVI, XXVII; cas de double fistule fécale, XXVII). Il a vu aussi, à l'ambulance belge, deux cas de fistule urinaire sans aucun symptôme alarmant. M. Larrey pense, du reste, que si les plaies de la vessie par armes à feu sont moins graves que celles par armes blanches, cela tient à l'attrition immédiate ; le gonflement et l'escharrification de ces tissus, causée par les projectiles empêchant l'issue de l'urine hors de la vessie. On le voit, le pronostic est loin d'être toujours fatal, et nous sommes loin, dans tous les cas, de prononcer, avec Hippocrate, cette sentence de mort : *Cui persecta vesica lethale.* »

DES BLESSURES PAR ARMES A FEU PERFECTIONNÉES
ET DE LA CONSERVATION DES MEMBRES AINSI BLESSÉS (1),

Par M. le docteur LANTIER.

N° 31 de la statistique de l'administration des postes. — Théotil G., entré le 30 novembre 1870, blessé au combat de Champigny. Coup de feu à la jambe droite, qui est traversée de part en part à sa partie moyenne ; le péroné est fracassé : à travers la plaie postéro-externe on perçoit distinctement la mobilité des fragments. Débridement de l'orifice d'entrée. Application de teinture balsamique et injections de la même substance. Cinq jours après, issue d'une petite esquille et d'un lambeau d'étoffe. Dès lors les injections balsamiques traversent d'un jet tout le parcours de la balle. Le huitième jour, vers midi, hémorrhagie considérable sous le pansement ; la perte de sang, qui peut être évaluée à un litre et demi, inonde tout le lit. On accourt me prévenir. La préparation employée ne contenait pas d'ergotine; emploi de mixture normalement composée; l'hémorrhagie est enrayée. Depuis, le travail de cicatrisation s'établit franchement dans les parties molles aussi bien que dans l'os fracturé. Jamais de fièvre. Le blessé est sorti, le 2 mars 1871, guéri et se servant parfaitement de sa jambe.

N° 29 de la statistique de l'administration des postes. — Pierre-Louis Q., entré le 30 novembre 1870, blessé au combat de Champigny d'un coup de feu au quart supérieur du bras droit. Blessure affreuse. Le bras, traversé de part en part, n'existe plus dans sa continuité que par deux lambeaux de chair; l'humérus est en éclats, et à travers la plaie on peut facilement passer deux doigts à la fois.

(1) Suite. — Voir le numéro du 26-28 décembre 1871.

L'amputation a été jugée non-seulement de nécessité, mais d'urgence.

Mais l'artère humérale est intacte. Quoi qu'il en coûte, je veux conserver le bras de ce blessé. Application extérieure et interne de teinture balsamique; attelles, linges chauds sur tout le membre. Le neuvième jour, issue d'un lambeau de capote. Pendant douze jours la peau au-dessous de la blessure, dans une étendue de la largeur de la main, reste froide ; mais les artères radiale et cubitale battent. Le treizième jour enfin la réaction arrive, la peau s'échauffe : le blessé gardera son bras.

Chaque jour, des esquilles sont extraites au moyen des ciseaux et du bistouri. Ces esquilles, au nombre de 11, dont 7 énormes, montrent que l'humérus a été emporté dans toute son épaisseur sur la longueur de plus de 5 centimètres; elles sont conservées dans un flacon cacheté du sceau de la direction générale des forts.

A la troisième semaine, commencement de consolidation; la plaie d'entrée se rétrécit ; au bout d'un mois, elle est solidement cicatrisée. Les lavages et les pansements n'ont plus lieu que par l'orifice de sortie de la balle, véritable trou béant.

A la fin de janvier, le blessé commence à faire les mouvements d'ensemble du bras, la cicatrisation marche à grands pas.

En février, par imprudence injustifiable, le blessé sort sans permission de l'ambulance et rentre ivre-mort. Il y a lieu de craindre un phlegmon diffus ; je fis alors une longue et profonde incision du bras ; même pansement ; quelques infiniment petites esquilles blanches sont retirées ; elles sont également conservées , mais dans des flacons. Le pansement est additionné de teinture de bdellium. — Je demeure maître de la complication ; quand, sur ses instances réitérées, le blessé sort le 23 mars 1871 avec son bras et sa main qui fonctionnent parfaitement, malgré le raccourcissement de l'humérus. Il n'y a jamais eu de fièvre. Il est à remarquer que V. L. D. est âgé de 41 ans, qu'il tousse habituellement et est adonné à la boisson.

N° 50 de la Statistique de l'administration des Postes. — Marcellin M.., entré le 20 janvier, blessé au combat de Montretout d'un coup de feu à la main droite : large plaie cernant à sa racine le pouce, l'index et le médius ; fracture comminative de l'articulation métacarpo-phalangienne-médiane ; section du tendon extenseur. Teinture balsamique en application et en lavage ; extraction d'esquilles. Un phlegmon se déclare : je fais une longue incision au dos de la main ; le foyer est mis à découvert; même traitement; cependant addition pendant quelques jours de teinture de bdellium. Sa main est dès lors maintenue appliquée sur une planchette résistante, la paume étant constamment pleine de charpie. Jamais de fièvre. M... peut sortir le 28 mars, ses plaies, solidement cicatrisées, commençant à faire jouer le doigt médius, lequel, diminué d'un centimètre et demi, se trouve plus court que l'index et l'annulaire, mais conservant la phalange unguéale.

N° 52 de la Statistique de l'administration des Postes — Ausbert G.., entré le 1er février, blessé au combat de Montretout d'un coup de feu à la tête : contusions au crâne ; un lambeau triangulaire, y compris le périoste, est détaché au-dessus du front sur une étendue de six centimètres. Lorsque ce blessé, qui est du 13e bataillon de la garde nationale, me fut adressé à l'ambulance, sa blessure n'était qu'un véritable sac à pus; le lambeau, tordu sur son pédicule, présentait une partie de sa face chevelue au fond de la plaie ; G... était déjà en voie de s'infecter ; très-amaigri, il avait éprouvé des accidents nerveux, tressaillements de la face et des paupières, avec frissons réitérés.

Dissection du lambeau et adaptation convenable ; application de teinture balsamique.

Les accidents nerveux disparaissent aussi bien que les frissons ; G... se sent revenir à la vie et ne se croit plus menacé de tétanos, ainsi qu'on le lui avait dit autrefois.

Il a fallu, à plusieurs reprises, exciser les bords de la plaie, mais la cicatrisation finit par s'établir, de telle sorte que G.... sortit le 23 février.

N° 34 de la statistique de l'administration des postes. — Pierre M..., entré le 30 novembre 1870 ; blessé au combat de Chambigny d'un

coup de feu au coude droit. Un seul orifice à lisière bleuâtre et à collerette d'épiderme décollé se voit à la région olécrânienne. La flexion est facile, mais l'extension peut se faire complétement.

Application de teinture balsamique : cicatrisation de la plaie au bout de quinze jours. Cependant l'extension persiste à ne pas se faire complétement, même la rétraction dans le sens de la flexion prédomine de plus en plus ; le coude est gonflé, surtout au niveau de l'épicondyle; pas de fièvre ; M... croit à la présence de la balle, bien que les explorations méthodiques dans la position où il a été blessé ne confirment pas cette opinion; il réclame d'être opéré.

Le 3 février, j'emploie la chloroformisation, dans l'espérance d'obtenir l'extension complète pendant la résolution. Ceci est fait sans succès. M... veut à toute force être opéré.

Le 13 février, me rendant à ses vœux, confiant du reste dans l'innocuité de l'opération, suivie du traitement par la teinture balsamique, je me décide à trépaner l'os, qui est tuméfié. Donc, nouvelle chloroformisation, incision à la partie externe du coude, dénudation de l'extrémité inférieure et externe de l'humérus, application d'une couronne de trépan sur sa partie postéro-externe, comprenant une portion de l'épicondyle.

Cette opération ne fait découvrir aucun projectile; du moins elle montre le trajet qu'il a parcouru ; trajet reconnaissable à la teinte bleuâtre des tissus.

Une seule artère a dû être liée; application de teinture balsamique. Cinq jours après, le blessé se levait; il n'a jamais eu de fièvre. 10 mars, le coude n'est pas tuméfié ni empâté ; M... déclare se trouver plus fort de son bras ; l'extension est plus facile et plus étendue, et il y a lieu de croire qu'avec le temps cette fonction se rétablira dans sa plénitude.

N° 53 de la statistique de l'administration des Postes. — Henri A..., entré le 20 février. Éclats d'obus à la main droite. Blessé au combat de Soigny, près d'Orléans, A... a été amputé en province quinze jours après sa blessure, et successivement du pouce, de l'index et du médius. A son entrée à l'ambulance des Postes, la surface des moignons n'est qu'une plaie fétide, semée de taches noires insensibles. A... est pâle, sans appétit, mais avec des frissons. Application de teinture balsamique. La plaie devient rapidement inodore, rosée, et, le 1er avril, il ne reste plus à se combler que les vides causés par l'élimination des points gangréneux.

Il est à remarquer que la plupart des blessés sont arrivés dans les plus mauvaises conditions ; la fatigue, la faim, la soif et le froid les avaient épuisés. Dans des conditions meilleures, le résultat est encore plus satisfaisant. C'est ainsi que j'ajoute le fait suivant :

En mai 1870, Albert M..., sujet prussien, employé à la maison E. Erlanger, est blessé d'un coup de revolver. La balle, de gros calibre, entre à la partie supérieure et externe de la cuisse gauche, paraît avoir contourné le fémur et va se loger entre les tendons dits de la patte d'oie. Appelé à la hâte, je fais, non sans peine, l'extraction de la balle, qui se trouvait pincée par les tendons rétractés. Injection de teinture balsamique dans le trajet; fermeture hermétique des orifices; au bout de six jours, issue par l'orifice de sortie d'un lambeau de vêtement; la cicatrisation n'en continue pas moins sa marche par première intention, et s'obtient définitivement, sans suppuration, en moins de trois semaines : à cette époque, en effet, Albert A... se trouve dans la plénitude des fonctions du membre blessé.

(Sera continué.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

— La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le *Bulletin général de thérapeutique*; — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — Le *Marseille médical*; — Le *Lyon médical*; — *Bulletin du Nord de la France*; — Le *Bulletin médical de l'Aisne*; — Trois mémoires en italien : *Sur l'usage du camphre en poudre dans la pourriture d'hôpital*, par le docteur Francesco Dichiara. — *Vaginotomie pour un vagin double*, par le docteur Rizzoli. — *Fracture artificielle du fémur droit pour remédier à une claudication du membre gauche*, par le docteur Rizzoli.

M. LARREY présente : *Notes et souvenirs d'ambulance*, par M. William Mal Cosnac. — *Études médicales sur Baréges*, par le docteur Armieux.

INSTALLATION DU BUREAU

M. BLOT. Au moment de quitter le bureau, j'éprouve le besoin de vous exprimer toute ma gratitude.

Quand j'ai pris possession du fauteuil de la présidence, je vous disais, très-sincèrement et sans fausse modestie, que je ne me faisais aucune illusion sur les motifs qui me valaient cet honneur. Pour moi, je le devais surtout aux sentiments de sympathie et d'estime qui ont toujours existé entre vous et moi. Ces sentiments, vous me les avez continués, et ma tâche a été ainsi rendue singulièrement plus facile. Merci donc de nouveau, merci du fond du cœur.

Après ces paroles, M. Blot, président sortant, invite M. Dolbeau, président pour l'année 1872, à prendre place au fauteuil. M. Guyon prend place au bureau comme secrétaire général.

M DOLBEAU prend la parole.

Messieurs et chers collègues,

Vous m'avez comblé lorsque vous avez bien voulu me désigner pour présider la Société de chirurgie pendant l'année 1872.

Comme tous ceux qui m'ont précédé, je sens le prix de l'honneur qui m'est fait, je comprends les devoirs qui me sont imposés.

Je ne vous parlerai pas, messieurs, de mon insuffisance, je vous dirai simplement que toute ma bonne volonté vous est acquise.

J'ai le désir de bien diriger vos travaux, j'y mettrai tous mes soins, toute l'impartialité qu'on est en droit d'attendre d'un bon président.

La Société de chirurgie est toujours prospère ; elle jouit d'une juste et légitime influence; sa vitalité est telle que, malgré nos tourments, nos angoisses patriotiques, nous avons tenu séance régulièrement pendant toute la durée du siége de Paris, ne suspendant pas nos travaux lorsque les obus allemands menaçaient la salle de nos réunions, mais seulement lorsqu'il nous fallait courir à notre poste, là où se trouvaient nos pauvres blessés. Dans ces jours de lutte désespérée, alors qu'il s'agissait de sauver l'honneur du pays, nous pouvons le dire hautement, le corps des chirurgiens a noblement fait son devoir.

En ces temps de regrets et d'abaissement, alors qu'il est déjà question de rénovation, c'est à la science de montrer le but, c'est à chacun de nous de tracer le sillon.

Les sociétés savantes doivent toutes rivaliser de zèle; la Société de chirurgie ne restera certainement pas en arrière. Peut-être eût-il été désirable, en ces circonstances exceptionnelles, de voir à votre tête un président plus autorisé.

Je tâcherai, puisque le soin m'en est échu, de diriger vos travaux dans une voie de progrès.

Je le disais il n'y a qu'un instant, la situation de la Société de chirurgie est toujours prospère; toutefois, diverses circonstances seraient de nature à ralentir notre course, à diminuer notre légitime autorité. Ces circonstances, il est de mon devoir de vous les signaler, je fixerai donc un instant votre attention sur ce sujet.

La Société de chirurgie a possédé dans son sein toutes les illustrations chirurgicales; son influence, sa réputation, dirai-je, elle les a dues surtout aux hommes éminents qui ont été ses fondateurs. Aujourd'hui, presque tous les membres fondateurs sont morts, il n'en reste plus qu'un très-petit nombre ; aussi les entourons-nous

du respect et de la considération auxquels ils ont droit. Outre nos morts, il y a un grand nombre d'absents; ceux-ci nous ont quittés, je ne dirai pas pour se fixer dans des régions scientifiques plus élevées, ils ont été entraînés loin de nous par des obligations chaque jour plus nombreuses. Nous n'avons certes pas de reproches à leur adresser, nous n'avons que des regrets à formuler. Les vides, il faut les combler, il faut surtout désirer qu'ils ne se multiplient pas ; nous prions les anciens de rester parmi nous. Que ceux qui se sentiraient entraînés vers le repos réfléchissent avant de nous quitter; qu'ils songent que la Société de chirurgie fut en quelque sorte le berceau de leur réputation; il ne faut pas qu'ils ignorent que leur retraite ferait tort à la cause commune, je les prie de ne pas oublier l'accueil toujours si déférent qu'ils reçoivent des nouveaux élus.

Oui, messieurs, et cela est la vérité, trop d'anciens noms nous ont quittés, et la Société de chirurgie s'est trouvée privée de bien des appuis naturels. Ce n'est pas que notre œuvre puisse être compromise; l'édifice en est solide, et il y a ici de jeunes et robustes bras capables de le soutenir.

L'absence des anciens a pesé d'une notable influence sur les travaux de la Société; les discussions approfondies qui nécessitent la grande expérience ont à peu près disparu pour faire place à des communications toujours intéressantes, mais qui, le plus souvent, ne comportent aucune généralisation.

Il suffit de lire nos procès-verbaux pour se convaincre que les matériaux n'ont jamais manqué; mais il est certain que les grandes questions de la chirurgie ont fait place à l'étude des faits particuliers.

Sans doute, l'analyse donne de bons résultats, mais rien n'égale les produits de la synthèse.

Tout en laissant à l'initiative personnelle le soin de rapporter ici les faits intéressants, et par suite de nous fournir l'occasion de discussions utiles, j'ai pensé que le Président pourrait intervenir et mettre en quelque sorte la Société en demeure de se prononcer sur certains problèmes qui intéressent au plus haut point les progrès de la chirurgie. Comment se fait-il que nous soyons restés muets sur bien des questions? Pourquoi ne pas traiter à nouveau le grand sujet de la réunion en chirurgie? Pourquoi ne pas nous expliquer sur le pansement des plaies? Qui nous empêche de mettre à l'ordre du jour l'étude de bien des opérations qu'on pourrait appeler nouvelles : l'ovariotomie, les résections sous-périostées, la lithotritie, l'orthopédie; enfin, vous ne l'ignorez pas, le monde savant attend les résultats qu'a pu fournir à la chirurgie française la triste clinique que nous venons tous de faire sur les blessures de guerre.

Si vous me le permettez, messieurs, j'ai l'intention, imitant en cela nos grandes assemblées, de charger diverses commissions de faire des enquêtes relatives aux problèmes chirurgicaux dont on attend encore la solution. Chacune de ces commissions produirait un rapport avec des conclusions, et le tout serait ensuite soumis à vos délibérations.

Ne vous semble-t-il pas, messieurs, qu'on puisse obtenir des résultats en s'engageant dans la voie que je viens d'indiquer? Si vous le croyez, vous m'encouragerez; chacun de nous rivalisera de zèle, et vous verrez la Société de chirurgie conserver sa prépondérance scientifique, qui lui échapperait fatalement si vous persistiez à n'être plus qu'une société d'observation.

Courage donc, messieurs; serrons nos rangs; la chirurgie française verra encore de beaux jours; l'avenir vous appartient, mais, pour cela, travaillons!

Le président propose à la Société d'adresser des remercîments au bureau sortant. — (Adopté.)

DISCUSSION.

Exostoses du sinus de la face et des fosses nasales. — M. GIRALDÈS. Si le rapport de M. Richet lu à l'Académie de médecine, sur le mémoire de M. Dolbeau, avait pu être mis à temps en discussion, j'aurais pris la parole. M. Dolbeau a produit ici, à l'occasion d'une observation de M. Pamard, un remarquable rapport; je dirai donc, à ce propos, ce que j'avais l'intention d'exposer devant l'Académie. Je m'arrêterai sur trois points : la médecine opératoire, la libération de la tumeur dans le sinus, l'origine de l'exostose.

Il est parfaitement juste que M. Dolbeau a attiré l'attention sur un mode opératoire à l'indication duquel il a tout droit de priorité : l'ouverture large du sinus pour enlever les exostoses de ces cavités, c'est-à-dire la création d'une large voie. Je ne comprends pas, dans le rapport de M. Richet, l'intervention d'un chirurgien qui aurait fait avant M. Dolbeau l'opération qui a été soumise par notre collègue à l'Académie. M. Bouyer, de Saintes, ne me paraît avoir aucun titre à la citation de M. Richet. En effet, ce chirurgien a trouvé une exostose du sinus sans avoir posé de diagnostic avant l'opération, et il ne dit rien, dans son observation, qui ait trait à la médecine opératoire, au mode d'extraction dont M. Dolbeau a si bien formulé le principe.

La libération des exostoses des sinus est un fait qui m'a préoccupé depuis 1851, époque à laquelle j'ai eu pour sujet de thèse au concours de clinique chirurgicale les maladies du sinus maxillaire. J'ai vu des exostoses du sinus, et j'ai pu examiner les pièces des observations de Michon, de M. Dolbeau et de M. Pamard; j'ai vu aussi les pièces du Musée, et il m'a été facile de constater que toutes ces tumeurs étaient libres. Les tumeurs observées par Hilton et Duke, en Angleterre, étaient tellement libres, que les chirurgiens les ont vues tomber pour ainsi dire dans leurs mains. Tout cela est parfaitement clair pour ce qui est des exostoses des sinus maxillaires; mais les exostoses des sinus frontaux ne sont point aussi manifestement libres. Il y a une pièce au musée de Cambridge, une à celui de Saint-Barthelemy's hospital, où les exostoses sont adhérentes. L'observation de Baillie montre que pendant l'opération il y avait de sérieuses difficultés, que la tumeur était comme enkystée. En faisant la part d'un défaut d'étude de la lésion, on peut dire, néanmoins, que ces trois cas témoignent des incertitudes qui règnent sur la libération des exostoses des sinus frontaux.

J'ai été un peu étonné de voir MM. Richet, Dolbeau et Ollivier affirmer que le mal naissait de la muqueuse des sinus.

Et d'abord, M. Richet s'est appuyé sur une observation de M. Verneuil. En consultant la note originale de ce dernier, on voit qu'il décrivait les kystes folliculaires de la muqueuse, et c'est incidemment, à la fin, qu'il dit : on trouve dans la muqueuse des aspérités dures dont la nature osseuse a été révélée au microscope. Personne autre n'a vu de semblables altérations, et je n'en ait point vu pour ma part. La muqueuse mince comprend un derme recouvert d'une couche de cils vibratiles, des glandes et du tissu cellulaire et au-dessous le périoste. Nulle part on ne voit de place pour les productions osseuses. M. Dolbeau m'a prêté une opinion analogue à la sienne sur l'origine des exostoses dans la muqueuse. Je n'ai écrit cela nulle part. Il a invoqué aussi une autre autorité, celle de M. Sappey, qui lui a remis une note où il est dit que le périoste renferme des cellules ossifiantes réticulées. Mais est-ce que le périoste fournit des éléments nouveaux dans le coryza et la morve, où il y a cependant un boursoufflement considérable de la muqueuse?

J'admets volontiers une ossification due au périoste, mais c'est une ossification en lame mince, une sorte de gaze osseuse. On voit des ossifications périostales dans les cas où la paroi des sinus acquiert l'épaisseur de près de 1 centimètre, mais c'est l'os lui-même qui fait les frais de son accroissement. La note du professeur d'anatomie de la Faculté ne signifie donc rien pour prouver que les exostoses des sinus maxillaires naissent de la muqueuse. MM. Richet, Dolbeau et Ollivier ne peuvent, par conséquent, prouver cette origine.

Les exostoses des sinus, celles que je vous présente en particulier, sont bien réellement constituées par du tissu osseux. Les ossifications du tissu cellulaire ne sont pas aussi nettement pourvues de vaisseaux vasculaires. Aussi, en présence de ces objections, je crois qu'il faut poser comme une simple hypothèse l'ori-

gine des exostoses dans la muqueuse, et comme nous ne pouvons établir que des conjectures, pour ma part, je croirais plus volontiers que c'est l'os qui produit les exostoses, et je me demande s'il ne s'agirait pas là d'enchondromes ossifiés. Les pièces de Fergusson et Colles (de Dublin) montrent que les exostoses de la face ont réellement cette origine, qu'on leur a trouvé un pédicule sur un os, et que des enchondromes de cette catégorie deviennent des exostoses éburnées. On sait en effet que les os de la tête ne s'ossifient point comme les os longs, et qu'ils produisent des exostoses éburnées, en raison sans doute de ce mode de développement.

M. DOLBEAU. Je remercie M. Giraldès de son appréciation bienveillante et de ses remarques judicieuses. Si j'ai attribué à notre collègue une opinion, c'est d'après les conversations particulières que nous avons eues ensemble. Il émet aujourd'hui une autre hypothèse qu'il place à côté de celle que je lui avais prêtée et à laquelle je me suis ralliée, et que je crois encore la plus plausible; mais nous ne sommes pas en opposition absolue dans nos deux manières d'interpréter les faits.

Si M. Giraldès avait pu prendre connaissance d'un fait que j'ai signalé dans mon mémoire à l'Académie, il aurait trouvé un troisième motif qui a déterminé ma conclusion relative à l'origine des exostoses. J'ai vu sur la muqueuse du sinus frontal une petite tumeur dure comme une demi-perle, et qui est venue avec la muqueuse du sinus lorsque je l'ai arrachée. Je n'ai pas besoin de rappeler combien cet arrachement est facile. Ce fait, unique il est vrai, rapproché de la remarque de M. Verneuil, avait néanmoins une grande valeur.

M. Giraldès a insisté aussi sur ce fait de la libération des exostoses du sinus maxillaire. C'est là une particularité d'une grande importance. Notre collègue, en rapprochant ces exostoses, qu'il appelle des ostéides, des enchondromes ossifiés, et qu'il a assimilées aux exostoses éburnées de la face, ne conteste pas qu'elles deviennent libres. Cette considération permet d'expliquer pourquoi elles sont faciles à enlever, et c'est pour avoir méconnu qu'elles étaient libres ou très-peu adhérentes que des opérateurs habiles tels que Roux se sont épuisés en efforts inutiles en trépanant et en ruginant des tumeurs qu'ils eussent pu détacher par la pression d'une gouge s'ils avaient ouvert une voie assez large.

M. GIRALDÈS. J'ai vu aussi, dans la cavité des sinus, de petites tumeurs éburnées et comme couvertes d'un vernis blanchâtre à la surface. Elles tenaient à l'os par un petit pédicule. M. Bouyer (de Saintes) disait que l'exostose qu'il a extraite tenait aux os. Toutes les exostoses que j'ai eues entre les mains renfermaient des canalicules vasculaires. Ces tumeurs peuvent devenir libres et tomber à la manière du bois des cerfs.

Plus je réfléchis, plus je me persuade que les ostéides des sinus ne naissent point aux dépens de la muqueuse. Je dis cela parce qu'il faut qu'on sache au moins que cela n'est pas prouvé comme on l'a déjà écrit dans un de ces livres dits classiques qui ont la spécialité d'introduire des erreurs de toutes sortes dans l'esprit des élèves. La deuxième édition de la *Chirurgie*, de Holms, mentionne, en effet, que M. Ollivier a démontré l'origine muqueuse des exostoses du sinus.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 novembre 1871 (1). — Présidence de M. MARROTTE.

PRÉSENTATION

M. PARROT présente à la Société les reins d'un enfant nouveau-né sur lequel on remarque des *infarctus uratiques*.

Cette lésion, fréquente chez les nouveau-nés, est caractérisée, à la coupe du rein, par une série d'aigrettes d'une couleur jaune d'ocre, qui répondent au rayonnement des tubes de Bellini de la substance médullaire. Entre les rayons jaunes se trouvent des lignes rougeâtres, qui sont plus nombreuses et plus larges vers la base de la pyramide qu'à sa pointe. Les stries jaunes sont quelquefois en petit nombre; d'autres fois, elles sont si pressées que toute la pyramide acquiert une couleur jaune uniforme, surtout au sommet. En pressant les papilles, on fait sourdre un liquide trouble, comparable à de l'eau dans laquelle on a délayé du pollen jaunâtre. Cette matière jaune se retrouve quelquefois déposée sur tout le trajet de la muqueuse des voies urinaires, depuis le rein jusqu'à l'extrémité du prépuce.

Le microscope montre que les tubes de Bellini sont plus ou moins obstrués par cette matière jaune. Parfois les tubes, très-distendus par place, sont comme variqueux, et l'on n'y aperçoit plus la couche épithéliale. Cependant cette matière n'occupe que l'intérieur des tubes, et ne pénètre jamais les cellules de l'épithélium; elle les masque seulement. Isolée, cette matière, vue à un grossissement moyen, se présente sous forme de stalactites cylindroïdes à extrémités arrondies. Ces stalactites se décomposent en une masse de sphérules inégales de taille, mais régulières, opaques, noires au centre, brunes à la périphérie, striées du centre à la périphérie par des rayons foncés. Leur surface est comme crénelée. En écrasant ces sphérules entre les deux verres, on voit qu'elles se composent de granulations amorphes et opaques.

La nature de ces corps est diversement appréciée. Virchow (*Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtskunde in Berlin* 1847, et *Gesammelte Abhandlungen*, l. 833) les croit formés d'urate d'ammoniaque; cependant il ne semble pas en avoir fait l'analyse chimique. M. Milne Edwards se rattache à l'avis de Virchow (*Leçons sur la physiologie*, t. VII, p. 476. Paris, 1862). M. Ch. West les considère comme des dépôts d'acide urique, ou parfois d'urate ammoniacal. M. Perret (*Société anatomique*, 1864) dit qu'ils sont constitués par de l'urate de soude : la réaction avec l'acide sulfurique, qui fait naître des cristaux d'acide urique, en serait la preuve.

L'opinion de M. Perret est la vraie. On ne saurait admettre qu'il s'agisse d'urate d'ammoniaque, ce corps ne pouvant se former que dans les urines alcalines. L'urate de soude, au contraire, se forme dans les urines acides et peut se déposer, ainsi que l'a très-bien indiqué Beale (*De l'urine*, trad. française, Paris, 1865, p. 372), sous l'aspect de sphérules. Les urines des nouveau-nés, chez lesquels se trouve cette lésion, sont toujours acides par l'excès des acides uriques et hippuriques. Virchow constate lui-même ce dernier fait.

M. Parrot insiste sur les conditions dans lesquelles se produisent les concrétions. Virchow, et à son exemple M. Cornil (*Société anatomique*, 1864) et Vogel (*Maladies de l'enfance*, trad. française; Paris, 1872, p. 444) les considèrent comme d'origine physiologique. Virchow base son opinion sur un petit nombre de faits.

La discussion, par laquelle il cherche à établir que les infarctus uriques sont un produit normal survenant entre le deuxième et le dix-neuvième jour de la vie, semble, de prime abord, irréfutable, et cependant elle n'est bâtie que sur des hypothèses. Pour lui, l'influence de l'extérieur et la vie nouvelle de l'enfant détermineraient, quarante-huit heures après la naissance, de tels changements chimiques dans les tissus, qu'une abondante excrétion d'urate d'ammoniaque s'ensuivrait. L'excès de ce sel dans les urines serait cause de sa précipitation dans les tubuli des reins

Virchow n'a pas songé à la physiologie comparée pour appuyer sa manière de voir; car s'il eût recherché cette lésion dans les reins de jeunes animaux bien portants, sacrifiés peu de temps après leur naissance, il eût trouvé un démenti formel, devant lequel toute explication, quelque ingénieuse qu'elle fût, aurait dû s'incliner. En effet, et M. Parrot s'en est assuré un grand nombre de fois, on ne trouve jamais d'infarctus uratique des tubes de Bellini dans les reins de jeunes mammifères ou de jeunes oiseaux en état de santé parfaite.

D'ailleurs, dans sa théorie, Virchow ne tient aucun compte des quelques faits contradictoires qu'il a rencontrés, pas plus qu'il ne

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

semble s'être informé des conditions pathologiques qui avaient amené la mort. Cependant il est vraisemblable que la plupart des enfants qu'il a examinés avaient succombé aux affections les plus communes aux nouveau-nés, c'est-à-dire aux désordres de la digestion.

Or, ceux-ci amènent une perturbation profonde dans la nutrition, et consécutivement des altérations viscérales nombreuses et variées. Dans ces conditions, ces enfants faisant de grandes déperditions de liquides, se nourrissant mal, ne réparant pas, détruisent leur propre substance : ils deviennent autophages. Les éléments protéiques incomplétement transformés s'accumulent dans le sang et tendent à s'éliminer par le rein. Là ils trouvent une insuffisante quantité d'eau pour être entraînés complétement, et alors se déposent dans les tubuli droits du rein.

Cette explication diffère peu de celle donnée par Virchow; mais, tandis qu'il attribue au processus une cause physiologique, M. Parrot, s'appuyant sur un nombre considérable d'observations dans lesquelles il a noté les conditions pathologiques qui ont amené la mort, lui donne une origine exclusivement morbide.

Dominé par ses idées théoriques, Virchow dit que le dépôt urique ne se rencontre pas avant le deuxième jour et après le dix-neuvième, et il fait de leur présence un signe d'une grande utilité en médecine légale. Suivant lui, l'existence de ces infarctus chez un nouveau-né, alors que la décomposition cadavérique pourrait rendre incertains les indices tirés de l'examen des poumons, l'existence de ces infarctus permet de déterminer avec précision si l'enfant a vécu ou s'il est mort dans cette période qui s'étend entre le deuxième et le dix-neuvième jour après la naissance.

Cette visée théorique est encore en contradiction avec les faits. D'une part, Virchow lui-même dit avoir rencontré le dépôt salin chez le fœtus; d'autre part, il dit avoir rencontré ce dépôt très-abondant dans les canalicules d'un enfant syphilitique, mort le vingt-neuvième jour. Enfin, M. Parrot affirme avoir rencontré fréquemment cette lésion chez des enfants âgés d'un mois, de trente-quatre jours, de trente-neuf jours, et même chez une petite fille de cinq mois, morte de variole.

On voit donc, par les recherches de M. Parrot, combien la théorie du professeur de Berlin est faible, et combien sont fausses les déductions qu'il en a tirées.

En résumé, on voit fréquemment, dans les tubes des pyramides des reins de nouveau-nés, des dépôts abondants d'urate de soude, lorsque ces enfants ont succombé par maladies du tube digestif avec déperdition considérable de liquide et autophagie.

Cette lésion, toujours secondaire, n'appelle aucun traitement direct.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 janvier 1872, ont été nommés dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Nicol, Leguelinel, de Lignerolles, Zaepffel, Denis, Aron, Treille, Billet, Bertrand, Cheurlot, Grandjean, Caillet, Cottel, Benoît, Gentil, Aubry, Davignon, Millet, Linon, Ringeisen, Dornier.

Passot, Pierrot, Ducourneau, Creissel, Chibret, Rieger, Lavat, Jourdan, Dubarry, Perrichot, Bois, Baillif, Bodros, Bonnier, Magdelaine, Lippmann, Ménard, Catteau, Laffitte, Vidal, Mossier.

Billiet, André, Annesley, Colin, Lelorrain, Beauregard, Ocana, Péborde, Tourrié, Landois, Emmerique, Le Gad, Charrier, Plaisant, Labrot.

Au grade de pharmacien aide-major de 1re classe : MM. Vidau, Moullade, Burcker, Balland, Lacour, Frizac, Signoud, Letellier, Ferrier, Danguy, Moissonnier, David, Renier, Debraye, Garnier, Barillé, Perron, Camus, Vidal, Chambard et Morel.

— A céder de suite une bonne clientèle de médecin dans l'arrondissement de Tours. — S'adresser à M. Touchard, médecin à Azay-sur-Cher, par Veretz (Indre-et-Loire).

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur C..., à Unverré. — Accordé.

M. L..., à Colombey. — La meilleure seringue à injections sous-cutanées est celle de Pravaz. — Le prix varie de 20 à 35 francs, suivant le nombre d'aiguilles; mais le modèle de 20 francs est suffisant.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (M. Noël Guéneau de Mussy). — Des blessures par armes à feu perfectionnées et de la conservation des membres ainsi blessés. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Petite correspondance.

Paris, le 5 février, 1872.

Toutes les pensées et tous les cœurs sont tournés en ce moment vers la grande œuvre de la libération du sol de notre malheureuse patrie. Relevant la sublime pensée de nos chères provinces Alsace et Lorraine, M. Dalloz s'est fait le promoteur d'une immense souscription patriotique. Tous les Français, quels que soient leur position sociale, leur position de fortune et le point du globe qu'ils habitent, doivent apporter leur obole à cette œuvre de rédemption. Il n'y a plus ici à compter avec les partis, la libération du sol doit être le mot d'ordre de tous; pour tous il y a un devoir absolu à remplir. Nul ne peut s'y soustraire sans forfaiture.

Si ce grand devoir national est hors de toute discussion, on a pu chercher le côté pratique de son exécution et faire ressortir combien une trop grande concentration pourrait gêner l'œuvre. Il a donc paru aux meilleurs esprits qu'il fallait demander à chaque département, à chaque ville, à chaque commune, de se faire le grand pivot du mouvement. C'est ici que nous voyons se dessiner tous les services que peuvent rendre les membres de notre profession.

Le médecin jouit—avec raison—d'une influence véritable sur le cercle de ses clients. Le vrai médecin est l'ami de la famille; sa parole est d'un grand poids. A nous donc, chers confrères, de nous faire les apôtres ardents de la grande pensée nationale; que nos femmes, nos filles nous aident dans cette belle œuvre. A tous redisons les malheurs des pays foulés par l'étranger; redisons que les plus modestes offrandes peuvent rendre la vie aux provinces occupées. Sollicitons! sollicitons! Quoi de plus noble que de tendre la main *pro patriâ!*

Comment pouvons-nous le plus utilement servir l'œuvre de la libération? Devons-nous ouvrir une souscription dans notre journal ou redire seulement à nos lecteurs ce qu'attend de tous le pays pour sa libération?

Le corps médical forme une famille, où — quoi qu'en disent les malveillants — on retrouve à l'heure voulue la solidarité la plus complète. Qu'un malheur frappe l'un de la famille, et à côté de ce que peuvent et doivent les associations de secours mutuels, nous avons toujours vu se produire à notre appel les plus touchantes manifestations. Devant une infortune, jamais le médecin n'a refusé: sa charité est à la hauteur de son dévouement. Qu'on ouvre donc une souscription dans les feuilles médicales et elle présentera bientôt un chiffre des plus respectables.

Aujourd'hui, il ne s'agit pas d'une œuvre privée, il s'agit d'une œuvre nationale. Nous sommes appelés à y prendre part non comme médecins, mais comme citoyens, et nous devons rechercher l'endroit où nous pouvons le plus utilement participer à ce mouvement. N'est-ce donc pas là où nous passons notre vie que nous devons faire acte de citoyen? Souscrire aujourd'hui pour la libération du pays, c'est affirmer sa nationalité; refuser une modeste offrande, ce serait se montrer indigne de son pays. Nous pensons donc que chacun de nous doit verser la souscription au lieu même où il demeure.

Vous, modeste et laborieux médecin des campagnes, versez votre offrande dans la commune où vous exercez: que le sacrifice que vous vous imposez vienne se mêler à ceux de vos clients. Donnez l'exemple: ce sont les plus modestes offrandes qui donneront les plus grands résultats. Ne consultez que ce que vous pouvez faire, mais soyez assuré que ce que vous ferez entraînera bien des faibles et des indécis.

Dans la ville, que chacun de nous, chers confrères, agite son quartier, sa rue, sa maison; que tous comprennent que le médecin ne paye pas que de sa personne et de sa vie, qu'il sait ouvrir à l'occasion sa modeste escarcelle. Faisons donner, mais que notre don se mêle à celui de notre client.

Voilà, si nous ne nous trompons, ce que nous avons à faire.

Et maintenant, quand le citoyen aura rempli son devoir, que le médecin se lève encore et affirme à nouveau son patriotisme; que nos Facultés, nos Écoles, nos Hôpitaux, nos Académies, nos Corps savants, nos Sociétés scientifiques et de secours; que tout ce qui, dans la famille médicale, constitue un corps spécial, que tous inscrivent leurs noms spéciaux dans la grande Souscription, rien de mieux. La profession en recevra un lustre nouveau, et nous enregistrerons avec bonheur le résultat de cette manifestation.

A l'œuvre donc, chers confrères: souscrivons, souscrivons tous à l'œuvre de libération: faisons souscrire tous ceux sur qui nous avons la moindre influence. Toutes les combinaisons les plus ingénieuses solliciteront votre cœur; mais que vous vous arrêtiez — selon votre fortune — au sou ou au franc par semaine, par jour ou par heure jusqu'à la libération, donnez,

donnez ; et surtout que la modestie de votre offrande ne vous arrête pas.

Dr E. Le Sourd.

Toutes les offrandes qui nous seraient adressées seront publiées, et les fonds versés à la Banque de France, au crédit de la Souscription nationale.

HOTEL-DIEU. — M. Noel Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (1).

Les principaux médicaments qu'on introduit dans l'estomac pour combattre la diarrhée chronique sont l'opium et ses préparations, les astringents, les poudres absorbantes, les modificateurs topiques dits substitutifs.

L'opium convient surtout dans les cas où il existe une grande irritabilité de l'intestin, où la diarrhée est accompagnée de douleurs gastro-intestinales. L'opium, outre son action sur la sensibilité de la tunique interne et sur la contractilité de l'intestin, exerce encore une influence incontestable sur les sécrétions des membranes muqueuses, qu'il diminue en même temps qu'il exagère celles de la peau. On peut le donner seul ou uni aux astringents et aux absorbants ; Trousseau le prescrivait avec l'épéca et le calomel dans certaines formes de diarrhée.

Il faut se rappeler que l'opium, chez certains sujets, est mal toléré et provoque ou augmente les phénomènes de l'embarras gastrique ; aussi, quand la langue est pâteuse, quand l'activité digestive est languissante, je m'abstiens autant que possible de préparations opiacées, ou du moins je ne les administre pas par la bouche ; mais on n'en évite pas toujours les inconvénients en le donnant en lavement : on rencontre des personnes chez lesquelles les plus petites doses d'opium, quelle que soit la voie par laquelle on les introduit dans l'organisme, produisent des troubles gastriques et même des vomissements. L'extrait thébaïque, la codéine, le diascordium, la thériaque, sont les préparations les plus usitées, soit seules, soit associées aux amers ou au sous-nitrate de bismuth.

Chez quelques malades, la teinture thébaïque, le laudanum, l'élixir parégorique agiront mieux que les préparations solides, ce que nous constatons également pour d'autres médicaments ; on les administre à la dose de quelques gouttes, dans une boisson aromatique ou amère, quelques minutes avant les repas.

Parmi les astringents, ce sont les composés tanniques auxquels on a le plus souvent recours : le cachou, la gomme Kino, le ratanhia à petite dose, et mêlés à d'autres substances, comme le sous-nitrate de bismuth ou la craie.

Parmi les amers, on préfère surtout ceux qui renferment un principe astringent, comme le quassia amara, le quassia simarouba, le colombo ; ils exercent sur les organes digestifs et sur l'estomac en particulier une action tonique souvent très-utile dans les diarrhées chroniques. On emploie à ce titre, en Angleterre une écorce de fruit de la famille des aurantiacées, désigné sous le nom de Bail ou Baël ; je l'ai remplacée avec succès par le sirop d'écorces d'oranges amères, que j'associe ordinairement à la décoction de colombo et, dans quelques cas, à la teinture de noix vomique, ou à la teinture amère de Beaumé, si la diarrhée est compliquée de flatulence ou d'autres phénomènes dispeptiques.

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 16, 23 janvier et 1er février 1872.

Plusieurs fois, j'ai vu la bière, substituée à l'eau rougie, faire cesser des diarrhées qui persistaient depuis plusieurs années ; tandis que chez d'autres personnes elle provoque des selles liquides ; elle m'a paru surtout utile chez les malades qui ne peuvent supporter les acides : l'eau-de-vie ou les vins alcoolisés, étendus dans une grande quantité d'eau, pourront, dans ce cas, être mieux supportés que les vins légers, qui s'acidifient trop facilement dans l'estomac.

Je n'emploie guère les sels de fer par la bouche que dans les diarrhées compliquées d'anémie ; je préfère alors les persels, qui ont une propriété astringente. Cependant, dans certaines colites chroniques, on peut prescrire des lavements avec du perchlorure de fer à petites doses, additionné de laudanum. Graves a préconisé le sesquinitrate de fer dans les diarrhées chroniques.

Le sous-nitrate de bismuth, dont Monneret a puissamment contribué à rappeler les propriétés antidiarrhéiques, est d'une incontestable utilité chez un grand nombre de malades. Je ne l'ai jamais administré aux doses énormes préconisées par Monneret, et je ne vais guère, chez l'adulte, au delà de *six* à *douze* grammes par jour : à l'exemple de Trousseau, je l'associe souvent à la craie précipitée, surtout dans les cas de flatulence, de selles vertes et de rapports acides. Chez quelques malades, on le suspendra dans un mucilage de gomme, avec quelques gouttes de laudanum. Ordinairement on le donne immédiatement avant les repas, enveloppé dans du pain azyme ou suspendu dans un liquide. La bière, par sa densité et son caractère mucilagineux, est un véhicule très commode chez ceux qui la supportent bien. Pour les enfants, la gelée de coings est un excellent excipient, et se mêle facilement au sel de bismuth.

Le sous-nitrate ou magistère de bismuth a probablement une action doucement astringente sur les membranes muqueuses ; quel que soit le mode intime de cette action, Il diminue les sécrétions catarrhales, et on l'a employé à ce titre dans la blennorrhagie et le coryza. Il a une autre action qui me paraît plus facilement explicable : il neutralise les gaz hydrosulfurés qui se trouvent dans l'intestin, et forme un sulfure noir de bismuth qui peut communiquer sa couleur aux selles plusieurs jours après qu'on a cessé l'emploi du médicament. Il diminue la fétidité des fèces et des gaz intestinaux ; il est désinfectant. L'hydrogène sulfuré, quand il existe en grande quantité dans l'intestin, stimule douloureusement la muqueuse malade, et je suis tenté d'attribuer à l'action chimique du sous-nitrate de bismuth sur l'hydrogène sulfuré l'apaisement presque immédiat des douleurs intestinales qui succèdent parfois à son administration.

Dans quelques cas rares, le sous-nitrate de bismuth augmente la diarrhée au lieu de la diminuer. J'ai rencontré plusieurs sujets chez lesquels du sous-nitrate de bismuth parfaitement pur, pris successivement dans plusieurs des meilleures pharmacies de Paris, agissait comme purgatif. Deux de ces sujets, dont l'observation est présente à ma mémoire, étaient herpétiques, et, dans un de ces cas, une diarrhée chronique avait succédé à la guérison d'un eczéma ancien de la région temporo-auriculaire.

La craie, le charbon pulvérisé, sont, dans certains cas, prescrits avec succès ; je les associe ordinairement aux médicaments précédemment indiqués. Il y a plus de quarante ans que le charbon, dont on a fait une nouveauté, était prescrit par Récamier dans la diarrhée, et il l'administrait sous le nom de magnésie noire, bien des années avant que M. le docteur Belloc eût préconisé le charbon de peuplier. M. Belloc n'en a pas moins le mérite d'en avoir mieux précisé les effets et de l'avoir vulgarisé.

Le nitrate d'argent a été vanté par Graves dans certaines formes de diarrhées chroniques, surtout dans celle qui survient chez les tuberculeux avant la lésion tuberculeuse de l'intestin, et qu'il appelle diarrhée sudorale.

Les purgatifs, souvent utiles dans certaines formes de diarrhée aiguë, dans celles surtout qui sont compliquées d'embarras gastrique, ont été préconisés dans la diarrhée chronique par plusieurs médecins et en particulier par Trousseau, qui les prescrivait surtout dans la forme catarrhale de cette affection. Il les administrait à petites doses continuées pendant plusieurs jours.

Tout en admettant la possibilité d'une modification utile produite par cette médication, j'ai vu des malades qui s'en étaient mal trouvés; et, pour moi, j'en restreins ordinairement l'emploi, dans la diarrhée chronique, aux cas où des phénomènes d'embarras gastrique bien caractérisé ou de congestion hépatique viennent compliquer la diarrhée. Lorsque la diarrhée a succédé à un état dyspeptique bien accusé ou qu'une congestion hépatique chronique coïncide avec ce symptôme, l'eau de Vichy peut être très-utile; j'ai vu guérir, après plusieurs saisons à Vichy, une dame qui depuis plusieurs années souffrait d'une diarrhée habituelle, sinon constante, diarrhée qui, à un certain moment, avait revêtu la forme dysentérique, avec un ensemble de symptômes très-alarmants. Au-dessous du foie, on sentait une tumeur grosse comme le poing, et d'autant plus suspecte que son père avait succombé à une affection carcinomateuse de l'estomac. Cette dame, réduite à un état cachectique des plus prononcés, fut, d'après le conseil du professeur Cloquet et d'après le mien, conduite à Vichy. Sa faiblesse était telle, qu'on fut obligé de s'arrêter en route et qu'on se demanda si elle pourrait arriver au but de son voyage. Après la première saison thermale, la diarrhée fut considérablement atténuée; elle ne se reproduisait qu'une ou deux fois par semaine, et l'activité digestive se releva sensiblement. L'hiver suivant, elle continua à faire, par intervalles, usage de l'eau de Vichy, et elle s'en trouvait bien; cependant la tumeur ne diminua pas, et même, pendant l'hiver, il en parut une seconde au-dessous de la première, à laquelle elle semblait adhérer.

L'été suivant, une nouvelle saison à Vichy amena une amélioration plus complète dans les fonctions gastro-intestinales. La diarrhée ne se montrait plus qu'à de rares intervalles; les forces et l'appétit revenaient à leur type normal, et, malgré cela, une troisième tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, vint terminer en cul-de-lampe la masse formée par les deux premières.

La transformation si remarquable obtenue dans l'état constitutionnel m'engagea à insister sur la cure thermale. Chaque année, la malade retourna à Vichy. Après la quatrième saison, j'eus la satisfaction de constater une diminution dans le volume des tumeurs, qui, à partir de ce moment, s'effacèrent graduellement dans un ordre inverse à celui de leur apparition : la plus petite disparut la première, et, après la cure de l'année suivante, on ne trouva plus de traces de ces tumeurs, dont la plus ancienne existait au moins depuis cinq ans. Depuis lors, il y a aujourd'hui dix-sept ans, cette dame, qui avait été longtemps dyspeptique et névropathique, jouit d'une santé excellente, qui, malgré de rudes épreuves de tout genre, ne s'est point démentie.

Dans le traitement de toutes les affections chroniques, l'hygiène doit occuper une place très-importante; elle peut même suffire à la guérison, alors surtout que la maladie consiste dans un trouble fonctionnel entretenu par de mauvaises habitudes diététiques. Dans les maladies des organes digestifs, l'alimentation doit, en première ligne, attirer l'attention, et dans les formes aiguës, où la maladie est plus diffuse, où l'excitabilité est excessive, le repos de ces organes est nécessaire : un régime sévère, une diète liquide, seront alors commandés. Mais dans la diarrhée chronique, le travail morbide est, en général, plus limité, les parties restées saines sympathisent moins énergiquement avec les parties malades; l'abstinence trop prolongée provoquerait la faiblesse, et la faiblesse prolonge les actions morbides, favorise les évolutions diathésiques. D'ailleurs, en général, l'instinct des malades appelle les aliments. Or il faut tenir grand compte de ces instincts, qui sont comme la voix des organes, quand ils ne sont pas pervertis par l'habitude ou par la maladie.

Dans ce cas, comme Graves l'a noté, le régime animal est loin d'être toujours préjudiciable aux malades; la viande crue pilée, à laquelle je mêle quelquefois de la pepsine, est, en général, bien supportée (1). Quand les malades y répugnent ou quand l'activité gastrique est conservée, ils prendront des viandes rôties ou grillées, des œufs et du poisson frais; la pepsine pourra encore y être ajoutée comme auxiliaire utile. On peut leur permettre quelques légumes, comme les artichauts, les cardons, la chicorée au jus, la laitue cuite; quelques fruits, comme les nèfles, les coings et les goyaves (2). J'ai vu des malades se trouver très-bien de cures de raisin. En général, ils doivent s'abstenir de crudités, de ragoûts, d'épices, de graisses, de pâtisseries, de sucreries, de crèmes, de salaisons, de boissons excitantes, comme le thé et le café. Trousseau a cité l'observation d'un malade qui s'était guéri d'une diarrhée chronique en renonçant au thé. Le vin de Bordeaux, plus ou moins coupé avec une eau digestive ou avec de l'eau gommée, constitue une excellente boisson chez les sujets affaiblis. Les liqueurs, les vins mousseux, comme le vin de Champagne, doivent, en général, être interdits.

Pour le laitage, on voit des malades guérir par la diète lactée, et d'autres que le lait purge constamment; il faut, avant de le prescrire, s'enquérir de la manière dont le lait est supporté dans l'état de santé : il y a des personnes chez lesquelles le lait provoque de la constipation; le contraire a le plus souvent lieu. Si l'ingestion du lait est suivie de renvois aigres, on y ajoutera une petite proportion d'eau de chaux ou d'eau de Vichy. Il est nécessaire de s'assurer de la bonne qualité du lait qu'on emploie. Le lait de chèvre, chez les enfants surtout, est un excellent remède dans la diarrhée chronique; il renferme beaucoup moins de beurre et plus de caséine que le lait de vache, et c'est sans doute à cette circonstance qu'il doit ses propriétés constipantes. Chomel conseillait d'ajouter au lait des farines ou des fécules : il est certain que quelquefois les liquides sont bien moins supportés que les aliments solides ou pultacés; il y a là des dispositions individuelles qu'il faut tâter et qu'on ne peut pas prévoir. Les malades atteints de diarrhée doivent renoncer au

(1) On peut la donner roulée, en pilules, dans de la chapelure fine ou de la gomme pulvérisée, ou mêlée à des aliments de consistance pultacée, comme la chicorée, les purées, ou en faire un potage en la délayant dans du bouillon tiède, auquel on peut ajouter une pincée de poudre de cannelle lorsque la saveur de la viande crue répugne aux malades.

(2) La confiture de goyaves est utilisée dans les Antilles contre la diarrhée. On a préconisé au même titre la confiture de baies de sureau. Une personne m'a assuré s'être guérie, par son emploi, d'une diarrhée rebelle. Je ne l'ai pas expérimentée. J'ai vu dans les Pyrénées un homme atteint de diarrhée se trouver bien de l'usage des baies de l'*arbutus uva ursi*, qui abondent dans ces montagnes et qui, d'après le témoignage de Murray, contiennent du tannin.

tabac, cause fréquente de dyspepsie et nuisible à ceux qui en sont atteints.

(*Sera continué.*)

DES BLESSURES PAR ARMES A FEU PERFECTIONNÉES

ET DE LA CONSERVATION DES MEMBRES AINSI BLESSÉS (1),

Par M. le docteur LANTIER.

N° 32 de la statistique de l'administration des postes. — Louis D..., entré le 30 novembre 1870, blessé au combat de Champigny de deux coups de feu à la cuisse gauche.

Le fémur est fracturé complétement à sa partie moyenne ; trois plaies en rapport avec le foyer de la fracture ; l'une à la région interne de la cuisse à son tiers supérieur ; les autres à la région externe, dont l'une au quart supérieur, l'autre au quart inférieur, et sur un plan d'environ 2 centimètres de plus en arrière. Ces dernières à bords nets et renversés sont les plaies d'entrée ; une seule balle olivaire, déformée à son sommet, a été trouvée dans les vêtements au niveau de la cuisse droite, sans qu'il y eût de blessure en ce point.

Le doigt, introduit dans la plaie supéro-externe, sent le fémur dénudé de son périoste au-dessous du grand trochanter, mais pas de fracture ; la plaie inféro-externe présente cette particularité d'avoir deux trajets : l'un se dirigeant vers la plaie interne, et au travers duquel on perçoit des fragments osseux ; l'autre, montant au-dessous de l'aponévrose générale d'enveloppe vers la plaie supéro-externe, comme s'il était en continuité avec elle et faisait ainsi un séton. Mais en explorant avec soin, il est constaté que ce dernier trajet se termine en un cul-de-sac de 8 centimètres.

Le membre est placé en bonne position dans une gouttière, les plaies étant hermétiquement fermées avec de la charpie, imbibée plusieurs fois par jour de teinture balsamique. Incision du diverticulum dans toute sa longueur.

Le membre ayant enflé et la suppuration s'étant établie, j'emploie les injections de la même substance dans tous les trajets. Et, autant pour faciliter ces pansements intérieurs que pour prévenir la stagnation des humeurs, j'ai recours à l'aspiration pneumatique.

Voici comment je l'ai pratiquée :

Les tubes de caoutchouc à paroi épaisse s'altèrent dans les plaies ; il faut les changer fréquemment ; je donne la préférence aux tubes de plomb, qui sont flexibles et aptes aussi bien à prendre qu'à garder toutes les formes qu'on leur imprime ; leur sulfuration est inoffensive.

Ceux que l'on me procura avaient 5 millimètres d'ouverture. A leur extrémité, qui devait plonger dans les plaies, je les fis percer de petits trous sur une longueur de plusieurs centimètres. Ainsi préparés, ils furent fixés dans les trajets au moyen d'une cupule en gutta-percha, prenant un large point d'appui sur les parties saines et leur étant adhérentes par des bandelettes au collodion.

Cet appareil pouvait ainsi rester en place deux et même trois jours.

D'autres tubes en verre avec des ajutages en caoutchouc formait soupape de sûreté contre une trop brusque différence de pression, et munis du reste de robinets, le mettaient en communication avec le réservoir du vide.

Ce réservoir n'était autre qu'un grand bocal, dans lequel le vide était fait à volonté au moyen d'une pompe aspirante. M. Adrian, pharmacien de l'ambulance, avait eu la précaution d'y verser une solution de potasse caustique, pour purifier les gaz qui la traversaient pendant le jeu de l'aspiration.

Un tube fut placé dans la plaie interne de la cuisse, un autre dans la plaie inféro-externe, tandis que la plaie supéro-externe demeurait hermétiquement oblitérée par de la charpie imprégnée de teinture d'aloès. Ces deux tubes, composés des éléments indiqués, se réunissaient au pied du lit sur un ajutage de plomb en Y adapté lui-même au tube du réservoir. Leur fonctionnement était donc à volonté simultané ou bien indépendant. Pour faire les injections de teinture balsamique et les lavages de l'intérieur des plaies, il n'y avait qu'à interposer un ajutage de plomb en T sur le tube intérieur. La manœuvre se comprend d'elle-même.

Ce système de tubes et de robinets ne causait aucune gêne au blessé, car il était supporté en plusieurs points, soit par les coussins sur lesquels le membre repose, soit par les anses de bandelettes fixées au collodion le long de la cuisse et de la jambe, et aussi par des ligatures aux barreaux du lit.

J'avais en même temps remplacé la gouttière classique, qui est rigide, et nécessite, quand il faut changer sa garniture, le mouvement de tout le membre. Je lui avais substitué un appareil composé d'une pièce de taffetas gommé et de petits coussins, lesquels, roulés en cylindre de grosseur variable et rapprochés les uns des autres, constituent le plan sur lequel on veut que le membre repose ; ils peuvent être changés l'un après l'autre sans le moindre dérangement, et les bords de la pièce de taffetas gommée, relevés tout le long du membre et roulés sur un coussin cylindrique, complètent une véritable gouttière mobile selon les besoins, et dans toutes et chacune de ses parties.

C'est dans ces conditions et avec ces moyens que le gonflement de la cuisse diminue rapidement, ainsi que la suppuration, dont la quantité fut modérée au point de ne pas sembler proportionnée à un aussi grand traumatisme. Cependant, pas de frissons, pas de fièvre, l'appétit était excellent.

Le blessé allait ainsi à merveille. Le trajet supéro-externe avait été incisé sur une longueur de 12 centimètres, et la cicatrisation s'y faisait rapidement. Les autres plaies se modifiaient le plus favorablement ; les trajets devenaient moins tortueux et leurs parois, denses, fermes, étaient régulières, comme si elles ne traversaient pas des tissus de structure différente. Les tubes de plomb ne devaient plus être, comme au début, modelés en sinuosités les plus prononcées. Il s'était bien fait, par suite du repos prolongé dans la même position, une plaie au sacrum ; le blessé n'avait pu se résigner à un changement de position sur le côté, et la position hyponarthécique avait échoué ; mais, néanmoins, tout faisait espérer le plus heureux résultat.

Quand, le 10 janvier, un convoi de malades, venu on ne sait d'où (cet événement se produisait pour la seconde fois), est déposé à l'hôtel des Postes. Parmi ces malades, il y avait des érysipélateux qui pénétrèrent dans nos premières salles. A partir de cette époque, les choses changèrent de face. (Un infirmier, facteur des Postes, a été lui-même pris d'érysipèle grave.)

En effet, Louis D... fut infecté, non toutefois par les surfaces traumatiques, qui étaient pansées à la teinture balsamique, mais par la plaie du sacrum, qui avait été pansée avec de la poudre de charbon et de quinquina.

On vit alors un érysipèle, à reflet bronzé, se développer au sacrum, à la région lombaire et au haut de la cuisse, puis gagner la jambe, puis le cou-de-pied. En même temps, la fièvre s'allumait. Au dos du pied et au mollet, phlyctènes ; puis de la gangrène : il y eut là un vaste décollement de la peau. Je luttai cependant : larges affusions froides sur tout le membre, lavages en jet avec eau iodée et camphrée, lavages avec la teinture balsamique étendue d'eau ; application de poudre de charbon et de quinquina ; fortes doses de sulfate de quinine à l'intérieur. La gangrène se limita ; la cicatrisation commença, et la peau se recolla en plusieurs points.

Il y eut ainsi un moment où tout espoir ne fut pas perdu. Les battements de l'artère tibiale étaient nettement perçus. Cependant la fièvre ne cédait pas. Survinrent des frissonnements, puis des frissons avec des gaz par haut et par bas. Ceux des plaies étaient devenus très-fétides, et c'est là que la solution de M. Adrian nous rendit un véritable service. Le blessé s'était amaigri brusquement. Après quinze jours de lutte contre l'éry-

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 26-28 décembre 1871 et 3 février 1872.

sipèle et les accidents qu'il avait fait naître, la mort apparut inévitable; elle arriva le 26 janvier.

L'examen anatomique de la région blessée devait être intéressant. Le 27 janvier, je pus faire l'autopsie; elle eut lieu en présence de M. de la Baluse, chef du matériel des Postes. Voici ce qui fut constaté : les surfaces traumatiques frappent les yeux par la netteté avec laquelle elles sont limitées. C'est un liséré gris bleuâtre qui les entoure; ce liséré, couleur d'ardoise, a cinq millimètres d'épaisseur; plus dense que les tissus sains auxquels il adhère au point de sembler en faire partie ; il est souple, légèrement élastique, partout homogène. C'est une sorte de sac à feuillet épais placé entre les parties saines et l'air extérieur, véritable enveloppe sur les limites de l'organisme où se passaient les phénomènes de cicatrisation. La teinture balsamique, outre son action vitale, avait ainsi déposé ses corpuscules résineux dans la trame des tissus.

Le trajet supéro-externe est solidement cicatrisé, ainsi que le diverticulum qui avait été incisé. Le fémur est fracturé à son milieu; le bout supérieur est en biseau, ayant sa face fracturée en arrière; le bout inférieur est fracassé en sept fragments, dont quatre principaux. L'un d'eux mesure neuf centimètres de long sur trois centimètres et demi en largeur. Par une face réciproque taillée en biseau, il correspond au fragment supérieur. Tous ces fragments étaient en voie de se consolider, et la plupart étaient recouverts de bourgeons osseux.

Un dessin de M. Bernasse, élève en médecine, attaché à l'ambulance, reproduit très-bien cette disposition. Deux fragments sont surtout remarquables par leur soudure intime, la végétation osseuse qu'ils ont produit et une lamelle de nouvelle formation cartilagineuse non encore ossifiée, qui les unit aux fragments voisins. L'un d'eux, qui a pu se souder, était cependant dépourvu de périoste; à la vérité, c'était le plus petit et se trouvait enclavé parmi les autres qui avaient gardé leur périoste.

L'articulation du genou était saine. Sans la funeste complication dont il a été parlé, il n'est pas douteux que la guérison eût été obtenue ; car, pour juger cette observation, il faut se rappeler l'effroyable mortalité qui sévissait à cette époque sur les blessés et les opérés, et cependant Louis D..., atteint d'une blessure des plus formidables, a vécu 58 jours.

Le traitement qui vient d'être exposé est éminemment conservateur.

Il permet de simplifier les opérations, fait de l'amputation une mesure exceptionnelle, et même, dans ce cas, il est entre les mains du chirurgien un moyen précieux pour conjurer l'infection purulente et hâter la cicatrisation.

Mais pour avoir toute son efficacité, ce n'est pas seulement à l'ambulance que ce traitement devrait être employé, il devrait être institué sur le champ de bataille même.

Que de blessés tardivement secourus, subissant toutes les intempéries, sont ainsi infectés et deviennent plus tard eux-mêmes une source d'infection ! Voici du moins un pansement immédiat, qui préserverait leurs plaies d'autant plus sûrement que, pour l'appliquer, il n'y a pas besoin de mains exercées. Chaque soldat serait apte à rendre ce service à son voisin blessé.

Ce pansement n'est autre que la teinture balsamique devenue portative et facile à manier sous forme de charpie molle.

Celle que j'ai fait préparer à l'ambulance de l'administration des Postes est imprégnée de la composition suivante :

Teinture alcoolique d'aloès.	ââ 250 gr.
Baume du Commandeur.	
Ergotine (extrait hydro-alcoolique).	30 —
Glycérine neutre	200 —

A des propriétés hémostatiques, elle joint donc l'avantage de mettre les surfaces traumatiques à l'abri de toute oxydation et de tout germe organique; conditions des plus favorables pour attendre l'intervention du chirurgien.

Pour s'en servir, il n'y a qu'à l'imbiber, si cela est possible, d'eau alcoolisée, ou au besoin d'eau pure.

Cette charpie se conserve très-bien et fort longtemps en paquet, dans une enveloppe double de papier goudronné.

Depuis, j'en ai modifié la composition de la façon suivante :

Teinture alcoolique d'aloès.	420 gr.
Baume du Commandeur.	250 —
Ergotine (extrait hydro-alcoolique). . .	80 —
Glycérine neutre.	250 —

Il y aurait avantage à en généraliser l'emploi non-seulement sur le champ de bataille, mais dans les usines, partout où se produisent d'ordinaire les grands traumatismes. Toutes les boîtes de secours devraient en être munies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

RAPPORTS

Résorption progressive de la partie alvéolaire des maxillaires supérieures. — M. E. CRUVEILHIER fait un rapport sur une observation de M. le docteur Dubreuil relative à ce sujet. M. Cruveilhier insiste sur l'interprétation des origines de cette maladie et pense avec l'auteur que la lésion du système nerveux central peut avoir causé le mal parce que le sujet présentait des phénomènes paralytiques du côté des membres inférieurs.

M. GUYON. J'ai vu dernièrement un des malades qui a été présenté ici il y a quelque temps, celui de M. Labbé. Je lui ai donné de l'iodure de potassium me demandant s'il n'y avait pas quelque chose de syphilitique dans sa maladie. L'iodure de potassium a amélioré le mal au point qu'une pièce prothétique dentaire a pu être placée. M. Molière, dans sa thèse inaugurale sur le nerf maxillaire supérieur, a bien étudié les lésions nerveuses dans leurs rapports avec les phénomènes de nutrition. Il n'a pas trouvé de faits confirmatifs à l'appui de la proposition de M. Cruveilhier, et il a montré que la destruction des maxillaires supérieurs est sans influence sur la nutrition des dents.

M. FORGET demande à M. Cruveilhier si l'on peut éliminer tout soupçon de syphilis chez le malade de M. Dubrueil.

M. CRUVEILHIER. M. Dolbeau et M. Dubreuil ont constaté chez leur malade de petits ulcères rebelles à la verge; mais il n'y avait aucune autre trace apparente de syphilis ni dans l'état actuel ni dans les antécédents.

M. DOLBEAU. J'ai en ce moment un malade qui a l'affection dont il est question et chez lequel il n'y a et il n'y a eu aucune trace de syphilis, et la résorption des arcades alvéolaires porte non-seulement sur la mâchoire supérieure mais encore sur l'inférieure.

M. BLOT. La perte prématurée des dents saines chez des adultes est assez fréquente, et il n'y a aucune relation avec la syphilis.

LECTURE

Plaies pénétrantes de l'articulation du genou. — *Conservation du membre.* — M. CHAMPENOIS lit un travail comprenant 21 succès de chirurgie conservatrice dans le traitement des plaies pénétrantes du genou par les petits projectiles de guerre (1870-1871). Ses observations se répartissent ainsi qu'il suit :

Plaies de la synoviale. — 1. Laudren, 6e provisoire. Séton par balle, 8 centimètres, entre le fémur et la partie supérieure de la rotule; arthrite plastique; guérison en 2 mois.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

2. Desgeorges, matelot. Balle à 2 centimètres en dedans du tendon tibio-rotulien, sortie à 4 centimètres au-dessus de la rotule en dehors : arthrite plastique, immobilisation par appareil circulaire ouaté ; guérison en un mois et demi.

3. Martin, 37e de marche. Balle entre les condyles du fémur et la partie moyenne de la rotule : immobilisation en gouttière, puis appareils dextrinés, arthrite plastique; ankylose incomplète, guérison en 2 mois.

4. Un blessé de M. Boinet. Balle au-dessous de la rotule, extraite avec des morceaux de vêtement : immobilisation, guérison en 35 jours.

Cas de pénétration des condyles du fémur. — 5. Lavaud, 74e de ligne. Balle à 2 centimètres en arrière du bord externe de la rotule, extraite de l'épaisseur du condyle, amputation refusée : gouttière, appareils dextrinés ; évacuations sur diverses ambulances : guérison en 3 mois, avec ankylose incomplète.

6. Vidal, 2e du génie. Balle à travers les deux condyles du fémur (du côté interne de la rotule à la partie postéro-externe du condyle externe). Immobilisation immédiate en gouttière, puis dans le même appareil ouaté dextriné durant 4 mois : guérison avec ankylose incomplète.

7. Basté, 51e de ligne. Balle en sens inverse de la précédente, restée au côté externe de la rotule enchâssée dans le condyle par sa base. — (Obs. de M. Dolbeau). Guérison en 2 mois : ankylose incomplète, suite d'arthrite plastique.

8. M. Lavergne, sous-lieutenant au 70e de ligne. Balle à travers les deux condyles, après guérison d'une arthrite du même genou, suite d'éclat d'obus. — Au bout d'un mois le blessé s'appuie sur le membre : plusieurs hémorrhagies.

9. Blessé de M. Boinet. Balle à travers les condyles au combat de Clamart : arthrite violente, immobilisation, injections iodotanniques ; le 20 octobre, le blessé commençait à marcher.

10. Godefroy, 50e de ligne. Balle à travers le condyle externe de dedans en dehors, fracture par éclatement simple ; pas de pansements durant un mois, chute spontanée de l'arthrite : ankylose presque complète ; guérison en 4 mois.

Lésions des condyles en arrière. — 11. Marchadier, garde mobile (Seine). Gouttière par balle en arrière du condyle interne ; extraction de la balle le quinzième jour : périarthrite et fusées purulentes ; accidents typhoïdes et ulcérations sacrées, lombaires et dorsales : ankylose complète ; guérison en quatre mois.

12. Fauve, fédéré, 44 ans : usé par l'alcool. Balle à travers le creux du jarret gauche ; fracture du contour postérieur du condyle interne; encoche à la bifurcation externe de la ligne âpre : arthrite, imminence d'infection purulente ; isolement sous tente ; immobilisation avec retour à l'extension ; ankylose fibreuse en quatre mois. Complications intestinales et pulmonaires ; luxation du condyle externe en avant et de la rotule en dehors, suites d'une position vicieuse due aux ulcérations sacrées : oblitération de la veine crurale à sa partie postérieure ; décès par pneumonie à la fin du sixième mois.

Cas de pénétration des tubérosités du tibia. — 13. Bourgoin, 41e de ligne. Balle de la tubérosité externe au côté interne de la rotule ; esquilles primitives et consécutives ; gouttière, incisions, drainage ; au deuxième mois, pourriture d'hôpital à la jambe ; articulation épargnée ; guérison en cinq mois, avec ankylose complète en apparence.

14. Chenon, 46e mobile du Nord. Balle du côté externe de la rotule au côté interne de la tubérosité interne, fracture du condyle interne, pénétration du tibia : arthrite, élimination de l'esquille fémorale au bout d'un mois ; immobilisation en gouttière pendant deux mois et demi ; guérison en trois mois et demi, avec ankylose incomplète.

15. Faux-Point, 3e provisoire. Balle de la tubérosité externe au côté interne de la rotule ; immobilisation, guérison apparente en un mois et demi. Accidents consécutifs deux mois plus tard : esquilles tibiales et rotuliennes ; guérison définitive en cinq mois sans ankylose.

16. Gordès, garde-national (Seine). Ankylose incomplète, suite de balle ayant fracturé la rotule. Atrophie et faiblesse du membre.

17. Moreau, 128e de ligne, retraité pour blessure par coup de feu au genou droit, suivie d'ankylose incomplète.

18. Périer, 128e de ligne. Coup de feu au genou gauche, raccourcissement et gêne pour la marche ; retraité.

19. Dory, 45e de ligne. Ankylose incomplète du genou gauche dans la flexion, suite de coup de feu à travers cette articulation.

Résections. — 20. Suprin, 69e de ligne. Balle entre les deux condyles, sortie à travers la tubérosité externe et la tête du péroné. Après les Prussiens, M. Arendrup redresse et immobilise le genou ; incisions, drains ; suppuration prolongée ; au 9e mois, résection de la tubérosité ; guérison au 14e mois avec ankylose osseuse en ligne droite.

21. Pouchet, 114e de ligne. Balle à travers les condyles, d'arrière en avant ; deux jours plus tard, résection de 12 centimètres de longueur, par M. Demarquay. Au bout d'un an, guérison sans soudure osseuse ; l'extrémité fémorale porte sur la partie antéro-externe du contour de la cupule tibiale externe. Un appareil immobilisateur est nécessaire.

De ces observations M. Champenois a cru pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Les plaies de la synoviale, même par balles, guérissent parfois avec une étonnante facilité par le repos.

Il en est de même des plaies avec contusion superficielle, érosion ou gouttière au contour des extrémités articulaires.

Les pénétrations nettes peuvent guérir sans complications.

L'arthrite est aggravée quand les fissures qui en rayonnent ont rompu la continuité du revêtement chondro-périostique.

L'éclatement incomplet n'exclut pas l'espoir de la consolidation des fragments dont le périoste se continue largement avec celui de l'os.

Là, comme ailleurs, la règle est d'extraire les projectiles, les corps étrangers et les esquilles ; mais l'extraction doit être aussi immédiate que possible, pour éviter les débridements, l'aggravation des douleurs. La recherche est alors plus facile, et aucun instrument ne doit manquer pour en assurer le résultat.

Dans le doute, Observation VI, l'expectation est préférable à la violence.

Au travail suppuratif il est prudent de laisser le soin de l'isolement des fragments non mobilisés par le traumatisme.

Les hémorrhagies des trajets osseux, par leur coïncidence avec des guérisons faciles, semblent un rappel aux émissions sanguines locales quelque peu délaissées.

Si par elles et par l'immobilisation il est parfois possible de tenir l'arthrite à l'état subaigu, le drainage d'emblée serait aussi dangereux qu'il peut être favorable plus tard. A l'élément douleur on ne saurait trop s'attaquer.

Dès le champ de bataille, il faut lui opposer des brancards appropriés au maintien des membres blessés, des appareils ou des attelles en toile métallique. — L'opium peut aussi trouver son indication.

A l'ambulance de réserve, la régularisation immédiate de la blessure doit être suivie, sans retard, d'une bonne immobilisation.

Nous l'avons obtenue par des appareils dextrinés, silicatés ou plâtrés, renforcés de longues attelles en zinc laminé et surtout doublés d'une épaisse couche d'ouate.

De provisoires ils peuvent devenir définitifs, lorsque l'inflammation se localise et que les cratères d'écoulement ont été rendus imperméables aux liquides.

De l'inflammation diffuse, la garantie est la gouttière en fil de fer bien matelassée, à parois mobilisables à volonté.

A ses processus profonds, les incisions, le drainage extra-articulaire peuvent être opposés à mesure du besoin.

A ces moyens, une douce contention des chairs vient en aide

pour limiter les décollements ; mais c'est aux bandelettes séparées et non aux bandages circulaires qu'il faut la confier.

Dans les cas graves, la chirurgie a besoin du concours de l'hygiène ; aux blessés de ce genre il faut l'isolement dans des tentes ou des baraques spéciales, des soins particuliers, loin de l'influence septique des grandes salles et de leurs émotions renaissantes.

Avec l'agitation des ambulances ces sollicitudes ne sont plus guère compatibles.

Mieux vaut presser la réalisation des indications pour profiter des jours de relâche que laisse parfois l'arthrite et diriger, au plus vite, les blessés vers des points précis, aux soins de mains signalées patientes et conservatrices.

Pour rendre ces évacuations aussi favorables que possible, il faudrait entre les ordonnateurs des secours aux blessés une entente préalable, une fusion cordiale et une parfaite facilité de rapports aux jours de l'exécution.

Pour aplanir les difficultés, compléter les moyens les mieux appropriés aux besoins des armées en campagne, il faudra de puissantes influences et le concours de toutes les vraies compétences.

Là trouvera sa place au premier rang la société de chirurgie. Notre travail est une réponse à son appel.

D'autres viendront pour lui permettre d'établir la balance des résultats de la conservation et de l'amputation.

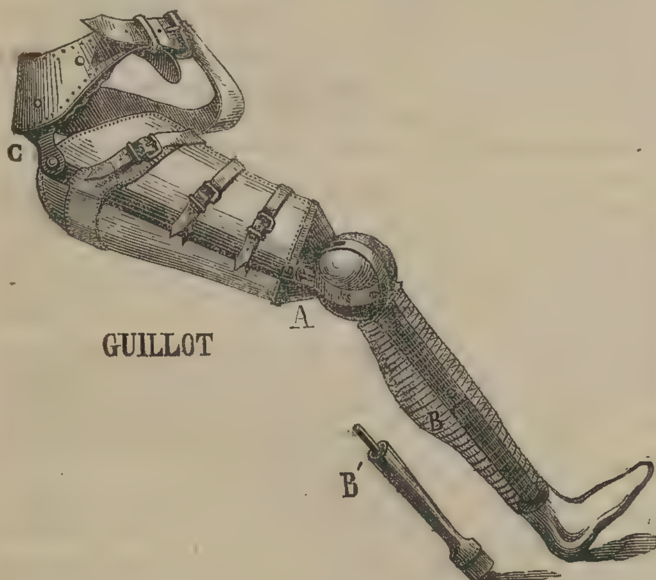
Espérons que ses conclusions serviront à ébranler les convictions et l'influence contagieuse des opérateurs absolus.

A nos futures armées s'attacheront des sollicitudes nouvelles dont les efforts devront tourner au bénéfice de la chirurgie conservatrice, cette vraie chirurgie de l'avenir. Mais pour rendre ce bénéfice aussi complet que possible, des règles plus précises et basées sur des faits sont encore à tracer.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Pince polypotome pour les polypes des fosses nasales. — M. DUPLAY, au nom de M. Petrini (Michael), présente une pince à polypes pourvue d'une lame cachée qui, poussée lorsque le polype est saisi, sectionne celui-ci près de son point d'implantation, entre les mors de la pince.

Jambe artificielle pour amputation de la cuisse. — M. LÉON LEFORT. Un de nos amputés de cuisse pendant la Commune était obligé, par sa profession de mouleur en fer, de travailler



à genoux et de marcher sur le mélange de sable et de poussier de charbon qui constitue le sol des fonderies. Il lui fallait donc un appareil permettant la flexion du genou, se terminant par un pied artificiel et non par un pilon, et il fallait, pour lui comme pour tous nos malades des hôpitaux, que l'appareil fût d'un prix peu élevé. C'est ce qui m'a fait imaginer l'appareil suivant. Un plateau de bois se terminant par une sphère du côté du genou donne attache à un cuissard en cuir renforcé par deux attaches métalliques. Dans la sphère est creusée la mortaise dans laquelle est reçue l'extrémité de la pièce jambière qui roule autour d'un simple pivot. Un verrou à ressort, dont la partie libre se voit en A, fixe la jambe dans la rectitude; lorsque le malade le soulève, la jambe est rendue mobile et se fléchit par son propre poids. Un cylindre métallique attaché à la partie formant le pied imite les contours de la jambe. Cette partie, séparable en B, peut être remplacée par le pilon ordinaire B'. Le pied, inexactement représenté dans la figure, est le pied à plante convexe imaginé par F. Martin, dessiné dans son numéro de 1850, et dont M. de Beaufort s'est indûment attribué l'invention. La ceinture pelvienne est attachée à une plaque métallique triangulaire articulée avec l'attache externe du cuissard modificateur que j'ai fait appliquer depuis plusieurs années à tous les pilons. Cet appareil, très-bien exécuté par M. Guillot, a l'avantage important, dont le chirurgien lui-même doit se préoccuper, de ne coûter que 45 francs.

ÉLECTIONS

Comité de publication.

Sont élus : MM. Panas, Guéniot et Blot.

Commission des congés.

Sont élus : MM. Guéniot, Boinet et Blot.

La séance est levée à 5 heures trois quarts.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 31 janvier 1872, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le médecin principal Kerhuel.

Au grade de chevalier : MM. les médecins de 1re classe de la marine Chabbert, Le Barzic, Giraud; M. Lessouarn, aide-major au 4e régiment d'infanterie de la marine; M. Chauvin, pharmacien auxiliaire de 3e classe.

— *Erratum.* — Page 108, 1re colonne, 3e ligne, au lieu de « l'extension peut se faire », lisez : « l'extension *ne* peut se faire ».

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur C..., à Fontenay-le-Château. — Adressez-nous un mandat-poste de 18 francs; ce mode de payement est le plus sûr et le plus économique.

M. le docteur D..., à Chevreuse. — La clientèle F. J. n'est plus à vendre.

M. L..., à Colombey. — Voici l'indication des thèses publiées sur les injections sous-cutanées :

De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées, par M. JOUSSET. 1865. — Prix : 3 fr. 50.

De la méthode hypodermique ou des injections sous-cutanées, par M. MICHALSKI. 1868. — Prix : 5 francs. — *(Très-rare.)*

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.040	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil billiaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..............................		
Chlorure de sodium...........................		
Matières organiques..........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

GOUDRON VÉGÉTAL LE BEUF

L'émulsion de goudron végétal de Le Beuf, obtenue par l'intermédiaire de la *Saponine* (1), corps complétement *neutre*, et ne renfermant aucune substance capable d'altérer la matière médicamenteuse, est par conséquent *bien préférable* pour l'administration du goudron à l'intérieur aux *liqueurs concentrées* qui sont toutes associées à un corps *alcalin* ou *acide*, corps qui, tout en favorisant la dissolution du *goudron* dans l'eau, altère *profondément* ses principes résineux et balsamiques.

Cette préparation, dont *l'odeur caractéristique* prouve que le GOUDRON *n'est en rien modifié*, constitue le moyen le *plus rationnel* pour l'emploi du *goudron* en thérapeutique. (Voyez Dr GUBLER, *commentaires thérapeutiques du Codex*, p. 143. — ADRIAN, *note sur le goudron et ses meilleures préparations, bulletin thérapeut.*, 1867, p. 406 et 407.

MODE D'EMPLOI — Le **Goudron Le Beuf** s'administre à la dose d'**une cuillerée à café**, deux ou trois fois par jour, délayée dans **un demi-verre d'eau sucrée** ou de **lait chaud**.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) Principe immédiat contenu dans la saponaire et auquel cette plante doit ses propriétés dépuratives et rafraichissantes.

PILULES LANDRON

Au **Bromure de potassium ferrugineux.**

Employées avec succès depuis 1867 dans le traitement des maladies nerveuses avec signes anémiques. Leur succès dans la chlorose est aujourd'hui confirmé par des milliers d'expériences. Ces Pilules ont été l'objet d'un Rapport favorable lu à l'Académie des sciences, le 8 août 1870. (Voir le *Compte rendu*, tome LXXI, page 350.)

Dépôt chez BLAYN, 7, Marché Saint-Honoré, et dans toutes les pharmacies.

MAISON DE SANTÉ

DU FAUBOURG SAINT-GERMAIN

84, rue du Cherche-Midi.

CHIRURGIE, MÉDECINE ET ACCOUCHEMENTS

Changement de propriétaire et agrandissement.

Cette maison, dans laquelle opèrent les premiers chirurgiens de la capitale, est située dans un quartier presque central, sur de vastes jardins. — Un docteur en médecine y réside jour et nuit.

Pilules de Hogg. — **1° Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée.**

Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène. En vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° Pilules à la pepsine unie au protoiodure ferreux inaltérable. En vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

Huile de foies frais de morue de Hogg

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — **Douce et facile à prendre.** — Mention honorable. — 2, Rue Castiglione, Paris.

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris*,

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

Huile de foie de Squale, naturelle ou iodo-ferrée, du docteur DELATTRE.

La seule approuvée par l'Académie de médecine de Paris, et qui a obtenu à l'Exposition universelle, cl. 44, l'unique récompense accordée aux huiles de foie de poisson. Cette distinction en faveur du docteur DELATTRE est d'autant mieux méritée que ses huiles sont préférées, par tous les malades et les enfants, à l'huile de foie de morue, à cause de leur saveur douce et fraîche. — Usine à Dieppe. Dépôt chez NAUDINAT, rue de Jouy, 7, à Paris, et dans les principales pharmacies.

Sirop de digitale de Labelonye.

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches PNEUMONIES, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.)

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le Sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la Pepsine,

en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

Aménorrhée, Dysménorrhée.

— L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'APIOL des docteurs JORET et HOMOLLE comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'APIOL est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli.

HUILE de Foie de morue FERRÉE DE GODIN

au **BENZOATE DE FER** dosée au 100e

« Dissolution des Benzoates dans les huiles. »
(Travail lu à l'Académie des sciences, le 13 novembre 1871.)

1° Le **Benzoate de fer**, sel orange, inaltérable, aussi riche en fer que le *lactate*, apporte à l'huile blanche de Norwége l'action balsamique de l'*acide benzoïque* et l'action tonique du *fer*. — Le fer, uni à un corps gras, exerce une action plus douce sur les parois de l'estomac, ne constipe pas, et rend l'huile de foie de morue plus facile à prendre.

2° **Huile hydrargyrique** au Benzoate d'hydrargyre (dosée au 1000e). Au spécifique, au débilitant, est associé le reconstituant ; le malade n'éprouve ainsi ni maux d'estomac ni amaigrissement.

3° **Huile hydrargyro-ferrée** aux Benzoates d'hydrargyre et de fer. — Elle réunit les avantages combinés des deux autres.

GODIN, ex-pharm. des hôpitaux, 96, faubourg Saint-Martin, et dans les principales pharmacies.

Le Bain au sel de Pennès est ordonné

par un grand nombre de médecins comme *dérivatif, reconstituant, stimulant, résolutif*. Son usage est si répandu pour remplacer les *bains alcalins, ferrugineux, iodurés, sulfureux*, et les *bains de mer chauds*, qu'il se trouve dans toutes les pharmacies. — Dépôt, rue des Ecoles, 49. — Manufacture et Expéditions, rue Latran, 1, à Paris.

— 10 doses : 10 fr. —

N° 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1872 — 45e ANNÉE — JEUDI 8 FÉVRIER 1872. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 2 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
	Trois mois. .	8 fr. 50 c.
	Six mois. . .	16 —
	Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (M. Noël Guéneau de Mussy). — Des balles explosibles (M. Henri Pernel). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie vient de s'adjoindre un physiologiste célèbre, M. Marey. Cette élection s'est terminée un peu avant quatre heures : à quatre heures vingt minutes, la séance était levée, rien n'étant plus à l'ordre du jour.

Une pièce pathologique, présentée par MM. Gallard, semblait devoir offrir un certain intérêt, et nous l'avons examinée avec grand soin. En effet, elle avait rapport à une question controversée, celle des phlegmons péri-utérins proprement dits.

On sait que, depuis les travaux de MM. Bernutz et Goupil, on attribue généralement à des péritonites partielles péri-utérines les symptômes que l'on rattachait autrefois à une inflammation du tissu cellulaire situé entre le péritoine et l'utérus.

Ce tissu cellulaire existe dans le cul-de-sac utéro-rectal comme dans le cul-de-sac utéro-vaginal. Dans l'un et dans l'autre, il ne commence à apparaître qu'à une certaine distance du fond de l'utérus, distance plus grande en arrière qu'en avant ; puis, de haut en bas, il s'épaissit progressivement, jusqu'à ce qu'il vienne se confondre avec le tissu cellulaire qui sépare les uns des autres les organes adjacents dans le petit bassin.

Y voir le siége de phlegmons était une idée naturelle, puisqu'on sait qu'il peut se produire des inflammations phlegmoneuses partout où il existe du tissu cellulaire.

Attribuer à de tels phlegmons les indurations et les tumeurs que le toucher faisait percevoir dans le voisinage de l'utérus, était également une idée qui devait se présenter d'abord.

Malheureusement pour les auteurs de cette théorie, l'ouverture des cadavres ne vint point confirmer cette donnée première.

Toutes les fois que pendant la vie on s'était cru autorisé, d'après les symptômes, à diagnostiquer des phlegmons péri-utérins, l'autopsie révéla toujours des péritonites plus ou moins graves.

De telle sorte que, maintenant, on en est venu à ne plus croire aux phlegmons péri-utérins suppurant sans péritonite.

On s'était demandé d'abord si la pièce de M. Gallard était de nature à changer les dispositions des esprits. M. Gallard annonçait, en effet, qu'en séparant de bas en haut le rectum d'avec le vagin, il avait fini par arriver dans la cavité d'un abcès sous-péritonéal, qui s'était ouvert dans le vagin et qui communiquait avec un autre abcès situé plus haut, mais également sous le péritoine. Pendant la vie on avait cru à un phlegmon lorsque ces abcès s'étaient produits : la question semblait donc jugée.

Malheureusement, la démonstration était loin d'être aussi convaincante qu'elle avait pu le paraître au premier exposé.

En effet, la femme chez laquelle on avait ainsi diagnostiqué un phlegmon péri-utérin, quelques semaines avant la mort, non-seulement avait fini par succomber à une péritonite généralisée et suraiguë, mais était une fille publique depuis longtemps atteinte d'inflammation chronique des organes contenus dans le petit bassin, avec poussées inflammatoires vers le péritoine. Les parois des trompes étaient épaissies au point d'avoir acquis un diamètre de plusieurs millimètres ; des fausses membranes résistantes, anciennes déjà, s'étendaient sur l'utérus, les ovaires et les trompes, et, pour séparer les uns des autres les organes unis dans le petit bassin, il avait fallu une dissection intelligente et minutieuse.

A supposer donc qu'il fût possible d'affirmer avec certitude, dans de pareilles circonstances, que le péritoine, et non pas des fausses membranes, recouvrait extérieurement les deux abcès, on se trouvait ici rentrer dans un cas assez ordinaire, celui d'une péritonite accompagnée d'abcès sous-péritonéaux. Bien loin d'en nier la possibilité, MM. Bernutz et Goupil en avaient déjà rapporté des observations dans leurs ouvrages ; et on ne peut pas dire que la péritonite qui amena la mort, en se généralisant, soit un argument contre l'importance prépondérante qu'ils attribuent alors à la péritonite.

La question n'a donc pas avancé d'un seul pas ; d'autant plus que la situation des deux abcès, par rapport au point où se réfléchit d'ordinaire le péritoine entre le vagin et le rectum, ne ferme pas absolument la bouche à ceux qui prétendraient y voir des péritonites partielles limitées par de fausses membranes, ainsi qu'il arrive souvent dans cette région.

Loin de nous la pensée de décourager jamais les travailleurs et les chercheurs. Si tel devait être le résultat de nos remarques, nous préférerions mille fois renoncer à jamais en faire ; mais pour tenir le science à un certain niveau, la critique est indispensable. Autrement les auteurs s'endorment et le progrès cesse.

Ce progrès, il doit s'accomplir en chacun de nous. Pour notre part, nous ne rougirons jamais de ne plus attribuer une même importance qu'autrefois à des théories que de nouveaux faits ont

ébranlées. M. Houzé de l'Aulnoit nous le reproche pourtant dans une lettre que nous publions dans ce numéro.

Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer en quoi les anciennes théories sur le périoste nous semblaient insuffisantes. Nous reviendrons encore plus longuement sur ce point, et puisque M. le docteur Houzé nous annonce qu'il va faire de nouvelles expériences, nous serons heureux d'en tenir compte et de mettre en pleine lumière toutes les conséquences théoriques qu'elles pourraient avoir.

Aujourd'hui, nous ferons seulement remarquer à M. Houzé qu'après avoir lu sa brochure, nous n'avons pas à changer une ligne ni même un mot à notre appréciation. Nous avons acquis, dans notre métier de journaliste, assez d'habitude pour qu'une audition attentive ne nous trompe plus ni sur les théories ni sur les faits. Aussi le fait et les théories sont-ils tels que nous le pensions. La vue de cette brochure, que toute notre insistance n'avait pas pu faire retrouver mardi dernier, n'a donc pu rendre plus précise notre opinion que sur un point.

D'après les dires de membres haut placés dans l'Académie, d'après l'impression qu'ils en avaient eue alors qu'elle leur était passée entre les mains, j'avais dit que cette brochure était publiée depuis plusieurs mois. Or, à la première page, j'y trouve cette note :

« Extrait des *Mémoires de la Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille*, année 1871, 3e série, IXe volume. »

Et à la dernière :

« Communiqué à la Société des sciences de Lille le 8 décembre 1871. »

Telles sont les dates apparentes.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Noel Guéneau de Mussy.

Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (1).

Il ne suffit pas de bien choisir les aliments, il faut les distribuer de manière à ce qu'ils suffisent aux besoins de la réparation, tout en laissant aux organes digestifs le repos nécessaire; il faut qu'ils soient bien mâchés, bien imprégnés de salive : cette élaboration préliminaire est d'autant plus importante que l'activité des organes digestifs est rendue moins puissante par l'âge et par la maladie, et qu'ils ne peuvent plus suppléer par leur énergie à l'insuffisance de la mastication. L'observation suivante vous montrera combien cette condition du travail digestif mérite toute votre attention.

Joseph X..., chapelier, âgé de 44 ans, est entré dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, le 10 décembre 1855.

Depuis douze ans, les fonctions digestives de cet homme étaient profondément troublées. Depuis cette époque, il était affecté d'une diarrhée presque constante, qui durait pendant des périodes de six et huit mois chaque année, et qui avait déterminé une maigreur portée jusqu'à l'éthisie et un épuisement considérable des forces. Cet état était entretenu par le régime que suivait ce malade. Il disait qu'il ne pouvait jamais digérer de viande ni de légumes, et depuis longtemps il se nourrissait exclusivement de charcuterie, de harengs saurs et d'autres substances analogues.

Au premier abord, tous ceux qui virent ce malade le crurent tuberculeux; mais l'examen attentif des organes thoraciques ne nous permit pas d'y constater aucune anomalie des bruits respiratoires; d'ailleurs le malade ne toussait pas. D'une autre part, le ventre était souple; on n'y sentait n'y empâtement, ni agglutination des anses intestinales immobilisées. La durée même des accidents rendait peu vraisemblable l'existence d'une affection organique de l'appareil digestif; et si la tuberculose avait été l'origine de ces troubles fonctionnels, elle n'aurait pas tardé à se révéler par des phénomènes plus accusés.

En examinant la langue, je constatai que les organes de la mastication étaient dans un état tout à fait incompatible avec l'exercice régulier de leurs fonctions. Au dire du malade, cette altération des dents avait précédé le début de la diarrhée. Plusieurs dents manquaient; celles qui restaient étaient presque toutes cariées et déchaussées; les gencives étaient rouges, fongueuses, saignantes. Plusieurs racines de dents dont les couronnes étaient détruites y entretenaient des abcès qui fournissaient une quantité considérable de pus; et de ces foyers, l'inflammation s'irradiait souvent sur la muqueuse du palais et des joues; cette stomatite chronique était accompagnée de douleurs peu intenses, il est vrai, d'ordinaire, mais sujettes à des exacerbations qui duraient quatre ou cinq jours et qui revenaient plusieurs fois par mois. Le résultat inévitable d'un pareil état des mâchoires était l'impossibilité de triturer les aliments; ils étaient ingérés sans être préalablement divisés et imprégnés de salive, et ces circonstances devaient avoir puissamment contribué à développer une dyspepsie rebelle. Dans cette pensée, je prescrivis à ce malade une alimentation légère; je lui fis prendre chaque jour *deux* à *quatre* grammes de sous-nitrate de bismuth. L'état des gencives fut combattu à l'aide d'un collutoire composé de :

Décoction de pavots......	*Deux cents* grammes.
Sirop de mûres...........	*Trente* —
Teinture d'iode..........	*Quatre* —
Iodure de potassium.....	*Vingt* centigrammes.

En outre, je les touchais tous les jours avec un pinceau trempé dans de la teinture d'iode.

Sous l'influence de cette médication, l'amélioration fut prompte et considérable : du 12 au 18 janvier, j'enlevai successivement plusieurs chicots déchaussés, qui agissaient sur les gencives comme des corps étrangers, et entretenaient la suppuration dans laquelle ils baignaient.

Le 8 janvier, cet homme avait pu manger avec appétit deux portions de légumes. La diarrhée était arrêtée et les selles n'ont pas cessé d'être régulières depuis cette époque. Les gencives, dont les alvéoles étaient autant de petits foyers, se modifièrent, se raffermirent et cessèrent d'être douloureuses.

Mon malade put bientôt manger de la viande rôtie, qui était parfaitement digérée; on lui donna deux portions de viande. En même temps, le teint devint meilleur, l'amaigrissement, qui était excessif, fit place à un embonpoint progressif.

Mais le malade nous apprit alors (22 janvier) que depuis plusieurs mois il éprouvait des douleurs dans le rachis, dans les membres supérieurs et plus encore dans les membres inférieurs. Tout occupé de sa dyspepsie, il n'avait pas fait mention de cette complication lors de son entrée à l'hôpital; mais depuis que la diarrhée était arrêtée et à mesure que son affection gastro-intestinale s'était améliorée, ces souffrances avaient augmenté et constituaient aujourd'hui la maladie principale.

Il ne pouvait marcher qu'avec de grandes difficultés, en se faisant soutenir des deux côtés; il ressentait dans les membres inférieurs des douleurs très-vives qui ne siégeaient pas au niveau des articulations, mais dans la continuité des membres. A ces douleurs s'ajoutait un affaiblissement considérable de la contractilité musculaire; lorsqu'il essayait d'étendre la jambe sur la cuisse, l'effort était lent, douloureux, et avant qu'il eût redressé le membre, les muscles extenseurs se relâchaient subitement et sa jambe était ramenée brusquement dans la flexion, comme poussée par un ressort.

La progression et la station lui étaient impossibles; il sentait un frémissement continuel avec engourdissement; ses membres étaient agités de fréquents soubresauts. Il y éprouvait une sensation constante de froid qui était très-pénible. La sensibilité tactile, sans être

(1) Suite. — Voir les numéros des 11, 16, 23 janvier et 1er février 1872.

absolument détruite, était notablement émoussée. Les fonctions du rectum et de la vessie étaient restées intactes; mais les érections étaient abolies. On retrouvait dans les membres supérieurs les mêmes troubles d'innervation, mais moins intenses. On constatait du souffle au niveau des carotides.

Le traitement fut ainsi modifié : l'usage du sous-nitrate de bismuth et du collutoire avec la teinture d'iode fut continué; on y ajouta deux pilules de tartrate ferrico-potassique, des frictions sèches avec une brosse de crin matin et soir sur toute la périphérie cutanée, et tous les deux jours un bain avec polysulfure de sodium, *vingt* grammes. Les bons résultats de ce traitement se firent rapidement sentir.

Au bout de quelques jours seulement (31 janvier), il y avait déjà une élévation dans la température des jambes; bientôt après (9 février), le refroidissement avait complétement disparu; en même temps, la sensibilité se rétablissait graduellement et la myotilité elle-même faisait quelques progrès; mais le malade accusait toujours (22 février) une grande faiblesse dans les jambes et des douleurs vives, non-seulement dans les membres inférieurs, mais dans la région lombaire. Pendant tout ce temps, l'état des entrailles était excellent; la diarrhée avait complétement cessé et la guérison des gencives s'était consolidée.

Le sous-nitrate de bismuth fut alors supprimé, et le nombre des pilules de fer porté à quatre. La teinture d'iode fut continuée sur les gencives. La semaine suivante, on observa une amélioration rapide dans l'état des membres inférieurs; les douleurs devinrent beaucoup moins vives et moins fréquentes, la marche était presque facile. Le 3 mars, il se promena devant nous avec l'aide d'une canne, il put même se tenir quelques instants sur un seul pied.

Mais à mesure que l'état de ses jambes s'améliorait, un changement en sens inverse se manifestait dans ses membres supérieurs; depuis quelque temps les douleurs y étaient plus vives; la sensibilité restait normale, mais il y accusait des fourmillements avec un engourdissement continuel. Le 9 mars, le malade nous apprit que depuis deux jours les doigts de sa main gauche restaient dans un état intermédiaire entre la flexion et l'extension, sans qu'il lui fût possible de compléter l'une ni l'autre. Il n'y avait pourtant pas paralysie complète, car, en embrassant son avant-bras avec la main, pendant qu'il s'efforçait d'étendre les doigts, on percevait la contraction des muscles extenseurs. Nous pensâmes que les douleurs pouvaient contribuer à la difficulté des mouvements, car elles se faisaient sentir avec vivacité dans les poignets et dans les coudes; les jambes continuaient à mieux aller, les douleurs lombaires étaient toujours très-intenses.

Deux bains de vapeur, donnés à deux jours d'intervalle, agitèrent le malade sans lui procurer aucune amélioration. On les abandonna, et le traitement fut continué comme devant. Au bout d'une semaine environ, les accidents signalés à la main gauche disparurent et les doigts purent s'étendre et se fléchir sans difficulté.

L'état général resta bon, les membres tant supérieurs qu'inférieurs allaient beaucoup mieux, mais les douleurs lombaires avaient augmenté.

Craignant, d'après les symptômes indiqués plus haut, qu'il n'y eût une congestion de la moelle ou de ses enveloppes, et constatant la résistance opiniâtre des douleurs rachidiennes, je fis appliquer deux cautères sur la région lombaire, et je soumis le malade à un traitement hydrothérapique, auquel j'avais déjà songé, mais dont la rigueur de la saison m'avait fait différer l'emploi.

Après la première douche, d'une demi-minute seulement, le malade eut pendant la nuit une érection, ce qui ne lui était pas arrivé depuis dix-huit mois. Le même phénomène se reproduisit les jours suivants, et même bientôt les érections furent accompagnées de pertes séminales. Celles-ci se renouvelaient quelquefois trois ou quatre nuits de suite et inquiétaient le malade qui, à part ces accidents, se sentait tout à fait bien et avait vu, sous l'influence des douches, augmenter encore son embonpoint et surtout sa vigueur.

Les douleurs lombaires étaient en partie calmées. Pour combattre les pertes séminales, je fis prendre le soir, à partir du 2 avril, une pilule de *cinq* centigrammes de poudre de digitale; il en fit usage pendant quinze jours, et je lui fis faire les frictions sur le périnée avec une pommade composée comme il suit :

Axonge.	*Trente* grammes.
Extrait de belladone.	*Quatre* —

Frictions qu'il continua assez longtemps.

A partir de ce moment, les pollutions nocturnes cessèrent ou du moins ne se reproduisirent qu'à de rares intervalles; les érections persistaient cependant, et rien ne vint plus entraver le complet rétablissement de notre malade. Il resta encore deux mois dans le service, pour y être soumis à notre observation et pour consolider sa guérison, que rien ne vint démentir.

Lors de sa sortie, le 27 mai, il pouvait manger et digérer toute espèce d'aliments sans distinction. Les gencives étaient roses et fermes, les dents qui lui restaient étaient raffermies; il allait régulièrement à la selle une fois toutes les 24 heures. Les douleurs des bras, des jambes et des lombes, avaient complétement disparu; la marche était sûre, les forces étaient complétement revenues; chaque nuit il avait des érections. En un mot, il était dans des conditions excellentes de santé et parfaitement en état de reprendre son travail.

J'ai cité cette observation avec quelques détails; elle me paraît doublement intéressante au point de vue de la cause de la diarrhée et de cette affection paralytique qui a augmenté en même temps que les fonctions intestinales se rétablissaient, comme si l'apaisement du travail morbide dans l'intestin et la cessation du mouvement fluxionnaire, dont il était devenu le siége habituel, avaient réagi sur le centre rachidien. Cette paralysie d'ailleurs, remarquable par sa marche ascendante, peut être rangée à côté de celle qui succède à la dysenterie; elle est bien loin d'être sans exemple à la suite de la diarrhée; on a cité plusieurs faits analogues, et le professeur Andral disait avoir deux fois observé des accidents paraplégiques consécutifs à la diarrhée chronique.

(*Sera continué.*)

DES BALLES EXPLOSIBLES

Par M. le Dr Henri Pernet

Je lis dans votre numéro du 30 décembre dernier un article de M. E. Thierry tendant à prouver que, dans la dernière guerre, on ne s'est point servi de balles explosibles. Tenant à prouver le contraire, je vous prie de vouloir bien insérer le fait suivant, que j'ai pu observer comme chirurgien de l'ambulance de l'Eure.

Dans le mois de décembre 1871, M. le colonel Thomas, des mobiles de l'Ardèche, m'a montré, au château du marquis de Croix, à Serquigny, une balle explosible ramassée par un de ses soldats, après un des engagements qui ont eu lieu dans le voisinage de cette petite ville. Cette balle, que le colonel Thomas a conservée, se composait de trois segments :

1° Une balle ovoïde ordinaire à l'extérieur, longue de deux centimètres, et plate à son extrémité inférieure, qui est percée d'un trou se prolongeant dans les deux tiers de la balle;

2° Un segment inférieur ayant un centimètre de hauteur. Du milieu de cette partie s'élève une tige cylindrique s'adaptant parfaitement à la cavité du premier segment;

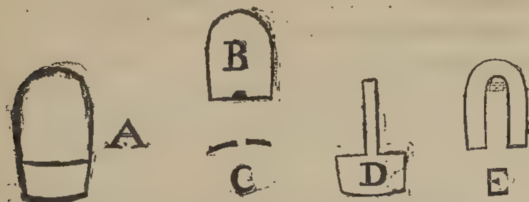
3° Une mince rondelle en fer-blanc, convexe supérieurement, concave inférieurement, percée d'un trou central et placée entre les deux parties précédentes.

Le mécanisme de cette balle est très-simple.

Une fois lancée, quand la balle rencontre un obstacle, la partie antérieure est arrêtée dans sa course. La force acquise continuant d'agir, la partie postérieure comprime la rondelle, l'aplatit, et la

tige, frappant avec force le fond de la cavité, fait éclater un mélange détonnant qui s'y trouve placé.

Dessin schématique de la balle :



A. La balle entière.—B. Partie antérieure.—C. Rondelle convexe médiane. — D. Partie postérieure. — E. Section de la partie antérieure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 et 1871 dans les départements du Lot, de la Drôme et de l'Aube;

2° Un rapport de M. le docteur Daniel sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Plougonnelin (Finistère), en 1870 (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Joulin, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'accouchements;

2° Une note de M. Petat, pharmacien, sur le laudanum de Sydenham;

3° Une lettre de M. le docteur Houzé de l'Aulnoit, accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires de *sa note sur les avantages de la périostotomie appliquée aux amputations.*

M. Wurtz dépose sur le bureau un travail manuscrit de M. le docteur Jeannel sur un régulateur thermostatique à gaz.

M. Chauffard présente une brochure sur les anomalies de l'homme, par M. le docteur Albert Puech.

M. J. Guérin présente un volume intitulé : *Annuaire de Paris* (1re année), par M. le docteur Vacher.

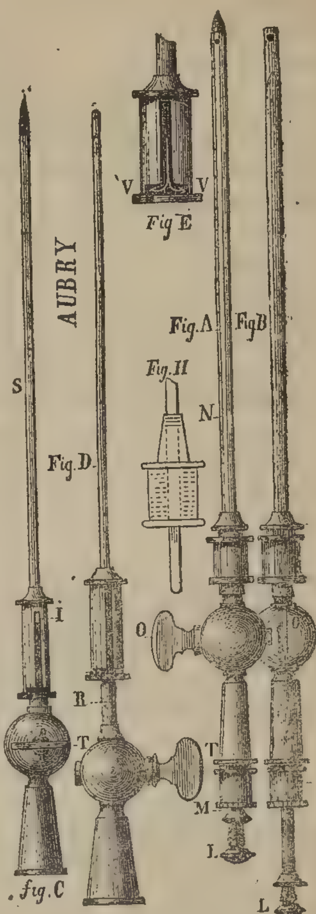
M. Béclard présente un volume intitulé : *Effets physiologiques de thérapeutique des aliments d'épargne* (alcool, café, thé, caco, maté, etc.), par M. le docteur Angel Marvaud.

M. Béclard, au nom de M. Jules Castiaux, interne des hôpitaux, soumet à l'appréciation de l'Académie deux modèles de trocart à pointe cachée qu'il a fait faire, en février 1870, par M. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie.

La note suivante explique le mécanisme de ces trocarts et le but qu'ils sont destinés à remplir.

L'appareil aspirateur imaginé par mon collègue M. Dieulafoy présente de grands avantages, mais je le crois susceptible de nombreuses améliorations. Quelles qu'elles puissent être, le principe n'en est pas moins bon et le vide préalable appliqué aux recherches des collections liquides peut rendre de très-grands services. L'aiguille tubulée dont il se sert est commode tant à cause de son petit diamètre, qu'à cause de la facilité avec laquelle elle pénètre les tissus. Mais veut-on du même coup évacuer le liquide qu'on a découvert dans une articulation, dans la plèvre, dans le péricarde, par exemple, cette aiguille devient dangereuse par sa présence : on en comprend facilement la raison.

C'est pour éviter cet inconvénient que je fis faire, par M. Aubry, un premier trocart dont voici le dessin et la description :



La figure A représente le trocart tout prêt à introduire dans les tissus. Il se compose d'une tige à pointe triangulaire M analogue à celle des trocarts ordinaires, glissant dans une canule N armée d'un robinet O.

Pour éviter l'iutroduction de l'air au moment où l'on retire la pointe, il a été annexé au robinet un petit appareil mobile (fig. H), appelé boîte à cuirs, renfermant une série de disques de cuir gras, au milieu desquels glisse la tige.

Une fois le trocart enfoncé dans les tissus, on retire (fig. B) la tige M à travers la boîte à cuirs jusqu'à ce qu'on aperçoive une rainure circulaire pratiquée à deux centimètres environ de la pointe. On peut alors fermer le robinet O, retirer la boîte à cuirs avec la pointe, et adapter à la canule le tube en caoutchouc de l'appareil aspirateur. On ouvre le robinet et le liquide s'écoule.

Au moyen du bouton brisé L, on peut retourner la tige du trocart et avoir par ce moyen un mandrin mousse, avec lequel on peut, à travers la boîte à cuirs, déboucher l'extrémité de la canule obstruée par de fausses membranes.

Ce trocart fut essayé en février 1870 :

1° Dans le service de M. Denonvilliers, remplacé alors par M. Lannelongue, et dont j'étais l'interne;

2° Dans les services de M. Bernutz et Pelletan sur des malades atteints d'épanchement pleurétique.

Il présentait plusieurs avantages : introduction facile ; possibilité de faire disparaître la pointe et d'introduire un mandrin, tout en empêchant l'entrée de l'air. Malgré cela, je fis exécuter le modèle suivant, dont le fonctionnement me parut plus simple encore.

La figure C représente le trocart prêt à introduire dans les tissus. Le robinet est fermé.

La figure D le représente après la pénétration; seulement on a fait disparaître la pointe. Le robinet est ouvert.

Il se compose : 1° d'une aiguille tubulée R, armée d'un robinet et présentant un petit appendice saillant I ; 2° d'une canule S, dont la base présente un renflement ou boîte détaillée dans la figure E.

Lorsque le trocart a pénétré, pour retirer la pointe il suffit de tenir la canule d'une main et de tirer l'aiguille de l'autre (figure D). L'appendice I que porte l'aiguille glisse dans la rainure longitudinale et vient heurter contre l'anneau VV' (figure E). On donne alors un demi-tour à droite, et l'appendice de l'aiguille vient s'engager dans le fond de la rainure, en suivant la direction de la flèche de droite. L'aiguille devient alors immobile. On ouvre le robinet, et le liquide s'écoule à travers l'aiguille.

Pour l'enlever et la nettoyer, il suffit de la faire tourner à gauche, dans le sens de la flèche, et l'appendice peut sortir par l'échancrure pratiquée dans l'anneau.

La canule vient-elle à se boucher pendant l'opération, on introduit un mandrin à travers la boîte à cuirs comme dans le premier système, et l'on évite ainsi l'introduction de l'air.

M. Aubry me fit de chacun de ces deux systèmes de trocart cinq modèles dont voici les diamètres : N° 1, 1 millimètre ; n° 2, 1 mil-

limètre 1/4; nº 3, 2 millimètres; nº 4, 3 millimètres; nº 5, 4 millimètres.

J'ai fait de tous ces trocarts de nombreux essais, et je puis dire qu'ils fonctionnent bien.

On fait, à première vue, à la forme aiguillée, un reproche qui n'est pas fondé et qui disparaît devant l'expérience. On croit que ce trocart subit un temps d'arrêt au passage du talon de l'aiguille. Je l'ai craint moi-même au début, mais c'est là une erreur. L'introduction est très-facile.

Bien des trocarts méritent ce reproche. En effet, pour peu que les bords de la canule ne soient pas amincis, ils constituent un obstacle à la brusque pénétration de l'instrument dans les tissus, et il se produit un temps d'arrêt aussi désagréable pour le malade que pour l'opérateur.

Pour éviter cet inconvénient, je faisais subir à mes trocarts une petite modification, d'après un modèle anglais connu depuis longtemps, dans lequel la canule, latéralement fendue, forme deux valves élastiques, qui viennent se cacher dans une dépression ménagée derrière la pointe de la tige. Dès lors plus de saillie, plus de temps d'arrêt.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie.

La commission présente :

En première ligne, M. Marey;
En deuxième ligne, MM. Luys et Moreau;
En troisième ligne, M. Philippeaux.

Le nombre des votants étant de 72, dont la majorité est de 37,

M. Marey obtient.................... 43 suffrages,
M. Moreau........................ 22 —
MM. Luys et Philippeaux, chacun..... 3 —

En conséquence M. Marey est proclamé membre de l'Académie.

LECTURE

1º *Note sur le tannate de quinine.* M. VULPIAN lit sur ce sujet une note qui peut se résumer ainsi : Le tannate de quinine n'est point complétement insoluble, comme on l'a prétendu. Il se dissout très-bien au contraire dans 930 fois son poids d'eau distillée. Aussi, quand on en administre à des malades, retrouve-on toujours de la quinine dans les urines, comme s'en est assuré à diverses reprises M. Guillochon, interne en pharmacie de M. Vulpian.

M. BRIQUET. Moi aussi j'avais fait de nombreuses expériences sur le tannate de quinine, mais les résultats en ont toujours été négatifs. Jamais on n'a pu retrouver la moindre trace de quinine dans les urines quand on a donné ce sel, qui nous a paru insoluble et inerte.

2º *Observations sur le chloroforme.* — M. PERSONNE rappelle qu'il a fait, en 1870, une première communication prétendue spontanée du chloroforme, et qu'il avait alors attribué cette altération, non au chloroforme lui-même, mais à un corps qui le souillait, à l'éther chloroxi-carbonique, lequel était décomposé à la longue par la lumière. Il apporte aujourd'hui à l'Académie la preuve de cette assertion. Un échantillon de chloroforme, purifié par lui, puis conservé depuis deux ans en pleine lumière, est resté intact, et n'émet point de vapeurs acides.

M. Personne attribue la présence de l'éther chloroxi-carbonique dans les chloroformes du commerce à ce que, pour plus d'économie, on emploie, pour les obtenir, des alcools impurs, ce qu'on nomme le phlegme. Il en était autrement à l'époque où les pharmaciens préparaient eux-mêmes leur chloroforme à l'aide d'alcool absolu, par le procédé de Soubeyran.

PRÉSENTATION DE PIÈCE PATHOLOGIQUE

Phlegmon péri-utérin. — M. GALLARD. J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie des résultats d'une autopsie qui prouve la possibilité d'une affection que l'on avait niée, le phlegmon péri-utérin.

Après que MM. Bernutz et Goupil, à la suite d'une autopsie, eurent, un peu hâtivement peut-être, rattaché aux péritonites toutes les affections décrites avant eux comme phlegmons péri-utérins, il resta des doutes dans beaucoup d'excellents esprits.

C'est alors qu'Aran proposa le nom de *phlegmasies péri utérines*, qui ne préjugeait rien et qui n'excluait pas du travail inflammatoire le tissu cellulaire situé autour de l'utérus. Ce tissu cellulaire existe en arrière de la matrice, et Courty l'a fait dessiner dans une planche que j'apporte. Il est mince, il est vrai, mais il n'est pas plus mince que le tissu cellulaire palpébral dont chacun connaît les phlegmons.

Depuis longtemps je cherchais la preuve nécroscopique de ces données théoriques que j'avais exposées déjà. Cette preuve, elle s'est présentée dans les circonstances suivantes :

Le 7 novembre dernier, une femme de 32 ans entra dans mon service, étant malade, disait-elle, depuis le 26 octobre.

C'était une fille publique qui, à la suite d'excès, avait été prise de douleurs intenses dans le petit bassin. Elle avait déjà eu, du reste, plusieurs attaques semblables.

Au toucher, nous pûmes constater tous les signes du phlegmon péri-utérin; une tumeur dure traversée par une artère dont on sentait les battements, s'étendait du cul-de-sac vaginal droit jusqu'au cul de-sac gauche, embrassant en arrière le col utérin comme le chaton d'une bague. Aucun symptôme ne faisait défaut, et nous reconnûmes un phlegmon classique. Le 14, se déclarèrent quelques symptômes de péritonite, en même temps que la tumeur se ramollissait. Le 21, cette tumeur s'ouvrait spontanément, laissant couler dans le vagin une assez grande quantité de pus. A partir de ce moment, les symptômes s'amendèrent et la malade sortit le 21 décembre. Mais elle reprit aussitôt son ancien métier de prostituée, et, sous l'influence de nouveaux excès, elle fut prise de nouvelles douleurs qui la contraignirent à rentrer le 23 décembre.

Il y avait alors des signes de péritonite. Il y eut d'abord un mieux momentané, puis le 29 janvier la péritonite se généralisa et la mort survint le 2 février.

A l'autopsie, en dehors de la péritonite aiguë et des reliquats de péritonites antérieures, en dehors de la salpingite et de l'ovarite chronique que nous eûmes à constater, nous trouvâmes la preuve qu'il avait existé, comme nous l'avions dit, un phlegmon du tissu cellulaire rétro-utérin. En effet, lorsque, pour plus de sûreté, nous détachâmes le rectum en procédant du bas en haut, nous pénétrâmes dans un abcès qui communiquait avec le vagin par un pertuis, dans lequel nous avons passé une soie de sanglier. Cet abcès, tapissé d'une membrane pyogénique, est situé entre le rectum, le vagin et l'extrémité du col utérin. Derrière le col, il communique par une ouverture assez large avec un autre abcès, qui s'étend jusqu'au point où le col utérin s'unit au corps, et qui se prolonge de là du côté gauche, en soulevant le péritoine. Par une dissection minutieuse, nous avons pu suivre le péritoine dans le cul-de sac utéro-rectal, et vous voyez qu'il est intact. C'est bien sous lui que se produisirent les deux abcès, qui sont ainsi le résultat de vrais phlegmons proprement dits.

M. LE PRÉSIDENT. Personne n'a d'observations à présenter sur cette communication?

Rien n'étant plus à l'ordre du jour, la séance est levée à quatre heures vingt minutes.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Lille, le 3 février 1872.

Monsieur le directeur,

J'ai le regret de vous transmettre l'impression pénible que j'ai

éprouvée en lisant le compte rendu que M. le docteur Revillout a fait, dans votre numéro du 1er février, de ma communication à l'Académie sur la périostéotomie appliquée aux amputations.

Si j'ai le droit de me plaindre d'un défaut de bienveillance, ce n'est pas, à coup sûr, de la part de l'Académie, qui m'a prêté pendant la lecture de mon travail, ainsi que ses membres peuvent l'attester, une attention très-soutenue, mais de votre rédacteur.

Malgré son assertion, l'Académie, comme elle en a l'habitude envers les médecins de la province, a daigné se montrer à mon égard aussi indulgente que gracieuse.

Elle comprend qu'il est de l'intérêt de la science d'accueillir nos travaux tout en laissant aux auteurs la responsabilité des faits ou des théories qu'on lui soumet.

Il ne m'appartient pas de m'arrêter sur une question de forme plus blessante pour les membres de la savante compagnie que pour moi-même.

On lui fait un reproche d'avoir laissé lire une brochure publiée depuis plusieurs mois.

C'est une erreur que je veux bien considérer comme involontaire de la part de votre rédacteur.

La brochure dont j'ai donné lecture a été imprimée il y a huit jours à peine; mon travail n'a paru dans aucun recueil scientifique, et si je l'ai fait imprimer, quelques jours avant de le soumettre à l'Académie, c'était pour en laisser quelques exemplaires sur le bureau.

Je m'étonne de trouver en cette occasion votre rédacteur plus sévère que le président lui-même. Mais ce que je ne puis m'expliquer, c'est l'empressement qu'il a mis à condamner un procédé opératoire dont il n'a même pas lu la description. Si je me suis trompé, c'est à l'observation et non à la théorie de me le prouver.

La parole est à l'expérience et aux faits; seuls ils ont le droit de juger si un praticien a commis une erreur.

Le devoir des journalistes est de faciliter les recherches des travailleurs, et non de les décourager : notre tâche est assez ingrate, notre but assez désintéressé pour que nous puissions compter sur leur concours.

Permettez-moi, monsieur le directeur, de réfuter en quelques mots les objections de mon confrère.

M. le docteur Révillout prétend :

1° Que le périoste seul ne peut faire les frais de l'ossification;

2° Que les deux surfaces en présence ne peuvent être comparées à une fracture simple, mais à une fracture compliquée dont le foyer a été pénétré par l'air;

3° Qu'isolé de l'organisme, il éprouvera la mortification.

A sa première objection, je répondrai que je n'ai pas la prétention de croire que le périoste seul amènera une cicatrisation par première intention de l'os sectionné, mais par son action adjuvante il facilitera le travail de réparation de la moelle et du tissu osseux qui lui sont opposés et dont j'admets le pouvoir ostéogénique.

Cette manière de voir est-elle donc si opposée aux opinions émises par M. Ollier lors du congrès de Lyon, opinions qui ont été si brillamment résumées par mon honorable contradicteur dans le n° du 11 octobre 1864 de la *Gazette des Hôpitaux?* Il suffit de relire le passage suivant qu'il écrivait à cette époque :

« M. Ollier nous fit passer un tel nombre de véritables os, produits soit chez le chien, soit chez le chat, par le périoste détaché, changé de place et contourné, que tous les doutes durent s'éteindre dans l'esprit même de ses contradicteurs... Pour que l'os puisse se reproduire, il est bon d'abord que le périoste ait une certaine épaisseur, une certaine vitalité, et c'est pourquoi le périoste irrité, gonflé, hypertrophié, est plus propre à faire du tissu osseux; mais cela n'est pas indispensable. »

Quantum mutatus ab illo!

Je ne puis admettre, en second lieu, que le contact du périoste avec la rondelle osseuse doive être comparée à une fracture compliquée en rapport avec l'air extérieur.

Une fracture compliquée n'est pas seulement grave parce qu'elle communique avec l'air extérieur, mais parce que ses fragments sont souvent transformés en esquilles, que le tissu osseux a été contusionné, et que la moelle a subi, dans une plus ou moins grande étendue, l'action contusive qui a produit la fracture.

A la suite d'une amputation, rien de semblable n'a lieu. Le tissu osseux est nettement sectionné, mais non violemment brisé.

Pour être dans le vrai, il faudrait plutôt comparer les rapports du périoste et de l'os, à la suite d'une amputation par mon procédé, à ceux qu'affectent deux surfaces osseuses qui ont été momentanément séparées par une résection, et qu'on rapproche l'une de l'autre par un appareil inamovible pour faciliter leur réunion.

Quant à la mortification du périoste, je suis loin de la redouter, car je laisse la lamelle adhérente par sa face superficielle au tissu musculaire. Par suite de son union aux parties molles, elle continuera de recevoir ses éléments d'organisation qui entretiendront sa vitalité et ses fonctions physiologiques.

La simple lecture de mon mémoire ne peut laisser le moindre doute sur ma manière d'opérer.

Si M. Révillout l'eût consulté, au lieu de s'en rapporter à ses souvenirs, cette erreur ne se serait pas glissée sous sa plume.

C'est trop m'appesantir sur des idées qui sont du domaine de la théorie.

Pour être fidèle à la règle que je me suis tracée, mon intention est de commencer une série d'expériences dont je m'empresserai de faire connaître à mes confrères le résultat, sans hésiter à prononcer moi-même ma condamnation si je me suis laissé égarer par un premier succès et par les travaux d'éminents physiologistes.

Je compte sur votre obligeance, monsieur le directeur, pour l'insertion de cette lettre dans votre estimable journal, et vous prie d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

ALF. HOUZÉ DE L'AULNOIT.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

186. Aboulker. Pathogénie et traitement de la fièvre typhoïde.
187. Giraud. Du délire dans le rhumatisme articulaire aigu.
188. Forgemol. De la fièvre typhoïde spinale et de la méningite cérébro-spinale au point de vue symptomatologique.
189. Ducoudray. De l'alimentation des nouveau-nés et du rachitisme.
190. Fort. De la nécessité d'une intervention prompte dans les cas de présentation de l'épaule.
191. Mestrude. Du traitement de la pourriture d'hôpital et en particulier du traitement par la teinture d'iode.
192. Taulier. De la disménorrhée membraneuse.
193. Bosvieux. Étude sur les indications cliniques de la thoracentèse et de l'empyème.
194. Barquissau. De l'éclampsie puerpérale.
195. Bourdon. Quelques considérations sur les corps étrangers des organes génito-urinaires.
196. Bouquillon. De la procidence du cordon ombilical.
197. Mourier. Des effets physiologiques et thérapeutiques des préparations d'argent.
198. Combes. Le pansement ouaté du docteur Guérin.
199. Franck. Étude sur les rétrécissements organiques de l'urèthre et sur leurs modes de traitement.
200. Lenoir. De la variole, du vaccin et de son influence.
201. Dupuis. Quelques considérations sur l'anatomie pathologique des fibromes utérins et sur les obstacles qu'ils apportent à l'accouchement.
202. Davy. De la mort subite dans la pleurésie.
203. Millet. Des hémorrhagies utérines pendant la grossesse.

204. Bussard. Revue critique des diverses théories émises su l'inflammation de la cornée. Anatomie pathologique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 4 février, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Lepecq de la Closture, ancien chef du 17e bataillon de la garde nationale de la Seine.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Archambault, médecin de l'hospice des Enfants ; — Du Mesnil, médecin de l'asile de Vincennes ; — Bouygues, médecin du ministère des finances ; — Le Piez, interne à Lariboisière, ex-chirurgien aide-major au 53e régiment de Paris ; — Ramond, à Paris, ex-médecin inspecteur des ambulances ; — Nérat, ex-chirurgien-major du 33e bataillon de la garde nationale de la Seine.

— Par décret en date du 4 février 1872, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. les docteurs Hubert, médecin en chef des hospices de Laval, et Perrochaud, médecin en chef de l'hôpital maritime de Berck.

Au grade de chevalier de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Penquer, maire de Brest ; Danner, médecin du quartier des aliénés à l'hospice de Tours ; Le Batteux, maire de Savigny ; Jozan, médecin à Saint-Étienne ; Tartarin, médecin à Bellegarde ; Vergand, médecin, à Orléans ; Le Galcher, médecin à Saint-Pierre-Église ; Loysel, médecin en chef de l'hospice de Cherbourg ; Pignat, médecin de l'hospice Saint-Louis, à Laval ; Vassor, médecin à Bonneval ; Heuchel, médecin à Cernay ; Guillet, maire de Bolbec ; Desfossés, adjoint au maire de Saint-Cloud, et Vauthier, médecin à Troyes.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Tous les soirs, à huit heures, ont lieu, à partir du 6 février, des cours supplémentaires. Trois agrégés feront environ chacun huit leçons par mois.

1re série. M. Brouardel traitera de la variole et de la vaccine.

M. Le Dentu parlera sur les hernies.

M. Gautier consacrera ses leçons à la question des aliments et des phénomènes chimiques de la digestion.

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Pérez, docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de zoologie et physiologie à la Faculté des sciences de Bordeaux.

Faculté des sciences de Montpellier. — M. Jourdain (Sylvain-Hippolyte), docteur ès sciences naturelles, est nommé professeur de zoologie et d'anatomie comparée à la Faculté des sciences de Montpellier.

Faculté des sciences de Nancy. — M. Forthomme, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy.

Un congé d'inactivité est accordé à M. Pilinski, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy.

M. Dupré, bachelier ès sciences, préparateur de physique à la Faculté des sciences de Strasbourg, est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy, en remplacement de M. Pilinski.

Faculté des sciences de Poitiers. — M. Isambert, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers.

École de médecine de Nancy. — M. Valentin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, en remplacement de M. Henrion, dont la démission est acceptée.

M. Valentin est nommé, en outre, chef des travaux anatomiques.

École de médecine de Rennes. — M. Pitois, docteur-médecin, suppléant pour la chaire d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est nommé professeur de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Péchot, décédé.

Lycée de Reims. — M. Hennequin, ancien médecin du lycée de Reims, est nommé médecin honoraire de cet établissement.

— Depuis le 1er février, le service médical de Mazas se trouve ainsi réorganisé :

M. le docteur Jacquemin, après 50 ans de services, a été nommé, sur sa demande, médecin honoraire ;

M. le docteur De Beauvais, adjoint depuis vingt ans, est passé médecin en chef ;

M. le docteur Bergeron, ancien interne des hôpitaux, a été nommé adjoint ;

M. le docteur Lemaire, ex-chef de clinique de la Faculté, est médecin-adjoint depuis 1869.

— *Congrès médical de Lyon.* — Le bureau de la commission organisatrice est ainsi constitué :

Président : M. Arthaud. — Vice-présidents : MM. Bouchacourt et Desgranges. — Secrétaire général : M. Dron. — Secrétaires adjoints : MM. Icard et Soulier.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Spring (de Liége). Le savant auteur du *Traité des accidents morbides* vient d'être enlevé par la petite vérole, à l'âge de 58 ans.

— La société des Médecins des Bureaux de Bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 14 février, à 8 heures du soir, à la Mairie du Louvre, place Saint-Germain l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Communication importante du Président de la société. — 2° Rapport annuel du Trésorier. — 3° Rapport de M. le docteur Lejeune sur la candidature de M. le docteur Lafont. — 4° De la statistique et des maladies régnantes par les Médecins des Bureaux de Bienfaisance.

— M. le docteur Verrier (de Villers) recommencera son cours de manœuvres obstétricales le 7 février, à 4 heures, rue Monsieur-le-Prince, 24.

Clinique et polyclinique.

On s'inscrit chez le docteur Verrier, à la maison de santé, 84, rue du Cherche-Midi, de 1 à 3 heures.

— Par suite de décès, la commune de Gomont (Ardennes) est privée de médecin. Cette commune est entourée de sept villages à desservir. La population est de 4,500 âmes. Pays agricole, riche. — Pour tout renseignement, s'adresser à Mme Le Brun, à Gomont, par Château-Porcien (Ardennes).

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur B..., à Arcachon. — Votre abonnement se terminera le 31 mars.

M. le docteur P..., à Varna. — Nous avons reçu 50 francs pour votre compte.

M. le docteur R..., à Gonfaron. — Le n° 9 de l'année 1860 est épuisé.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 17. — SAMEDI 10 FÉVRIER 1872 45e ANNÉE SAMEDI 10 FÉVRIER 1872. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Épidémie d'ictère. Luxation sous-astragalienne du pied droit en dedans. — Histologie pathologique d'un rétrécissement de l'urèthre, rétrécissement rugueux ou irritable (M. MALLET). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Souscription nationale pour la libération du territoire. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Epidémie d'ictère.

Vers la fin de l'été dernier, plusieurs médecins des hôpitaux signalaient l'existence de cas assez nombreux d'ictère simple ou jaunisse vulgaire, dont quelques exemples nous avaient frappé déjà vers la fin du deuxième siége de Paris.

Dans le numéro du 7 décembre de la *Gazette des Hôpitaux*, l'un de nous ayant été témoin d'une petite épidémie circonscrite dans un séminaire, et qui avait à cette époque atteint un tiers environ des élèves, a insisté particulièrement, dans la relation abrégée qu'il en a donnée, sur la circonstance très-digne d'intérêt de l'origine probable de cette épidémie et de sa facile et rapide transmission par voie de contagion.

Le rapporteur de la commission des maladies régnantes, M. Besnier, constatait, enfin, dans son rapport pour le dernier trimestre de l'année 1871, dans la séance du 12 janvier dernier, le développement d'une véritable épidémie d'affections ictériques. Cette petite épidémie, restée presque inaperçue d'un grand nombre de médecins, et surtout du public, à cause sans doute de sa bénignité, paraît persister encore. On en voit des exemples çà et là, disséminés dans un grand nombre de services des hôpitaux. Le service de M. Ball, à l'Hôtel-Dieu, en renferme en ce moment plusieurs cas. Deux malades sont entrés récemment dans le service de clinique de M. le professeur Sée, à la Charité, également atteints d'ictère ; et, à cette occasion, ce professeur a dit en avoir vu plusieurs cas en ville, où il lui avait été possible de saisir la filiation de la maladie et de suivre en quelque sorte peu à peu sa propagation.

Consulté dans une première famille pour un enfant de 8 à 9 ans, qui ne présentait d'autres phénomènes que de l'inappétence, des vomissements, des urines épaisses et fortement colorées, et une teinte ictérique de la conjonctive, il fut appelé bientôt dans la même maison, pour une sœur de cet enfant et une femme de chambre, qui présentèrent successivement les mêmes phénomènes.

Quelques jours après, M. Sée fut appelé dans une autre maison, où un domestique d'abord, puis deux autres personnes furent pris successivement d'ictère. Il a été témoin, enfin, dans une troisième maison, d'un fait semblable : atteinte successive de plusieurs membres d'une même famille.

Quant aux deux malades entrés dans le service, un homme et une femme, ils ont offert l'un et l'autre le même début, les mêmes phénomènes et la même complication ; c'est-à-dire début brusque de l'ictère, sans aucun symptôme d'embarras gastrique préalable ni concomitant, sans la moindre apparence d'une affection du foie ; symptômes consistant principalement en une inappétence, vomissements, sentiment profond de fatigue, ralentissement du pouls ; et enfin complication, chez l'un comme chez l'autre, de signes de troubles fonctionnels du cœur, consistant en un souffle au deuxième temps à la base du cœur. M. Sée dit avoir constaté ces phénomènes, avant l'épidémie actuelle, chez la plupart des sujets atteints d'ictère simple ; et ils lui paraissent s'y rattacher directement, comme l'une des expressions de l'empoisonnement par les acides biliaires, lesquels agiraient à la fois, par l'intermédiaire du nerf pneumogastrique, sur l'estomac en déterminant les vomissements, et sur le cœur en y produisant les troubles en question.

On sait combien de théories diverses ont été émises sur l'ictère. Nous reviendrons prochainement sur ce sujet, auquel la petite épidémie actuelle donne un intérêt particulier.

Luxation sous-astragalienne du pied droit en dedans.

Dans sa leçon du 27 janvier dernier, M. Gosselin a signalé à l'attention de ses auditeurs un malade couché au n° 46 de la salle Sainte-Vierge, qui, en montant sur l'impériale d'un omnibus dans la soirée du 25, avait perdu l'équilibre au moment où il n'avait gagné que la seconde marche, et était tombé debout sur le bord d'un trottoir. Son pied droit, au moment de la chute, fut violemment porté en dedans. Le malade y ressentit une vive douleur, sans avoir la perception de craquement. Puis il tomba, ne put se relever et marcher, et remarqua, aussitôt qu'il fut déchaussé, que le pied était entraîné et maintenu en dedans, et qu'il ne pouvait être ramené à sa place naturelle. Le transport à l'hôpital eut lieu dans la soirée, vers minuit.

En arrivant auprès du blessé à la visite du matin, M. Gosselin remarqua 1° l'attitude vicieuse du pied, qui était maintenu en dedans avec élévation du bord interne et abaissement du bord externe. Un mouvement modéré communiqué par la main ne

suffisait pas plus que la volonté du malade pour corriger cette attitude, qui est analogue à celle de la variété de pied-bot connue sous le nom de *varus*; 2° la présence, au côté externe et supérieur du pied, d'une saillie anormale, arrondie, mal circonscrite, au-devant de laquelle le doigt sentait une dépression assez prononcée; 3° l'existence, au côté interne, d'une dépression antéro-postérieure assez profonde, et au fond de laquelle on trouvait, mais sans pouvoir la circonscrire et apprécier son état, la malléole interne.

A ces signes généraux applicables à toutes les luxations : une attitude incorrigible par la volonté du malade et des manœuvres d'impulsion modérée, la présence de saillies osseuses et de dépressions anormales, M. Gosselin reconnaît une luxation. Mais entre quels os le déplacement s'était-il produit? et ce déplacement était-il accompagné de quelque fracture du côté des malléoles ou du côté des os tarsiens?

La première de ces questions était déjà difficile à résoudre, d'abord parce que les luxations du pied sont rares, et ensuite parce que les auteurs ont eu de la peine à s'entendre sur leur détermination et leur dénomination. Jusqu'au travail de M. le professeur Broca, en effet, on n'a guère décrit que les luxations de l'astragale, en confondant ou n'isolant pas assez les unes des autres celles de ces luxations qui se passent dans l'articulation tibio-tarsienne et celles qui ont eu lieu entre l'astragale d'une part, le calcanéum et le scaphoïde d'autre part. M. Broca, en établissant magistralement la distinction, et donnant une description très nette des luxations sous-astragaliennes, a singulièrement facilité la tâche des cliniciens qui ont à se faire une opinion sur une attitude vicieuse traumatique du pied.

Dans le cas actuel, M. Gosselin, reconnaissant que les saillies et les dépressions anormales ne sont pas au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, mais sont en avant et au-dessous de celle-ci, tenant compte d'ailleurs de ce fait que la flexion et l'extension du pied peuvent être produites, conclut à l'existence d'une luxation sous-astragalienne opérée par suite de la rupture probablement partielle du ligament sous-astragalien et du ligament astragalo-scaphoïdien supérieur. Seulement, cette luxation est en dedans, par opposition aux cas un peu moins rares dans lesquels la luxation est en dehors. A ce propos, M. Gosselin fait remarquer que c'est la première fois qu'il observe une luxation sous-astragalienne en dedans, tandis qu'il a traité déjà deux sujets atteints de luxation sous-astragalienne en dehors. Il appelle d'autre part l'attention de ses auditeurs sur la différence qui existe entre la dénomination qu'il adopte, d'après M. Broca, et celle qu'avant ces derniers, préféraient les auteurs et en dernier lieu Malgaigne et M. Nélaton. Ceux-ci désignant les luxations du pied d'après la position de l'astragale, auraient dit qu'il s'agissait ici d'une luxation de l'astragale en dedans; mais, en réalité, c'est le calcanéum entraînant avec lui le cuboïde et le scaphoïde qui s'est luxé sur l'astragale après la rupture du ligament calcanéo-astragalien, et, conséquemment, la dénomination de luxation sous-astragalienne en dedans est celle qui convient le mieux.

Quant à l'autre question de diagnostic, celle qui consite à rechercher s'il y a une fracture concomitante, M. Gosselin déclare qu'il n'en a pas trouvé; que, s'il en existe une, elle est restée larvée, et qu'en tout cas, pour le moment, le point important est de connaître et de traiter la luxation.

Arrivant, en effet, au pronostic et au traitement, M. Gosselin établit que cette luxation, quoique non compliquée de plaie, offre deux dangers possibles, celui de l'irréductibilité, et, par suite, d'une difformité persistante très-gênante, celui d'une eschare consécutive au niveau de la tête de l'astragale.

Pour éviter ces deux inconvénients, M. Gosselin a formulé et appliqué le précepte de réduire immédiatement. Après une première tentative très-vigoureuse, mais infructueuse, sans anesthésie, le malade a été soumis au chloroforme, et aussitôt qu'il fut endormi, la réduction fut obtenue très-aisément. Le pied fut ensuite maintenu avec un appareil calqué sur celui de Dupuytren pour les fractures du péroné, c'est-à-dire en mettant l'attelle et le coussin en dehors, au lieu de le mettre en dedans.

M. Gosselin a insisté, en terminant, sur la nécessité de chloroformer les malades pour les réductions de ce genre et sur l'espoir très-fondé de n'avoir plus désormais, grâce à ce moyen, les irréductibilités quelquefois observées, et dont on trouve l'indication dans les tableaux de M. Broca.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

D'UN RÉTRÉCISSEMENT DE L'URÈTHRE

(RÉTRÉCISSEMENT RUGUEUX OU IRRITABLE)

Par M. le docteur Mallez.

Les sensations différentes que l'exploration des rétrécissements uréthraux donne au toucher ont servi de base aux divisions de leur classification.

On en a admis de fongueux, de valvulaires ou rutidiques, de cartilagineux, de calleux (Leroy Béclard). Ces deux dernières distinctions, qui reposent comme les précédentes sur les notions fournies par le toucher, n'indiquent non plus que les premières la nature de la lésion; elles n'ont pas davantage le mérite de bien faire comprendre tous les degrés si divers d'induration des angusties uréthrales. Pour ne parler que d'une espèce, on a parfois l'occasion de rencontrer avec l'extrémité des bougies une surface rugueuse, chagrinée, à grains assez volumineux pour être nettement perçus, et cela dans une étendue de 1 ou 2 centimètres en avant du rétrécissement lui-même, dont ces élevures précèdent l'entrée; et, point à noter, le contact des instruments d'exploration sur ces productions provoque l'irritation du tissu du rétrécissement, et les fait désigner quelquefois sous les noms de *rétrécissements rugueux* ou *irritables*.

Dans la pièce pathologique d'un cas pareil, que nous avons sous les yeux, on remarque ces petits grains perçus à l'exploration; ils sont jaunâtres et disposés en bandes précédant l'orifice antérieur du rétrécissement; clairsemés sur le point le plus rapproché du méat; ils deviennent de plus en plus serrés et aussi de plus en plus volumineux en avançant vers la portion rétrécie; faiblement chagrinés comme nous venons de le dire, ils prennent bientôt l'apparence du grain d'une écorce d'orange.

La gravure ci-contre en donne une excellente figure. Le rétrécissement qui fait suite aux granulations est blanc nacré, type du rétrécissement fibreux et tranchant sur le semis de points jaunâtres que nous venons de décrire.

C'est la seconde fois qu'il nous est donné d'observer *de visu* une pièce pathologique semblable; une troisième pièce, que je n'ai pu apercevoir que de loin, a été présentée il y a deux ans à la clinique de M. Richet, qui a qualifié ces granulations de productions épithéliales. Restait à déterminer leurs éléments histologiques. Notre ami le docteur Tarnowsky, professeur agrégé à l'académie de Saint-Pétersbourg, ayant eu l'occasion de voir la pièce

de notre collection au printemps dernier, dans un voyage qu'il fit en France, en Angleterre et en Allemagne, pour étudier, sur



l'ordre du gouvernement russe, la blennorrhagie dans les armées, nous pria de lui laisser emporter un morceau de cet urèthre, qu'il qualifiait d'extrêmement curieux, en voyant pour la première fois un si bel exemple, et il nous promit de nous adresser le résultat de l'analyse histologique qu'il en ferait avec tout le soin désirable. A défaut des préparations, il a bien voulu nous faire parvenir les dessins. Toute la muqueuse uréthrale présente à la coupe un épaississement notable. On ne trouve, dans toute son étendue, aucune trace d'épithélium, qui est rem-

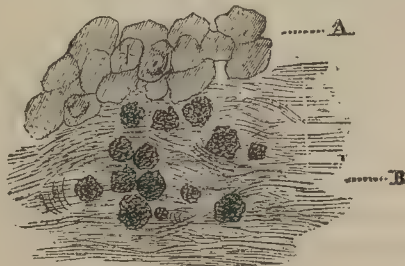


Fig. AA.

Bord extérieur de la muqueuse. L'épithélium est remplacé par une couche granuleuse et dure, d'un jaune sale. Vue au microscope, cette couche consiste en corpuscules opaques B. — Gross., 300 microsc. Hartnack, syst. 7.

placé par une substance opaque présentant, dans quelques rares endroits, des dépôts cristallins. Toutes les glandes uréthrales ont disparu en ce point, et le tissu conjonctif qui fait suite immédiatement à la couche opaque externe est très-développé et contient en grande quantité des corpuscules à contours nets, de couleur jaunâtre tirant sur le brun.

La plupart de ces corpuscules sont de formation calcaire, et outre les corpuscules arrondis de différentes grandeurs déposés au sein du tissu conjonctif, on distingue nettement, dans les couches profondes de la muqueuse et dans le chorion, d'autres corps plus transparents, dispersés et de différentes grosseurs, mais d'un volume plus considérable que les précédents, de forme sphérique et à contours accusés. Quelques-uns d'entre eux présentent une structure concentrique; d'autres ont une disposi-

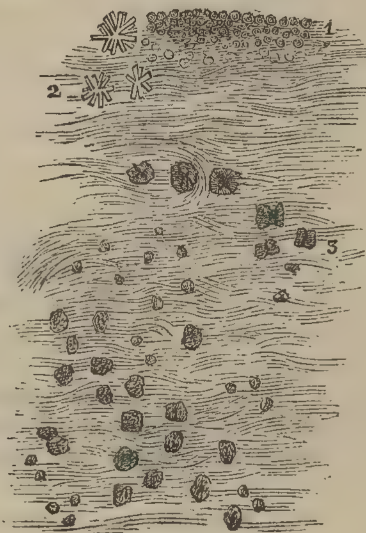


Fig. B.

La fig. B. représente la coupe de la muqueuse vue dans une goutte de glycérine. — 1. Bord. Est composé d'une couche épaisse de corpuscules compactes, solubles dans les acides acétique et chlorhydrique. —2. Cristaux. — 3. Corpuscules plus transparents, disséminés dans toute l'épaisseur de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Egalement dissolubles. — Gross. 50; syst. 4 du microsc. Hartnack.

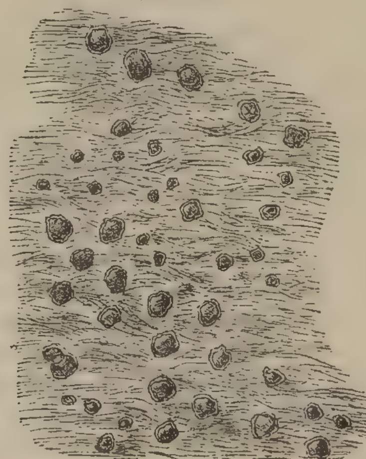


Fig. C

Fig. C. — La préparation représente un morceau de muqueuse après qu'on l'a fait bouillir dans quelques gouttes d'acide acétique dilué pendant quelques minutes. Cette préparation a été conservée pendant quelques semaines dans la glycérine.

tion radiaire; la plupart enfin possèdent des noyaux qu'on peut apercevoir dans le milieu du corps sphérique. Ces corpuscules sont en d'autant plus grand nombre qu'on se rapproche du chorion de la muqueuse. Une goutte d'acide acétique permit d'obtenir la disposition conc entrique de tous ces corpuscules, ainsi

que des doubles contours beaucoup plus marqués. L'acide acétique bouillant et l'acide chlorhydrique dilué firent complétement dissoudre tous ces corpuscules.

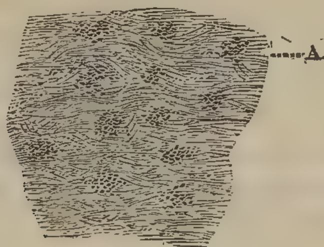


FIG. D.

Aspect que présente un échantillon de la muqueuse traitée d'abord par l'acide hydrochlorique dilué jusqu'à la disparition complète des corpuscules. Une goutte d'oxalate d'ammoniaque occasionne d'abord un trouble sensible, et les granulations paraissent ensuite. — Syst. 4.

Un morceau de muqueuse, macéré d'abord dans quelques gouttes d'acide chlorhydrique dilué, et ne présentant plus de traces des petits corps sphériques, a été soumis à l'effet de quelques gouttes d'oxalate d'ammoniaque. De transparente qu'était la préparation, elle est devenue trouble, a pris un aspect granuleux de plus en plus opaque. Un sel de chaux avait pu seul produire ce précipité, et comme les corpuscules avaient également disparu par l'action de l'acide acétique, on ne pouvait pas supposer que c'étaient des oxalates de chaux (indissolubles dans l'acide acétique).

D'un autre côté, les acides ajoutés sous le microscope même n'avaient produit aucune effervescence, aucun dégagement d'acide carbonique. La réaction infaillible de la murexide ne révélait pas d'urates, et la réaction non moins certaine de l'iode permettait d'affirmer qu'il ne s'agissait pas non plus de corps amyloïdes.

Si d'ailleurs on avait pu supposer d'abord qu'on était en présence d'un dépôt d'urates consécutif à une rétention derrière le rétrécissement, il suffisait de la moindre réflexion pour voir que le dépôt aurait dû se produire dans la portion dilatée de l'urèthre postérieur au rétrécissement et même dans la vessie plutôt que dans la portion du canal antérieure à l'obstacle. Lister et d'autres observateurs, qui ont noté des infiltrations calcaires succédant à des rétentions prolongées, ont vu la muqueuse généralement ulcérée dans plusieurs endroits, complétement détruite dans d'autres, et se détachant facilement des tissus sous-jacents.

Dans la préparation, au contraire, et la pièce qui nous occupe, la muqueuse est notablement épaissie, ferme et intimement liée aux parties sous-jacentes, qui contiennent les formations calcaires que l'on reconnaît être, en procédant par les voies d'élimination précédente, des phosphates de chaux disséminés en corpuscules dans le tissu conjonctif sous-muqueux.

M. Tarnowsky a cherché une analogie à cette altération, et il croit l'avoir trouvée dans le cerveau. « Lorsque, dit-il, des sels calcaires pénètrent un tissu, les dépôts sont généralement cristallisés, ou bien ils forment de grosses masses amorphes irrégulières dans les couches superficielles. Dans ce cas, le tissu conjonctif n'offre pas la moindre lésion, ce qui n'aurait pas manqué de se produire si les grains calcaires provenant d'une incrustation externe s'étaient forcément enfoncés dans le tissu conjonctif. On est ici en présence de formations calcaires disposées en grains volumineux, épars, entourés de tous côtés de tissu conjonctif ferme et abondant; et M. Tarnowsky conclut à un psammome, décrit et représenté dans son ouvrage : *Kraukhaften Geschweilsten*, band II, page 115.

MM. Cornil et Ranvier, dans la première partie de leur excellent *Manuel d'histologie*, ont fait la critique très-judicieuse du mot psammome. Wirchow, qui l'a proposé, l'applique à des tumeurs du cerveau qui contiennent de petits grains de sable.

MM. Cornil et Ranvier ont parfaitement montré que ces grains calcaires appartenaient aux vaisseaux dont les bourgeons, semblables à ceux du plexus choroïde, s'infiltrent de sels calcaires, et ils les décrivent sous le titre de sarcome angiolithique.

M. Cornil, qui a bien voulu, obligeamment, procéder aussi à l'examen microscopique de la pièce, a pu observer ce que M. Tarnowsky avait bien vu, sauf la présence des cellules d'épithélium que l'altération légère du liquide conservateur a pu faire disparaître. M. Cornil se demande s'il est possible de ranger, sous le titre de *psammome*, à supposer que cette expression soit acceptée, toutes les lésions où se rencontreront des cristaux ou des sels concrétés, et il répond formellement : non, ajoutant qu'il ne s'agit, dans ce cas, que de bourgeons charnus anciens et d'un épaississement fibreux de la muqueuse de l'urèthre infiltrée de phosphate de chaux.

Peut-on admettre davantage, comme le propose M. Tarnowsky, que ces formations à base de chaux dépendent d'une forme de blennorrhagie non discrète et très-peu signalée et que notre confrère de Pétersbourg appelle psammomateuse? Nous demanderons à attendre pour l'adopter, car on pourrait tout aussi bien se demander si ce n'est pas d'un dépôt urinaire qu'il s'agit simplement dans ces cas?

Quelle qu'en soit la cause, cette altération rare, puisque je n'y ai constaté que quelques exemples sur un grand nombre de malades dont il m'a été donné d'explorer l'urèthre, est d'un diagnostic facile par les bougies, et elle a toujours été l'indice d'un rétrécissement fibreux très-ancien, irritable, rétractile aux moindres contacts et toujours rebelle à tous les traitements.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — *L'Union médicale;* — La *Gazette hebdomadaire;* — La *Gazette médicale de Strasbourg;* — Le *Lyon médical;* — Une brochure intitulée : *Le Docteur Tournatoris, sa vie et ses œuvres*, par le docteur Félix Chavernac.

M. DOLBEAU présente, au nom de M. le docteur Chipault (d'Orléans), un volume intitulé : *Fractures par armes à feu*, que l'auteur offre en hommage à la Société. (M. Després est chargé de faire un rapport verbal sur cet ouvrage.)

COMMUNICATIONS

Tumeur hémato-kystique du fémur. — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT présente à la Société une observation avec photographies, relative à une tumeur hémato-kystique du fémur développée chez une femme encore jeune. La tumeur s'était ulcérée et laissait couler du sang en abondance d'une masse fongueuse, située à la partie externe du genou, du côté où la tumeur s'était ulcérée. La cuisse a été am-

putée; la récidive est survenue dans le fémur moins de quatre semaines après l'opération. La malade mourut épuisée. Dans un cas semblable, M. Houzé croit qu'il vaudrait mieux désarticuler la cuisse plutôt que de couper le fémur dans la continuité.

M. Houzé de l'Aulnoit présente en outre à la Société plusieurs brochures, sur *l'Hygiène et la ventilation des hôpitaux de la ville de Lille; sur les encéphalocèles consécutives aux fractures du crâne; sur les travaux des ambulances du département du Nord; sur l'empoisonnement par les grains de ricin.*

Blépharoplastie par un lambeau complétement détaché du bras et reporté à la face. Insuccès.—M. LE FORT. Un article ayant un caractère fâcheux, et qui, je ne veux pas en douter un seul instant, a été inséré à l'insu du chirurgien qu'il désigne dans la *Patrie* et le *Journal des Débats*, parle d'une blépharoplastie, pratiquée par un de nos collègues, au moyen d'un lambeau complétement détaché de l'avant-bras et reporté sur la face. Je n'ai pas à discuter cette opération, dont le récit fait dans nos journaux politiques manque absolument du caractère scientifique.

Or, comme j'ai fait il y a deux ans, mais sans succès, cette opération, qui n'avait pas que je sache été encore tentée, je crois devoir donner quelques détails sur cette tentative infructueuse. Je m'étais borné jusqu'à présent à la mentionner devant la Société, il y a quelques mois déjà, à propos d'un cas de suture des paupières présenté par M. Verneuil.

Il y a sept ou huit ans environ, je lus dans les *Indians annals*, journal de médecine publié à Calcutta, un travail d'un médecin anglais sur les procédés de rhinoplastie employés par les indigènes pour restituer un nez à ceux qui avaient perdu le leur par la main du bourreau et à la suite de condamnation. La méthode était assez singulière. Le lambeau était, dit-on, pris sur la fesse quelquefois du patient, quelquefois d'un malheureux qui fournissait un morceau de son tégument fessier moyennant finance. On dessinait d'abord à l'endroit voulu le morceau à enlever, et pendant qu'on avivait la cicatrice nasale du patient, l'aide se servant de la chaussure de celui qui devait fournir le nez nouveau, lui appliquait à l'endroit où on l'avait dessiné un nombre varié de coups, ayant pour résultat de faire rougir fortement la pièce qu'on devait détacher. L'idée n'était pas mauvaise, car c'était un moyen d'attirer le sang dans le réseau des capillaires et d'activer la vitalité du lambeau au moment où on allait le détacher.

J'avais été très-frappé de ma lecture; ce travail avait un caractère sérieux, la transplantation ne me paraissait pas chose impossible, et il était évident que si elle était applicable, on aurait réalisé une véritable révolution dans l'autoplastie faciale. Malheureusement, il me fallut plusieurs années avant que je pusse trouver l'occasion de tenter l'expérience; cette occasion ne s'offrit à moi qu'en 1869.

Le 17 novembre, un mégissier âgé de trente ans vint à l'hôpital pour une pustule maligne, occupant les deux paupières de l'œil gauche et la partie voisine de la région malaire. La guérison laissa après elle un ectropion de la paupière inférieure des plus marqués. La suture des paupières avait cédé à la rétraction de la plaie.

Le 17 janvier 1870, je l'envoyai à Vincennes en convalescence, me proposant de relever la paupière au moyen de l'autoplastie quand toute la rétraction cicatricielle se serait opérée. Il rentra à l'hôpital le 1er février.

Le 15 février, je fis appliquer un sinapisme sur la partie externe du bras gauche, et j'avivai le bord libre des deux paupières en arrière de l'implantation des cils, afin de pratiquer l'occlusion permanente. En même temps, je détruisis la cicatrice à la base de la paupière inférieure et vers l'angle externe; je disséquai la peau, de manière à remonter le bord palpébral; mais j'avais ainsi entre la paupière et la région malaire un espace losangique cruenté, que je me proposai de combler avec la peau empruntée au bras.

Tenant compte de la rétraction de la peau quand elle est détachée, je séparai du bras un lambeau capable de venir répondre à toute la surface saignante sous-palpébrale, et je l'y fixai par sept ou huit points de suture.

Le lambeau fut, de plus, tenu appliqué par une douce compression. Le lendemain matin, je le trouvai froid et décoloré, surtout sur les bords, mais j'espérais un succès pour la partie centrale; cet espoir se prolongea jusqu'au troisième jour, mais seulement pour la partie externe. A ce moment, tout le reste du lambeau obéissait aux lois de la putréfaction; au quatrième jour, il n'y avait plus à douter, aucune partie du lambeau n'avait repris.

Pour terminer l'histoire de l'opération, je dirai que la suture des paupières retint pendant huit mois les paupières à peu près en place; mais l'ectropion se reproduisit dès que l'on sépara les paupières.

La tentative infructueuse que j'avais faite n'avait pas découragé le malade; moi-même j'avais l'espoir de réussir en modifiant le procédé. J'avais en effet eu le tort, dans la première tentative, de prendre la peau dans toute son épaisseur; j'espérais au contraire le succès si, ne prenant que les trois quarts de l'épaisseur des téguments, j'opposais une surface saignante ou du moins bien cruentée à la plaie résultant de la dissection de la paupière. Je me proposais de recommencer, et le malade était rentré dans ce but à l'hôpital Cochin, lorsque survinrent les événements de la Commune; mon malade voulut sortir pour prendre part à la lutte; j'eus l'occasion de le revoir dans les derniers jours du siége, alors qu'il m'amenait à l'hôpital un de ses camarades blessés. Depuis, je n'en ai pas eu de nouvelles et j'ignore son sort.

Voilà mon observation; elle m'a paru digne de vous être signalée plus longuement que je ne l'avais fait il y a quelques mois, car je crois que l'on peut être autorisé à renouveler la tentative que j'ai faite, malgré l'insuccès dont elle a été suivie, mais en prenant soin de ne prendre que la plus grande partie de l'épaisseur de la peau et non la peau tout entière, car la surface du lambeau se trouve alors dans de moins bonnes conditions pour la réunion immédiate.

M. PANAS. L'autoplastie, pratiquée avec des lambeaux de peau entièrement détachés, n'est pas inconnue, même dans notre pays. Il y a plus de trente ans, M. Laugier, dans les *Annales de la chirurgie française et étrangère*, a rapporté un fait où le chirurgien avait emprunté un lambeau à la peau du bras et l'avait transporté sur la plaie qu'il voulait réparer, et sur laquelle le lambeau a repris.

M. LÉON LABBÉ. Je ne puis trop remercier M. Le Fort de la communication qu'il vient de faire, puisqu'elle me fournit l'occasion de m'expliquer sur un fait fâcheux auquel, comme il l'a pensé, je suis complétement étranger. Un journal politique a, en effet, fort mal à propos, car ce n'était pas le lieu, et de plus inexactement, parlé d'une opération que j'avais pratiquée. Je n'ai pu savoir quel était l'auteur de l'article et ne puis être responsable de ce qu'un homme du monde, croyant quelque chose d'extraordinaire là où il n'y a rien que de très-naturel, se permet d'écrire un article déplacé. Mes amis, consultés par moi, m'ont formellement déclaré qu'en pareille occurence je n'avais pas à répondre par la même voie, et que je devais garder le silence.

Quant au fait chirurgical lui-même, voici sa valeur réelle. Il s'agit d'un cas de gangrène de la paupière supérieure droite. Pendant la période de réparation, j'ai utilisé les données que nous ont fournies MM. Reverdin et Guyon sur l'utilité de la greffe épidermique, et après avoir pris, sur l'avant-bras, cinq petits lambeaux, je les ai appliqués avec soin sur la plaie. La réunion a eu lieu, et j'ai été assez heureux pour éviter ainsi la production d'un ectropion, qui se fût sans cela inévitablement produit. M. Charles Loiseau, sur un malade que j'ai eu occasion de voir, et auquel il donnait des soins avec M. Wecker, a pratiqué également avec succès la greffe épidermique dans un cas analogue. Je sais que mon ami, le docteur Galezowski vient d'obtenir aussi un très-bon résultat par l'emploi de la même méthode opératoire.

Voilà donc la valeur réelle du fait dont il a été question. Il ne s'agit pas de la transplantation d'un lambeau plus ou moins considérable de toute l'épaisseur de la peau.

En terminant, je remercie de nouveau M. Le Fort de m'avoir fourni l'occasion de donner, devant mes collègues, une explication

complète et loyale à propos d'une publication intempestive, et que, plus que personne, j'ai profondément regrettée.

M. LARREY fait remarquer l'analogie qu'il y a entre ce procédé et celui de Tagliacozzi. En effet, dans beaucoup de cas, il a pu se faire que le pédicule du lambeau fût très-petit, et que la peau transplantée ait pu reprendre comme si elle avait été entièrement détachée.

M. GIRALDÈS. Gerdy, qui, comme on le sait, était très-distrait, a fait sans le vouloir le procédé indien. Après avoir fait la suture de son lambeau, il a coupé le pédicule par distraction. Je me hâte d'ajouter que le lambeau tomba immédiatement en gangrène.

M. DEMARQUAY. Je demanderai à notre collègue, M. Le Fort, si, dans le travail anglais qu'il a lu, il y a des cas de succès; ceci serait très-important à noter. J'ai vu Blandin faire des opérations autoplastiques par le procédé de Tagliacozzi, mais il gardait de larges pédicules. Je me demande alors si, par opposition, on peut réussir en transplantant simplement un lambeau de peau.

M. LE FORT. C'est une grosse question que nous agitons ici. Il s'agit de savoir si l'on peut transplanter un lambeau de peau sans pédicule. Le procédé de Tagliocozzi est extrêmement pénible pour les malades, et ce serait une excellente chose que de pouvoir lui substituer un procédé moins fatiguant pour le malade. Je dirai à M. Demarquay que, dans le travail anglais que j'ai cité, les opérations autoplastiques par transplantation sont données comme des opérations courantes.

Le fait qu'a publié M. Laugier, et que nous a rappelé M. Panas, coupe court à toute discussion de priorité. M. Laugier, du reste, a rassemblé un certain nombre de faits de réapplication de lambeaux de peau entièrement détachés suivis de la reprise du lambeau. M. Laugier en avait fait sur lui-même l'expérience, et c'est sans doute ce qui avait inspiré la tentative qui nous est rappelée aujourd'hui. La généralisation de faits semblables serait capable d'autoriser des tentatives de transplantation de peau.

M. BOINET. Il y a un grand nombre de faits de réapplication de parties divisées par des instruments tranchants, tels que le nez et les oreilles, suivis de la cicatrisation des parties. Ces exemples autorisent des tentatives du même genre.

M. LE FORT. M. Béranger-Féraud a fait un travail sur le sujet et a cité tous les exemples connus.

M. PERRIN. Les faits ne sont pas nombreux; les conditions de leur réussite ne sont pas comparables à celles d'une blépharoplastie. D'ailleurs, la méthode de transplantation donnerait-elle des résultats plus favorables que la méthode d'autoplastie par glissement? Je ne le pense pas.

M. LARREY. Je suis de l'avis de notre collègue M. Perrin; la réapplication des tissus séparés n'est point comparable aux avivements que l'on pratique pour la blépharoplastie. Puisque le travail de M. Béranger-Féraud a été cité, je rappellerai le rapport, déjà fort ancien, sur la réapplication de portions de tissus séparées, que Pierre Berard a lu à la Société anatomique.

M. DEMARQUAY. Je me demande si les conditions où les Indiens pratiquent la transplantation sont semblables à celles dans lesquelles nous opérons la blépharoplastie ou la rhinoplastie, et chez lesquelles il y a une grande quantité de tissu inodulaire là où nous devons pratiquer l'avivement. Mais je désirerais que nous eussions des observations de la pratique des Indiens.

M. HORTELOUP. M. Le Fort croit que la flagellation du lambeau est nécessaire pour que les tissus reprennent. D'après ce que j'ai vu dans un cas de blépharoplastie dans le service de M. Nélaton, la rougeur provoquée dans les lambeaux n'est point une condition favorable.

M. LE FORT. Ce que je crois être bon et profitable est une application de la greffe de M. Reverdin. Il y a dans la greffe épidermique un peu de derme; il faudrait prendre plus de derme, et voilà tout. Mais il faut renoncer à l'espoir d'un succès lorsque l'on transplante toute l'épaisseur de la peau. Quant à la flagellation de la peau avant d'enlever le lambeau qui doit être transplanté, je la crois utile; elle amène du sang dans le lambeau, c'est-à-dire des éléments de vie.

PRÉSENTATION DE MALADES

Nécrose phosphorée de la mâchoire inférieure. — M. A. GUÉRIN montre une malade à laquelle il a enlevé un sequestre représentant la moitié de la mâchoire inférieure. Après dix-huit mois de suppuration peu abondante, l'os est sorti pour ainsi dire de lui-même hors du périoste; aussi, actuellement, la reproduction osseuse est excellente. Elle est bien meilleure, dit M. Guérin, que celle d'un malade que j'ai présenté l'année dernière à la Société, et chez lequel j'avais dû pratiquer l'ablation du maxillaire prématurément, à cause d'une salivation excessive, opération qui avait été suivie de la chute secondaire du nouvel os.

M. CHASSAIGNAC. Chez les malades qui ont une nécrose qui n'est pas encore limitée, on peut prévenir la chute du nouvel os et hâter l'élimination des séquestres en employant les tubes à drainage. Ce qui cause le plus la destruction des ostéophytes de réparation, c'est le séjour du pus autour de l'os nécrosé.

M. DEMARQUAY. On est parfois obligé d'enlever l'os maxillaire, à cause des accidents inflammatoires et des douleurs; c'est ce que j'ai été contraint de faire dans deux cas de nécrose du maxillaire inférieur causée par le froid.

M. FORGET. Ce fait que nous présente M. Guérin rentre dans les lois générales de la nécrose; je ne vois là rien de plus que ce qui nous a été enseigné dans notre jeunesse. Ce qui ressort de plus clair, c'est l'intervention utile du chirurgien. Pour ce qui est de la stagnation du pus, on nous avait enseigné qu'il fallait faire des fenêtres pour empêcher la stagnation du pus, et nous connaissions aussi la reproduction osseuse qui s'effectuait en raison de la fonction ostéogénique du périoste.

M. GUÉRIN. Si nous n'avons rien dit de l'historique, c'est parce que nous la supposons présente aux esprits. Depuis que nous avons eu connaissance, par la thèse de M. Trélat, des pièces recueillies par M. Lallier, nous savons que l'ostéite qui précède la nécrose phosphorée marche même après la formation des séquestres, et qu'il ne faut pas opérer avant l'élimination complète et entière des séquestres.

M. DEMARQUAY. Il est certain qu'il faut attendre; mais, s'il y a une production abondante de pus qui épuise le malade, il faut opérer.

Staphylorrhaphie complémentaire. — M. LANNELONGUE présente un malade auquel il a pratiqué la staphylorraphie par le procédé classique, après avoir antérieurement pratiqué l'uranoplastie, en prenant un lambeau sur la membrane muqueuse des fosses nasales. Ce malade est le même qui a déjà été présenté à la Société.

COMITÉ SECRET.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de membre correspondant national.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOUSCRIPTION NATIONALE

POUR LA

LIBÉRATION DU TERRITOIRE

Le docteur Groussin et Mme sa mère (1er versement), 10 francs.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1871.

205. Aubry. Traitement des épanchements simples et hémostatiques de l'articulation du genou par aspiration.

206. Antoine. Des plaies pénétrantes du genou par armes à feu et de leur traitement.

207. Simon. De la broncho-pneumonie infantile survenant dans le cours de la coqueluche.

208. Peltier. Pathologie de la rate.

209. Martin. Des fistules uréthrales et de leur traitement par l'uréthroplastie, procédé de M. Delore.

210. Rambaud. Du repos envisagé comme moyen thérapeutique.

211. Joany. Des causes de la rétention du placenta après l'accouchement.

212. Milliot. De la régénération du cristallin chez quelques mammifères.

213. Granvallet. Réflexions pratiques sur l'accouchement.

214. Bricard. De la transmission de la syphilis du père à l'enfant, avec immunité de la mère.

215. Mendeville. Quelques considérations sur les tumeurs gommeuses.

216. Dejeanne. De quelques pseudo-pellagres.

217. Bonnefon. Considérations sur quelques cas de tétanos traumatiques suivis de guérison.

218. Huart. Du pneumothorax.

219. Tribes. De la complication diphthéroïde contagieuse des plaies, de sa nature et de son traitement.

220. Dardignac. Considérations cliniques sur des plaies de la face par armes à feu.

221. Clémenceau. Des entozoaires du cerveau humain.

222. Weil. Considérations sur l'hémorrhagie utérine externe survenue au début et dans le cours du travail, et sur la conduite à tenir dans le cas du tamponnement.

223. Le Roy des Barres. De la hernie inguinale vaginale.

224. Roberdeau. Considérations cliniques sur quelques lésions primitives ou consécutives du fémur dans les blessures par coup de feu.

225. Autellet. De l'action antipyrétique de l'alcool employé dans la fièvre typhoïde.

226. Kablé. Quelques observations d'hydrargyrie à la suite de frictions mercurielles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Par décret en date du 1er février, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Beylot, médecin principal de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Millet, médecin-major de 2e classe, et Mullet, pharmacien-major de 2e classe.

— La commune de Meilly-le-Château, canton de Coulanges-sur-Yonne, arrondissement d'Auxerre (Yonne), demande un médecin. La clientèle peut rapporter 5,000 francs. Pour tous renseignements, s'adresser à M. Badin d'Hurtebise, à Meilly-le-Château.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Traité pratique des maladies de l'estomac, par le docteur T. Bayard. Seconde édition entièrement refondue, avec figures dans le texte. 1 vol. grand in-8°, une planche en chromo-lithographie et deux autographies. — Prix : 10 francs.

Nouveaux éléments de pathologie générale, par Ernest Wagner, professeur ordinaire de pathologie générale et d'anatomie pathologique, directeur de la polyclinique médicale de Leipzig ; traduits de l'allemand sur la 4e édition, par les docteurs Ch. Delstanche et E. Mahaux. Paris, 1872. 1 vol. gr. in-8° de 600 pages. — Prix : 9 francs.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50 c. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 18. — MARDI 13 FÉVRIER 1872 45e ANNÉE MARDI 13 FÉVRIER 1872. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats- [illegible] ou en traites sur Paris. — L'abonnement [illegible] chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDIC[illegible] acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fra[illegible] pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Kyste séreux du foie. Ponction avec le trocart capillaire. Guérison. — Des balles explosibles (M. Sonrier). — Corps étrangers vivants ayant pris naissance dans le conduit auditif externe (M. Bonnithon). — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Souscription nationale pour la libération du territoire. — Variétés.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Kyste séreux du foie. — Ponction avec le trocart capillaire. Guérison.

Reine B..., âgée de 11 ans, entrée le 3 décembre 1871 au n° 49 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, habituellement bien portante, souffre depuis six mois dans la région du foie. Elle y ressent une douleur continue, profonde, sans élancements, augmentée par la pression de la main; puis le ventre s'est tuméfié, et sous les fausses côtes droites il s'est produit une tumeur assez considérable, profonde. L'enfant n'a pas eu de jaunisse. Elle s'est affaiblie par degrés, mangeait mal et maigrissait beaucoup, sans avoir de vomissements ni de diarrhée.

Plusieurs vésicatoires volants ont été appliqués sur l'hypochondre droit, mais le mal a persisté, et c'est ainsi qu'il a fallu entrer à l'hôpital.

L'enfant est petite, maigre, pâle, sans jaunisse; sa langue est blanche, pâteuse; il n'y a pas d'appétit, d'envies de vomir ni de diarrhée.

La peau est naturelle, sans chaleur, et il n'y a de fièvre qu'à intervalles irréguliers.

Aucun trouble n'existe dans les fonctions respiratoires, sensoriales et motrices. Toute la maladie semble avoir l'hypochondre droit pour origine.

En effet, le ventre est gonflé et la tuméfaction occupe surtout la région hépatique. Là, existe une douleur profonde, continue et sourde, augmentée par la pression.

Les fausses côtes font une saillie évidente et sont soulevées par le foie, qui déborde de trois travers de doigt. Cet organe présente une matité de 15 centimètres sur le côté et de 12 à sa partie antérieure sous le muscle droit. Le grand lobe est évidemment plus gros, on en sent le bord, puis dès qu'on arrive au petit lobe, il y a une saillie considérable, qui forme une tumeur mobile, profondément située, soulevant la peau et les cartilages des fausses côtes. Profondément, c'est une tumeur. A la peau, ce n'est qu'une saillie de l'hypochondre. La peau ne présente ni chaleur ni rougeur. La pression est douloureuse, mais supportable, et il y a une matité sourde, élastique sur toute son étendue. Au-dessous d'elle, c'est la résonnance tympanique des intestins jusqu'au pubis, et il n'y a pas d'eau dans le ventre.

Cette tumeur est très-tendue, élastique, fluctuante, sans frémissement hydatique, mais elle vibre sous le doigt comme une vessie fortement distendue d'eau.

L'auscultation seule ou combinée à la percussion n'y révèle aucun bruit anormal.

En présence de ces symptômes, qui révélaient l'existence d'un kyste liquide occupant le petit lobe du foie, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique à échinocoques ou d'un kyste séreux.

La fluctuation, l'élasticité, la résistance et la vibration de la tumeur pouvaient le faire croire.

En conséquence, une ponction avec l'aiguille creuse de l'aspirateur de Dieulafoy fut faite, sans qu'on ait provoqué d'adhérences préalalables entre la tumeur et les parois du ventre.

A peine l'aiguille fut-elle introduite qu'il s'élança, à 20 centimètres de distance, un jet de liquide incolore, transparent comme de l'eau de roche et assez abondant. J'en retirai environ 85 grammes. Il était d'une saveur chlorurée, saline, ne précipitait pas d'albumine par la chaleur. Après l'avoir laissé reposer, nous cherchâmes au fond s'il n'y aurait pas de dépôt à examiner, et nous avons étudié les couches profondes au microscope sans y trouver de débris ou de crochets d'échinocoques. C'était un liquide constitué d'eau chlorurée.

Après l'opération, l'enfant eut pendant 24 heures dans l'hypochondre droit une vive douleur, augmentée par la moindre pression, quelques envies de vomir, de la fièvre et un grand abattement. Tout cela disparut sous l'influence de cataplasmes laudanisés, et le lendemain la malade parut guérie. Elle put bientôt se lever et sortir de l'hôpital.

A peine arrivée chez ses parents, elle eut de la fièvre, perdit l'appétit, se mit à tousser et se plaignit d'une faible douleur dans le côté droit sous le sein.

On la ramena à l'hôpital, et il devint évident qu'elle avait à droite un épanchement pleurétique, atteignant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

L'enfant avait une toux sèche, de l'inappétence et un peu de fièvre, de la matité à la base du poumon droit, et là absence de murmure vésiculaire en bas, du souffle et de l'égophonie au-dessus vers la pointe du scapulum. Cet épanchement n'augmenta pas, et, sous l'influence d'un vésicatoire, de l'alcoolature de Bryone, il se résorba graduellement. Pour la seconde fois, l'enfant se trouvait guérie.

Elle prit ensuite une scarlatine qui se termina bien, et elle sortit de l'hôpital.

Dans ce cas, je ne suis pas très-sûr d'avoir guéri un kyste hydatique, et je pense n'avoir eu à traiter qu'un kyste séreux, comme ceux dont parle Hawkins.

Bien que le liquide retiré par la ponction ait eu la limpidité, la couleur, la transparence et la composition de celui des kystes hydatiques, cependant il ne renfermait pas de débris d'échino-

coques. On n'y a pas trouvé de crochets caractéristiques, et de plus, la tumeur n'avait pas de frémissement hydatique évident. C'est là ce qui a fait naître mes doutes sur sa nature et ce qui m'engage, sous toute réserve, à l'envisager comme étant un kyste séreux.

Si j'avais eu à l'opérer avec un gros trocart, ou seulement avec le trocart explorateur ordinaire, j'eusse établi des adhérences entre elle et la paroi abdominale au moyen de cautérisations successives. Mais, avec une simple aiguille creuse, la précaution ne m'a pas paru nécessaire. On sait d'ailleurs que bien des chirurgiens, à l'exemple de Jobert, ont ponctionné des kystes de ce genre avec le trocart explorateur, et cela, sans inconvénient.

J'ai donc ponctionné sans avoir établi d'adhérences préalables entre la tumeur et la paroi du ventre. Je dois le regretter. Il y a eu après la ponction quelques heures de péritonite partielle limitée au foie, et si cette phlegmasie n'a pas entraîné la mort, elle a eu pour effet la production d'une affection diaphragmatique suivie de pleurésie.

A moins de penser que cette pleurésie soit primitive, accidentelle et indépendante de la péritonite sus-hépatique, ce que je n'admets pas, il faut croire que c'est l'inflammation du péritoine diaphragmatique qui s'est communiquée à la plèvre droite et y a occasionné un épanchement. C'est un fait qu'on a vu déjà bien des fois et qui a été signalé avec une très-grande autorité. J'en ai observé plusieurs exemples, et ce mode de production de la pleurésie est même un moyen de guérison naturel dans certaines tumeurs hydatiques du foie. En effet, le kyste, après avoir provoqué une péritonite et une pleurésie diaphragmatiques, perfore le diaphragme et les bronches et se vide par expectoration.

En résumé, kyste séreux hydatique du foie guéri par une seule ponction avec le trocart capillaire; péritonite sus-hépatique, phrénitis et pleurésie diaphragmatique, telles sont les particularités intéressantes de cette observation.

DES BALLES EXPLOSIBLES

Par M. Sonrier, médecin principal de 1re classe.

Dans cette malheureuse campagne qui rappelle nos grandes guerres du premier Empire, tout est tellement imprévu, anormal, désastreux, que nous ne pouvons nous résigner à être vaincus par les moyens stratégiques ordinaires. Dans notre douleur patriotique, nous avons accusé nos généraux d'ineptie, de trahison; nos officiers d'incapacité, d'ignorance; nos médecins d'incurie; nos mobiles de couardise, et les Prussiens de barbarie; les uns pour nous avoir sacrifiés, et les autres pour nous avoir combattus avec des armes discourtoises, je veux parler des balles explosibles (*Gazette des Hôpitaux*, nos 4 et 5, 1872).

L'esprit français est ainsi fait : toujours trop disposé à chevaucher sur l'hypothèse pour passer à côté du raisonnement et de l'expérimentation.

En effet, sans preuves évidentes, sans se rendre bien compte de l'effet des projectiles, il trouve plus commode d'invoquer des causes occultes, quelque chose qui tienne du prodige, pour lui faire accepter cette dure leçon infligée à sa vanité.

Il est vrai de dire que, quand on voit les désordres produits par ces engins perfectionnés, on s'explique difficilement *à priori* comment une simple balle cylindro-conique peut produire des délabrements aussi considérables, et naturellement on pense aux balles explosibles; on est d'autant plus autorisé à faire cette supposition, qu'officiers et soldats eux-mêmes *ont entendu l'explosion du projectile frappant contre les arbres, ont vu le sol soulevé sous forme de petits volcans* (*Gazette des Hôpitaux*, nos 4 et 5).

Pendant la campagne d'Italie, alors que, de par la victoire, nous n'éprouvions pas le besoin d'inventer la balle explosible, nous avions déjà signalé ces désordres; nous avions vu les chairs broyées, meurtries; les os brisés en éclats, avec esquilles volumineuses, projetées dans les muscles réduits en bouillie saignante; nous avions même cherché à expliquer ces lésions en les rattachant à la forme même du projectile qui, étant creux, se fragmente plus facilement, et fait en quelque sorte explosion au milieu du membre (Sonrier, *Plaies d'armes à feu*, 1863, p. 27); mais notre modeste brochure, malgré un article critique dont l'honora la *Gazette hebdomadaire*, passa sans doute inaperçue, et les balles explosibles ont profité de son silence pour faire beaucoup trop de bruit.

Nous voulons aujourd'hui appeler l'attention sur les effets curieux des projectiles, dans certaines régions du corps, et montrer combien il est facile d'égarer la science en incriminant bien à tort les armes d'un ennemi qui, cependant, ne brillait pas par ses procédés chevaleresques.

On sait que le projectile agit différemment sur les divers éléments anatomiques qu'il atteint. En traversant la peau de certaines régions, le tissu cellulaire, les aponévroses plus ou moins résistantes, les muscles contractés ou étendus, les os dans leur diaphyse ou dans leur extrémité spongieuse, il donne des plaies essentiellement différentes. Mais ce qui nous a surtout frappé dans cette campagne, ce sont les plaies d'armes à feu à travers les membres parcourus par des trousseaux tendineux très-épais, l'avant-bras par exemple. Ces blessures nous ont paru si étranges, qu'un instant nous avons cru nous-même aux balles explosibles. Cependant, après quelques réflexions, nous avons pensé qu'il fallait expliquer cette anomalie par la résistance du tendon, et c'est sur le mécanisme de ces lésions que nous appelons l'attention du lecteur.

Chacun sait, en effet, combien les cordons tendineux inextensibles offrent de résistance aux tractions forcées; le muscle se rompt, le périoste se déchire, mais le tendon intermédiaire résiste. Nous avons publié dans ce journal (1865) des cas de doigts arrachés chez des cavaliers traînés par leur monture, sans que le tendon fût détruit. Nous avons même vu une main mutilée par l'explosion d'un pistolet, et qui avait conservé intacts les tendons des doigts complétement détruits.

Au mois de mai dernier, à Longjumeau, M. B..., lieutenant d'artillerie au 3e corps d'armée, en voulant dévisser la capsule persistante d'un obus tombé à côté de lui, fut tué raide par l'explosion du projectile qu'il tenait entre ses mains. La plaie est hideuse; à hauteur des poignets réduits à l'état de tronçons mutilés et noirâtres, on voit pendre échevelés et intacts les tendons des fléchisseurs et extenseurs des doigts, sur une longueur de 25 centimètres.

Ces quelques exemples suffiraient pour montrer combien la résistance du tendon est grande, et serviraient peut-être à expliquer les effets curieux des plaies par armes à feu à travers l'avant-bras; mais poursuivons.

Le 2 août 1870, à l'affaire de Sarrebruck, nous avons vu à l'hôpital de Forbach un blessé qui avait reçu un coup de feu à l'union du tiers inférieur et moyen de l'avant-bras; la plaie d'entrée, située en arrière, est nette et de petite dimension; la

plaie de sortie, au contraire, qui est en avant, est dilacérée, recouverte de débris d'aponévrose et de tendons déchirés flottants, et mesure 6 centimètres de long dans l'axe du membre, sur 4 de large.

A la vue de tels désordres, on pouvait croire à une balle explosible ; nos doutes ont même agité un moment cette hypothèse ; mais nous rappelant la résistance énorme des tendons, nous nous sommes demandé si elle ne suffirait pas pour expliquer ces accidents, quelle que soit leur étendue.

Ces faits, restés à l'état de germe dans notre esprit, avaient besoin d'être fécondés par de nouveaux exemples, nous attendions même avec une certaine impatience des blessures identiques, nous promettant bien de mieux les observer encore, afin de leur donner une interprétation anatomique plus rationnelle. Notre curiosité fut servie à souhait.

Dans notre service, au petit séminaire de Montigny-les-Metz (septembre 1870), se trouve un officier, qui a reçu une balle prussienne au milieu du tiers inférieur de l'avant-bras. La plaie d'entrée en arrière est nette, très-étroite, tandis que la plaie de sortie en avant, mesurant 8 centimètres de long dans l'axe du membre, sur 4 de large, est déchirée et remplie de débris de tendons et d'aponévrose flottants ; les os sont à peine intéressés ; plus de doute, après avoir traversé l'espace interosseux, le projectile a rencontré le double faisceau tendineux des fléchisseurs, qui ont opposé une résistance suffisante pour faire éclater la peau dans une large étendue.

Un troisième fait devait encore confirmer nos prévisions. A l'attaque du moulin Saquet (mai 1871), un mobile reçoit de derrière en avant au milieu de l'avant-bras une balle française, qui produit des lésions identiques. La plaie d'entrée est presque invisible, mais celle de sortie s'étend sur une longueur de 5 à 6 centimètres, 3 de large, à bords anfractueux, déchirés, sillonnés par des débris de tendons et quelques esquilles du radius.

En résumé, que la plaie soit produite par une balle française ou prussienne, les désordres sont toujours semblables, et pas n'est besoin de faire intervenir un plomb meurtrier et barbare.

Qu'il me soit permis, en terminant, de donner quelques explications sur le mode de production de ces blessures.

Après avoir traversé l'espace interosseux plus ou moins lésé, le projectile rencontre la résistance énorme que lui opposent les tendons fléchisseurs ; qu'arrive-t-il? C'est que, d'abord, par le choc même du projectile, l'avant-bras est porté dans la flexion, c'est-à-dire que les tendons fléchisseurs sont relâchés ; or, ils se trouvent précisément dans les conditions les plus favorables pour être projetés en quelque sorte à travers la peau qui, tiraillée outre résistance par cette saillie tendineuse, se déchire toujours dans le sens de la longueur du membre.

Si cette manière d'interpréter les faits laissait quelques doutes dans l'esprit, l'observation suivante, unique sans doute, suffirait pour les détruire, en raison des particularités curieuses qu'elle présente.

Dans le *Recueil des mémoires de médecine militaire*, fascicule 30 (1862), M. Clédat de la Vigerie raconte qu'il fut appelé à donner ses soins à un soldat qui venait d'être frappé, à la cible, par un coup de feu à l'avant-bras. Le projectile avait pénétré près de l'épitrochlée, et comme sa force de projection était épuisée, il s'était arrêté à 8 centimètres au-dessous de l'épicondyle. La balle est extraite ; jusque-là rien d'anormal ; mais ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que, vis-à-vis de l'incision, on trouve une déchirure du drap de la veste et de sa doublure, tandis que la chemise, qui est en contact immédiat avec la peau, n'offre aucune lésion. Comment expliquer le fait bizarre d'un projectile qui est resté dans le membre, et qui cependant perfore le vêtement, tout en respectant la chemise? Nul doute qu'un médecin légiste, en présence d'un *corpus delictum* aussi évident, n'eût affirmé que l'avant-bras avait été traversé de part en part, et cependant il se fût trompé.

Voici comment, croyons-nous, il faut interpréter cette particularité chirurgicale :

Le projectile, arrivé à la fin de sa course, a conservé cependant assez de vitesse initiale pour traverser le bras et pénétrer l'avant-bras ; mais là il trouve une résistance qui l'arrête. Eh bien, c'est précisément cette résistance qui explique le phénomène. En effet, le projectile, coiffé des tendons et de la peau, est poussé vers le vêtement, le déchire, fait un instant hernie à travers cette ouverture, mais respecte la chemise, dont l'ampleur a permis cette évolution curieuse.

Tel est donc le fait bizarre, qu'on pourrait appeler une hérésie chirurgicale, d'une solution de continuité faite dans un vêtement par un projectile qui, non-seulement ne l'a pas traversé, mais n'est même pas sorti du membre.

Si ces simples notes ont été assez lucides pour laisser entrevoir au lecteur le mécanisme de ces sortes de lésions, nous appelons son attention sur les faits identiques qui, par leur singularité, peuvent égarer le diagnostic, assombrir le pronostic, et poser des indications de chirurgie radicale qui n'existent généralement pas.

CORPS ÉTRANGERS VIVANTS

AYANT PRIS NAISSANCE DANS LE CONDUIT AUDITIF EXTERNE;

Par M. le docteur Bonnithon.

Parmi les observations bizarres de corps étrangers qu'on a pu extraire de l'oreille externe, celles qui à plus d'un titre attirent notre attention sont, sans aucun doute, les observations se rapportant à des corps étrangers vivants, et les plus remarquables de ces derniers sont aussi celles des corps étrangers vivants ayant pris naissance dans l'oreille externe, par suite de l'éclosion d'œufs déposés dans le conduit auditif.

Ces observations doivent être rares; car les moyens de recherches que j'ai en mon pouvoir ne me permettent d'en trouver qu'un très-petit nombre : celle, par exemple, où le professeur Bérard a pu constater dans l'oreille externe l'existence d'un ver provenant de la mouche carnassière, et dont il a pu obtenir la sortie en plaçant à l'entrée du conduit auditif un morceau de viande vers lequel l'insecte s'est aussitôt dirigé. Ou celle encore rapportée dans la *Gazette médicale* de 1850, dans laquelle une mouche, qui avait pénétré dans l'oreille, fut retirée au bout de quelques instants; mais la douleur continua. Quarante-huit heures après, le malade fut pris d'une crise violente avec convulsions, qui se termina par l'extraction d'un ver. Le même jour et le soir suivant, deux crises semblables se terminèrent de la même façon. On suppose que la mouche avait eu le temps de déposer dans le conduit ses œufs, qui y avaient éclos rapidement.

Le 3 octobre dernier, j'ai eu l'occasion d'observer un cas se rapportant à cette catégorie de corps étrangers multiples vivants ayant pris naissance dans l'oreille externe.

Je fus appelé, en effet, à aller donner mes soins à un petit

garçon qui, me disait-on, souffrait horiblement de l'oreille gauche.

Je me transporte auprès du malade; c'est un enfant magnifique, âgé de 6 ans, paraissant jouir d'une excellente santé et manifestant des douleurs atroces, qu'il localisait dans l'oreille gauche. Je découvre cette oreille, et je trouve le méat auriculaire très-dilaté et rempli d'une espèce de sérosité sanguinolente, dans laquelle grouillaient plusieurs petits corps étrangers paraissant avoir une forme sphérique, et sur la nature desquels je ne me rendais tout d'abord aucun compte. Je m'armai d'une pince à disséquer; je saisis un de ces corps étrangers, et je retirai un ver blanc d'une longueur d'environ 12 millimètres, dont le corps était composé d'environ onze anneaux et que je comparai immédiatement à ce ver si connu des pêcheurs à la ligne sous le nom d'*asticot*. Je pus ainsi retirer successivement de l'oreille de l'enfant sept de ces vers absolument égaux et ayant acquis le même développement. L'oreille me parut alors débarrassée de ses hôtes gênants; pour m'en assurer, cependant, je fis dans cette oreille plusieurs injections à grande eau avec une seringue ordinaire; j'enlevais ainsi la sérosité qui remplissait le conduit, et, en tirant le pavillon de l'oreille en haut et en arrière, je pus voir qu'il en restait encore dans le fond du canal; j'explorai avec mes pinces, et je ramenai trois autres de ces vers blancs absolument semblables aux premiers, mais plus courts et moins gros.

Ces tentatives d'extraction terminées, je lave de nouveau à grande eau; j'explore encore, et cette fois l'oreille me paraît bien complétement débarrassée. L'enfant, qui s'était prêté avec beaucoup de patience à toutes ces manœuvres désagréables, me dit qu'il ne souffrait plus et n'éprouvait aucune sensation pénible. Je crus alors devoir borner là mes explorations. Depuis cette époque, je n'ai plus entendu parler de rien; l'oreille de mon petit malade était donc bien complétement débarrassée.

L'oreille nettoyée me parut complétement saine; cependant les ganglions lymphatiques de la région sterno-mastoïdienne correspondante étaient légèrement gonflés. Cette oreille n'aurait-elle pas été depuis quelque temps, à l'insu des parents, le siége d'un écoulement purulent dont l'odeur aurait pu attirer la mouche qui avait déposé là ses œufs, probablement une mouche bleue (*Musca vomitoria,* de Linné)? Les renseignements que je pus recueillir à ce sujet, comme à celui de la présence de la mouche, sont complétement négatifs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 décembre 1871. — Présidence de M. Marrotte.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. Bergeron, à l'occasion du procès-verbal, fait remarquer que les enfants ont été soumis à la même influence que les adultes, relativement à l'épidémie d'ictères qui a été l'objet d'une discussion dans la dernière séance.

Il a constaté, à la consultation de l'hôpital Sainte-Eugénie, qu'un grand nombre d'enfants étaient atteints d'ictère.

M. Vidal dit en avoir observé aussi un assez grand nombre à l'hôpital Saint-Louis.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Un exposé du mouvement de la population au Havre, par M. le docteur Lecadre;

2° La leçon d'ouverture du cours de pathologie générale, par M. Chauffard, intitulée : *Des vérités traditionnelles*.

COMMUNICATION

Emploi de la térébenthine à l'extérieur dans le traitement de la péritonite. — M. Vidal veut appeler l'attention de la Société sur l'application de la térébenthine à l'extérieur dans les cas de péritonite partielle, généralisée et même puerpérale.

Il a semblé à M. Vidal qu'il avait obtenu plus de succès par cette médication que par toutes les autres. On sait combien, depuis longtemps, la térébenthine est employée en Angleterre; c'est Trousseau qui l'a impatronisée en France et qui, le premier, l'a employée à hautes doses pour l'usage interne.

Voici le procédé dont M. Vidal se sert : un morceau de flanelle est fortement imbibé d'essence de térébenthine; on recouvre ce morceau de flanelle, ainsi appliqué dans une grande étendue sur le ventre, de taffetas gommé; on le laisse séjourner jusqu'à ce qu'il y ait vésication en plusieurs points; on enlève alors le taffetas gommé pour laisser évaporer la térébenthine.

Sous cette influence, M. Vidal a vu plusieurs fois se relever des malades qui étaient déjà dans un grand abaissement; les forces reparaissaient, le pouls remontait, les lèvres cyanosées reprenaient de la coloration.

M. Vidal a eu occasion, entre autres, de soigner une malade à l'hôpital Saint Antoine alors qu'il y faisait un remplacement, laquelle était atteinte d'un épithélioma du col de l'utérus; une péritonite généralisée n'a pas tardé à se déclarer, et cette femme s'est bientôt trouvée dans un état de profond affaissement; le pouls était déprimé; elle était déjà froide quand il lui fit appliquer la térébenthine à l'extérieur, de la façon qui vient d'être indiquée; la malade a bientôt présenté un état de notable amélioration, et on ne saurait invoquer ici une erreur de diagnostic, puisque, plus tard, cette femme a succombé à la suite d'une péritonite chronique, et que l'autopsie en a été faite.

Je pourrais, ajoute M. Vidal, citer plusieurs autres exemples, et celui, entre autres, d'une femme atteinte d'un rétrécissement du rectum, à la suite duquel s'est déclarée une péritonite, qui a plongé cette malade dans un état voisin de l'agonie, si bien qu'on l'a considérée comme perdue. Plusieurs applications de térébenthine l'ont remise sur pied et elle a parfaitement guéri.

M. Vidal s'est aussi servi, à l'hôpital Saint-Louis, particulièrement contre le psoriasis, de frictions d'huile essentielle de térébenthine, pratiquées jusqu'à ce qu'il ait obtenu une poussée du psoriasis; on calme alors après par des bains d'amidon; on fait renaître une nouvelle poussée et l'on obtient, selon lui, au moyen de cette méthode perturbatrice, d'excellents résultats.

M. Bourdon demande à M. Vidal s'il a recours à ce traitement par la térébenthine à l'extérieur dès le début de la péritonite, ou si, comme tout le monde, il emploie en même temps les sangsues, les cataplasmes, etc.; auquel cas l'essence de térébenthine pourrait être considérée comme agissant à la manière d'un vésicatoire, et l'on sait que, dans la période avancée de la péritonite, l'on obtient quelquefois quelques succès au moyen des vésicatoires et de la potion de Tood.

M. Bourdon se demande, en outre, si la térébenthine n'agirait pas là comme le collodion riciné, c'est-à-dire en empêchant la transpiration et le contact de l'air, méthode qui, comme on le sait, est tout particulièrement recommandée par le docteur Robert Latour.

M. Vidal répond que le collodion agit par occlusion et non pas de la même façon que la térébenthine. De prime abord, dit-il, je n'ai pas employé ce traitement aussi exclusivement que je le fais maintenant, car j'avais pour habitude d'appliquer des sangsues; maintenant, j'ai d'emblée recours à ce traitement par la térébenthine. Je dois dire, toutefois, que ce que j'ai le plus souvent ajouté à ce traitement, c'est l'application de la glace, ce que je pourrais appeler la compression par la glace. Mais j'ai assez de confiance dans ce mode de traitement pour y avoir de suite recours sans la moindre

hésitation; il peut cependant se trouver certaines circonstances où j'aurais encore recours aux émissions sanguines; mon opinion est qu'en employant ainsi la térébenthine j'agis en même temps comme par un révulsif énergique et très-étendu et par l'absorption qui s'en fait par les voies respiratoires et par la peau.

Je l'ai aussi employé avec quelque succès dans la broncho-pneumonie des enfants, dans des rougeoles, dans des bronchites catarrhales, mais plutôt quand les malades présentaient une certaine dépression que lorsqu'ils offraient des phenomènes inflammatoires.

M. MOUTARD-MARTIN ne sait pas trop comment M. Vidal pourrait expliquer l'action interne de la térébenthine. Cette substance détermine des douleurs extrêmement violentes, presque intolérables; une rougeur des plus intenses recouvre la peau, l'épiderme se dessèche et se détache en lames très-étendues; il se fait là, en un mot, une vésication et une rubéfaction fort douloureuses. Il lui semble donc que l'application de la térébenthine sur une surface considérable doit déterminer de très-vives douleurs.

M. Moutard-Martin demande, en outre, à M. Vidal, s'il a fait des expériences comparatives entre la térébenthine et le vésicatoire ordinaire; car il ne croit pas à l'action interne de la térébenthine, il ne croit qu'à son action topique; c'est, pour lui, un simple révulsif.

M. VIDAL croit au contraire fermement à l'action interne, en pareil cas, de la térébenthine; il ne met pas en doute qu'il y ait absorption. La preuve en est dans l'urine, qui exhale une odeur de violette caractéristique. Les malades, en outre, fort peu de temps après cette application, semblent avoir pris un cordial; de plus, cette coloration hortensia des lèvres est pour M. Vidal un signe certain. En un mot, l'effet excitant de la térébenthine est pour lui une chose indubitable.

M. DUMONTPALLIER voyant M. Vidal insister ainsi sur l'absorption de la térébenthine appliquée à l'extérieur, lui demande au moyen de quels signes il croit pouvoir affirmer cette absorption par la peau.

M. VIDAL répond qu'à ses yeux il y a lieu d'affirmer pour l'inhalation et très-peu de probabilités pour l'absorption cutanée; mais sa conviction intime est qu'il y a absorption.

M. BOURDON ne partage pas entièrement l'opinion de M. Moutard-Martin quand il dit que la térébenthine n'agit en pareil cas que comme un révulsif. Il a pour sa part employé souvent, dans de semblables circonstances, de très-larges vésicatoires, et n'a pas remarqué les mêmes améliorations que dit avoir remarquées M. Vidal.

M. VIDAL fait observer qu'en faisant cette communication il n'a eu qu'un seul but, celui d'engager ses collègues à faire l'essai d'une médication dans laquelle il a une grande confiance, justifiée par des succès tout à fait inattendus.

Epidémie d'angine couenneuse. — M. BALL appelle un instant l'attention de la Société sur un fait tout récent qu'il a été à même d'observer à l'Hôtel-Dieu, où il remplace M. le professeur Béhier. Il s'agit d'une petite épidémie qui s'est déclarée dans plusieurs services de cet hôpital.

Il a pour habitude de retourner souvent à l'hôpital le soir. Or, hier, à la visite du soir, M. Ball a été surpris de constater une angine couenneuse des mieux caractérisées chez une malade qui, le matin même, ne présentait absolument aucun symptôme de cette affection. Le lendemain matin, cette malade présentait un état des plus graves. M. Ball fait venir M. Voillemier pour lui demander son avis au sujet de la trachéotomie. Celui-ci n'a pas voulu la pratiquer. Cette femme est morte d'empoisonnement fort peu de temps après.

Ce matin même, ajoute M. Ball, j'ai pu constater un nouveau cas de diphthérite chez un jeune malade atteint de fièvre typhoïde. Je me suis empressé de le faire mettre à part. Même remarque a été faite sur des malades chez lesquels on avait appliqué des vésicatoires, et pourtant aucune angine couenneuse n'est entrée dans les salles.

La salle de femmes se terminant par une crèche, je me suis presque applaudi de la mort si rapide de cette femme, qui aurait pu propager l'infection dans la salle. Je crois qu'en pareil cas on ne saurait tenir trop grand compte de la prophylaxie; aussi serait-il prudent à mes yeux de ne pas faire mettre de vésicatoires tant que cette petite épidémie durera.

M. ARCHAMBAULT se félicite de l'occasion que vient de lui fournir M. Ball, en parlant le premier de cette épidémie, qui, bien entendu, n'est pas seulement localisée à l'Hôtel-Dieu. Il en a lui-même observé plusieurs cas, mais il a cru remarquer dans cette épidémie l'absence d'un caractère que Bretonneau, à propos de l'épidémie de 1854 à 1855, donne comme très-important. M. Archambault veut parler de l'engorgement ganglionnaire plus ou moins considérable. Il en appelle, à ce sujet, à MM. Barthez et Bergeron. Cette épidémie lui paraît, en effet, présenter un caractère tout particulier et tout différent de celui des épidémies précédentes. Après 1854 et 1855, M. Archambault avait adopté une opinion qui ne correspond plus à ce qui se passe aujourd'hui; car, malgré cette absence d'engorgement ganglionnaire, les cas observés n'en sont pas moins graves. Il a cherché aussi dans l'épidémie actuelle l'albumine sans pouvoir en trouver de traces. Dans l'épidémie de 1854-1855, les médecins déclarent cependant en avoir trouvé. Quant à la nature contagieuse de l'épidémie, elle s'affirme parfaitement aux yeux de M. Archambault; il pourrait même en citer deux exemples; mais il serait heureux d'avoir l'avis de ses collègues sur l'absence des caractères donnés comme classiques qu'il a remarquée dans cette épidémie.

M. BERGERON partage l'opinion de M. Archambault pour ce qui est du caractère de septicité très-remarquable que l'on observe dans l'épidémie actuelle, et qui donne des résultats désastreux. Mais quant au fait de l'absence d'engorgement ganglionnaire, M. Bergeron n'a pas été frappé, à ce sujet, comme l'a été M. Archambault. La description de Bretonneau ne porte que sur des cas d'empoisonnement par le pharynx, cas dans lesquels on observe toujours l'engorgement ganglionnaire; mais aujourd'hui on sait parfaitement que l'empoisonnement peut s'effectuer par les bronches et la trachée, sans passer par le pharynx, auquel cas il peut parfaitement n'exister aucun engorgement ganglionnaire.

C'est ainsi que beaucoup de médecins n'opèrent pas, parce qu'ils ne voient pas de fausses membranes dans le pharynx. Mais on comprend parfaitement que, quand l'engorgement commence par les bronches et la trachée, il n'y a aucun engorgement du côté des ganglions. Je ne partage donc pas la manière de voir de M. Archambault au sujet de ce caractère, dont l'absence, dans certains cas, s'explique parfaitement. Au reste, cette absence d'engorgement ganglionnaire n'est pas, dans l'épidémie actuelle, aussi constante que paraît le croire M. Archambault, et j'ai encore très-présents à mon souvenir, dit en terminant M. Bergeron, deux enfants morts dans mon service et qui présentaient parfaitement cet empâtement sous-maxillaire.

M. ARCHAMBAULT est disposé, après les explications que vient de donner M. Bergeron, à être moins absolu; toutefois il rappelle que Bretonneau donne ce caractère comme un signe constant et affirme, pour sa part, avoir vu des fausses membranes dans le pharynx, sans qu'il y eût d'engorgement ganglionnaire. Il se rappelle parfaitement quatre cas où les choses se passaient ainsi.

M. BROUARDEL fait remarquer ce fait, que M. Ball a signalé deux cas de diphthérite sur deux malades atteints de fièvre typhoïde; que, d'autre part, M. Oulmont avait constaté un certain nombre de diphtérites presque exclusivement sur des malades atteints de la fièvre typhoïde.

M. ISAMBERT fait observer que les relations qui existent entre la diphthérite et la fièvre typhoïde sont aujourd'hui un fait parfaitement admis.

Quant au caractère donné par Bretonneau, il faut remarquer que ce médecin n'a fait que raconter ce qu'il avait vu, sans idée systématique à ce sujet; il ne faut donc pas ériger en principe ce qui n'est que le résultat de la simple observation.

MM. Blache et Rayer ont reconnu deux types de diphthérite; ils ont cité le type pharyngien.

Pour l'engorgement ganglionnaire, c'est en général un signe pronostique des plus graves; pour sa part, M. Isambert est assez disposé à le regarder comme un signe de l'angine couenneuse maligne.

M. BARTHEZ ne fait qu'appuyer ce qui a été dit par M. Bergeron; comme lui, il voit, dans l'épidémie actuelle, les engorgements ganglionnaires, et, au sujet de ce signe, il se rattache à l'opinion qui vient d'être émise par M. Isambert; c'est, en effet, selon lui, un signe pronostique d'une grande gravité. Maintenant, il est évident qu'il faut bien savoir distinguer les différentes sortes d'angines : il y a d'abord l'angine grave dont il vient d'être parlé, mais il y a aussi une angine diphthéritique peu grave, suivie de croup. Ce sont les angines descendantes décrites par Bretonneau; il faut bien tenir compte de cette sorte de diphthérite, mais il faut aussi noter la diphthérite ascendante.

M. Barthez admet la diphthérite commençant par le larynx, la trachée, puis descendant dans les bronches; mais il faudrait, pour se rendre un compte exact de la façon dont les choses se passent, les observer dès le début, et il est bien rare qu'un médecin soit appelé assez à temps pour cela. Il y a aussi une diphthérite qui commence par le pharynx et remonte pour finir par le nez; c'est une diphthérite ascendante.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

SOUSCRIPTION NATIONALE
POUR LA
LIBÉRATION DU TERRITOIRE

M. le docteur Argaing, à Saint-Ybars........ 20 fr.

VARIÉTÉS

LES FAITS POSITIFS ET LES FAITS NÉGATIFS (1)

Thérapeutique. — Ici, il n'y a plus charivari, mais tohu-bohu. Le remède que je préconise, dit l'un, est un remède héroïque, réussissant dans tous les cas. — Il ne réussit jamais, dit un autre. — Il ne produit que des effets fugaces, dit un troisième. — Il réussit tantôt oui, tantôt non, dira un quatrième. Je n'exagère nullement, comme l'on peut en juger par ce qui m'est arrivé, hélas! personnellement. J'avais avancé que l'héméralopie épidémique avait pour remède constant le séjour dans l'obscurité. — Jamais, a dit M. Baizeau. — Effets fugaces, dit M. Poncet. — Méthode excellente, vient de dire M. Roux, et déjà cette appréciation avait été portée par M. Martialis, également médecin de la marine, et auteur d'un intéressant mémoire sur les lésions ophthalmoscopiques de la maladie.

Et à propos de la pourriture d'hôpital, voici une brochure qui vient de paraître, ayant pour auteur le chirurgien en chef de l'hôpital civil de Palerme, M. Dichiara (*Dell'uso della canfora in polvere per la cura della cangrena nosocomiale, osservazioni cliniche*). Le 8 février dernier, la pourriture d'hôpital se déclara dans ses salles. On traita d'abord par les moyens ordinaires : perchlorure de fer, cautère actuel..... Avec ces remèdes, sur treize cas, cinq guérirent en un temps plus ou moins long, quatre s'améliorèrent et quatre se terminèrent par la mort. Alors, le 18 novembre, M. Dichiara, venant de lire mes observations dans la *Gazette des hôpitaux*, recourt à la poudre de camphre. Savez-vous ce qu'il va obtenir? *Effetti prodigiosi! — Mezzo tanto semplice quanto pronto ed energico.* — Finalement, il se résume ainsi : « Et nous avons la satisfaction de pouvoir affirmer que la pourriture d'hôpital a rencontré dans la poudre de camphre ce que les fièvres intermittentes ont trouvé dans la quinine. *E noi con piacere possiamo affermare, che la terapeutica della cangrena d'ospedale ha trovata nella canfora cio che le febri intermittenti rinvennero nella china.* » Tableau! et voilà la réponse aux faits tantôt négatifs, tantôt positifs du Val-de-Grâce. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette importante brochure, très-intéressante aussi pour l'étiologie. D'où provient, en thérapeutique, le tohu-bohu des faits positifs et négatifs? Les causes en sont de nature diverse. Tout d'abord, il faut bien que je le dise, la médecine n'est pas seulement une science et un art, elle est aussi une *profession*, et la profession a pour cortége inévitable l'Envie, la Jalousie, le Dénigrement systématique..... Or, une fois sur la pente, on se laisse rouler jusqu'en bas, plus ou moins, selon la moralité de l'époque.

Une autre cause est la liberté absolue que chacun de nous a de traiter les malades comme il l'entend, jusqu'à pouvoir les médicamenter par des moyens violents et incertains là où des remèdes bénins suffisent, et, dans cette absolue indépendance, l'orgueil conduit au dédain des innovations, quand celles-ci ont été préconisées par d'autres que les maîtres adulés. Alors la vérification expérimentale procède avec une excessive légèreté, comme par acquit de conscience, et de là des faits négatifs sans valeur aucune.

Une troisième cause, également capitale, tient à l'ignorance des règles mêmes de l'expérimentation. En effet, on pose en principe que les maladies, toutes les maladies, diffèrent d'un individu à l'autre, selon l'âge, le sexe, les dispositions morales, le génie épidémique, l'idiosyncrasie..., toutes différences dont je suis loin de contester l'importance, mais, qu'à mon avis, on se plaît à singulièrement exagérer.

C'est ce principe, appliqué systématiquement à toutes les maladies sans exception, même aux affections externes, c'est ce fatal principe qui entraîne les esprits vers la facile admission des faits négatifs en thérapeutique. Dès que les premières vérifications expérimentales ne conduisent pas aux résultats annoncés, on a l'extrême facilité d'expliquer les insuccès par les différences individuelles et l'idiosyncrasie. Voulez-vous sortir du tohu-bohu? Chassez-vous provisoirement de l'esprit le principe fatal, et quand l'expérimentation ne vous donnera pas les effets attendus, demandez-vous tout d'abord si la faute n'en serait pas à vous, à vous-même, à votre manière de procéder. Voici là-dessus quelques exemples.

Il y a trente ans, on nous enseignait que le croup avait son remède souverain dans l'émétique, et puis s'est peu à peu établie l'opinion que ce remède échouait le plus souvent. Or voici que M. Bouchut vient nous apprendre que l'émétique aboutit à des résultats tout à fait différents, selon que, condition inattendue, vous laisserez oui ou non boire de la tisane. Il faut priver les malades de toute boisson, ne leur donner même que des potages secs; autrement, l'émétique s'étendant dans une grande quantité d'eau n'agira plus qu'en lavage comme purgatif. Vérifions donc ici à nouveau la tradition séculaire, les différences obtenues d'une époque à l'autre pouvant tenir à des pratiques adjuvantes.

Autre exemple. — On sait qu'en Algérie les ophthalmies purulentes abondent, et on les traite généralement par les instillations d'une solution de nitrate d'argent (un gramme sur trente d'eau distillée). Or, à Sétif, étant attaché à un régiment, je voyais venir à moi des colons sortant de l'hôpital civil et militaire, où on ne les guérissait pas avec les instillations, et moi, je réussissais tout de suite. Savez-vous à quoi tenait la différence? Tout simplement à ceci : Immédiadement après chaque instillation, j'appliquais une compresse d'eau froide et je maintenais le froid en permanence jusqu'à l'instillation suivante. De cette manière, j'annihilais la douleur à sa naissance, j'empêchais toute réaction et j'obtenais une astringence permanente, procédant comme pour l'entorse, et comme procède M. Revillout relativement à l'angine couenneuse, faisant exprimer dans la bouche une centaine de citrons dans les 24 heures. Quand, en thérapeutique, vous rencontrez des faits négatifs, pensez donc tout d'abord au *modus faciendi*.

Troisième exemple. — Vous enfermez un héméralope dans l'obscurité. Si, préalablement, vous ne l'avez pas dépouillé de sa pipe,

(1) Fin. — Voir les numéros des 30 janvier et 1er février 1872.

de son tabac et de ses allumettes, il aura la vue du feu, et la vision ne pourra s'accommoder à la lumière diffuse du milieu. *Modus faciendi.*

Quatrième exemple. — Pourriture d'hôpital et poudre de camphre. — Vous pourrez échouer si, à chaque pansement, vous n'employez pas la poudre tout fraîchement pulvérisée, parce que cette poudre, conservée dans les vases ou cornets, a la propriété de se tasser en concrétions comme pierreuses.

Vous pourrez échouer partiellement sur l'un des bords, si dans le pansement vous ne prenez pas la précaution d'annihiler les effets de la déclivité entraînant la poudre des points culminants.

Vous pourrez encore échouer, du moins comme rapidité d'effets, si, vous trouvant devant une aponévrose ou un épais fascia-lata, vous n'y pratiquez pas des fentes facilitant l'action du remède.

Enfin vous pourrez échouer dans la forme ulcéreuse, et vous échouerez souvent, si, dans l'application de la poudre sur la plaie, vous n'avez pas le soin de la tasser le plus possible, parce qu'autrement elle ne restera pas sur place ; car, dans la forme ulcéreuse, le détritus organique ne reste pas non plus sur place, étant entraîné par le liquide qui s'écoule de la plaie, et ce courant vous entraînera la poudre aussi. *Modus faciendi, modus faciendi.*

Cependant, dans les expérimentations thérapeutiques, l'inobservance des conditions nécessaires peut n'être pas la faute du vérificateur, mais doit remonter à l'inventeur lui-même. Exemple : on sait aujourd'hui que dans la fièvre typhoïde le rôle capital appartient aux soins dits *hygiéniques* (renouvellement suffisant de l'air, propreté exquise des malades).

Si maintenant un médecin, se conformant à cette pratique, administre en même temps quelque remède actif, la créosote, par exemple, il pourra attribuer à ce médicament les cures uniquement dues aux soins hygiéniques. Et puis, un autre médecin, ne veillant pas à ces soins, n'obtiendra rien de la créosote, et de là une discordance de faits positifs et négatifs créée par l'inventeur, qui, ayant pris les moyens principaux pour des soins secondaires, aura introduit dans la science un remède illusoire.

Ces exemples me paraissent suffisamment justifier ma thèse. Quand, en thérapeutique, nous aboutissons à des faits négatifs, recherchons tout d'abord la cause des insuccès dans nos manières de procéder. C'est après que nous aurons fait à ce sujet toutes les investigations nécessaires, c'est après cela seulement que nous serons fondés à admettre les différences individuelles, l'idiosyncrasie, le génie épidémique ; et je suis si peu éloigné d'admettre ces différences, que je pourrais, moi aussi, citer des preuves à l'appui, m'élevant seulement ici contre la hâte, la précipitation d'admettre les explications de cette nature.

Résumons-nous.

1° Dans la nature, il n'y a pas de faits négatifs. Il y a des faits, et tous les faits sont également positifs.

2° En physiologie, il n'y a pas de faits négatifs. Quand, dans les expériences, il en surgit, ils tiennent ou à une inégalité dans les réactifs employés, ou à une inégalité dans les préparations préalables des animaux.

3° En médecine, considérée comme science, et science d'observation, les faits négatifs ne détruisent pas les faits positifs, mais ils détruisent la formule qui représente ceux-ci. Les faits négatifs étant avérés, il faut changer la formule des faits positifs, et alors les uns et les autres se concilient dans la formule rectifiée.

4° Dans l'art médical, en thérapeutique, on se laisse aller à attribuer les faits négatifs aux différences pathologiques, tandis que très-souvent ils ne tiennent qu'à la manière de procéder, au *modus faciendi.*

A. NETTER.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 19. — JEUDI 15 FÉVRIER 1872 — 45e ANNÉE — JEUDI 15 FÉVRIER 1872. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (M. Noël Guéneau de Mussy). — HÔTEL-DIEU D'AMIENS. Mort subite ; autopsie ; anévrysme de l'aorte ouvert dans le péricarde (M. Lesenne). — Considérations sur l'éclampsie *post partum* (M. Verrier, de Villers). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie vient de renouveler à peu près dans les mêmes termes l'appel chaleureux qu'avait fait au patriotisme du corps médical, dans un article très-remarqué, notre cher ami et directeur M. Le Sourd.

Les médecins doivent entraîner ceux qui les entourent par leur exemple.

Il faut qu'ils se mettent à la tête du mouvement.

Ils doivent souscrire au milieu de leurs amis et de leurs clients.

Ce serait porter un grand préjudice à la souscription générale que de les en isoler par l'organisation de comités spéciaux.

Ces considérations si justes, si bien développées dans l'article de M. Le Sourd, ont convaincu tous les bons esprits.

Aussi, à l'unanimité, le conseil de l'Académie, puis l'Académie elle-même, ont engagé les médecins à souscrire directement dans les comités de leur canton, de leur commune ou de leur quartier.

Ce qu'on leur demande surtout, c'est le zèle le plus actif.

Qu'ils se hâtent de mettre à profit leur influence légitime pour assurer dans les populations au milieu desquelles ils habitent le plein succès de cette grande manifestation du patriotisme national.

A l'œuvre donc!

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. NOEL GUÉNEAU DE MUSSY.

Leçons cliniques sur la diarrhée chronique (1).

On réglera la distribution des repas, l'intervalle qui les doit séparer, d'après l'activité, l'habitude, les instincts des organes digestifs. Vous avez vu souvent chez les enfants de notre crèche l'importance de ce précepte, et la fréquence des diarrhées entretenues par un allaitement trop répété : quand ces petits êtres crient, les nourrices leur donnent immédiatement le sein sans chercher à pénétrer la cause de leurs plaintes. Si les souffrances qui les provoquent sont causées par une digestion pénible, le nouveau repas qu'on leur administre intempestivement augmente leur malaise, accompagné probablement d'une sensation de soif qui leur fait accepter le sein. Ils crient de nouveau, et de nouveau pour leur imposer le silence la nourrice recourt au même moyen ; les indigestions s'accumulent, les selles deviennent caillebottées, puis diarrhéiques, verdâtres. L'eau de chaux, l'eau de Vichy, si souvent efficaces dans les diarrhées qui présentent cette coloration, restent inefficaces jusqu'au moment où une meilleure ordonnance des repas permet aux organes digestifs de se reposer et de fonctionner régulièrement.

Si le mouvement est le grand excitateur des combustions nutritives, il est le plus souvent une condition nécessaire d'une bonne digestion. Vous prescrirez donc au malade un exercice régulier, modéré, proportionné à ses forces. Toutes les causes d'épuisement nerveux peuvent favoriser le retour de la diarrhée chez les sujets qui y sont disposés, j'en ai observé bien des exemples. Chez les sujets qui ne peuvent pas faire un exercice actif, l'exercice passif sera très-utile, et sous ce titre je comprends les promenades en voiture, le massage, les frictions ; je me rappelle un petit enfant épuisé par une diarrhée chronique, qui ne pouvait sortir dehors à cause des rigueurs de la saison : je le guéris en faisant mettre des roulettes à son berceau et le faisant promener ainsi dans l'appartement.

Comme je l'ai dit plus haut, vous rencontrerez cependant des malades chez lesquels tout mouvement après les repas provoque de la douleur et de la diarrhée ; il semble que les organes abdominaux, trop excitables, entrent en contraction dès qu'ils reçoivent le moindre ébranlement. J'ai observé ces jours-ci une dame arthritique qui accusait ce symptôme et qui souffrait du ventre quand elle marchait ; je lui ai prescrit, outre l'usage interne des calmants, de faire des frictions avec une flanelle imprégnée de vapeurs de benjoin, de chercher à immobiliser les viscères abdominaux avec une ceinture ventrale en caoutchouc, et de se soumettre à un traitement hydrothérapique si les premiers moyens restaient inefficaces. L'hydrothérapie est, en effet, d'une admirable efficacité dans un certain nombre de diarrhées chroniques, dans celles qui sont liées à l'anémie, qui sont compliquées de dyspepsie, d'engorgements hépatiques ; dans celles aussi qui sont liées à une diathèse rhumatismale ; dans celles encore qui succèdent à l'intoxication palustre ou à la dysentérie ; il faut, bien entendu, en prescrivant cette médication, tenir

(1) Fin. — Voir les numéros des 11, 16, 23 janvier, 1er et 8 février 1872.

compte de l'âge des malades, de leur énergie réactionnelle, de la saison, des dispositions morbides qui peuvent s'ajouter à la diarrhée.

J'ai parlé plus haut d'un malade qui fut atteint d'un catarrhe spasmodique quelques mois après avoir été guéri par le docteur Fleury d'une diarrhée rebelle contractée dans l'Inde. L'efficacité de l'hydrothérapie a été d'autant plus frappante, que le malade était dans un état de maigreur et d'anémie cachectiques. Son découragement était poussé jusqu'au désespoir; l'appétit était nul; le foie avait acquis un volume anomal. En même temps qu'il le soumit à l'usage de l'hydrothérapie rationnelle, M. le docteur Fleury lui prescrivit des doses très-considérables de bismuth et la diète lactée. Au bout de trois mois, je revis ce malade, il était complétement guéri. Le foie était rentré dans ses limites physiologiques; la couleur de la peau attestait la restauration complète de l'hématose, et il avait engraissé d'une trentaine de livres.

L'hydrothérapie a le double avantage de stimuler les fonctions du tégument externe et de relever l'activité des organes digestifs. Il y a entre les deux appareils une solidarité et en même temps une sorte d'antagonisme observé par les plus anciens médecins; *alvus laxus, cutis sicca, cutis laxa, alvus siccus*, disait Hippocrate; chez les arthritiques surtout, il importe de tenir en bon état d'activité fonctionnelle ce grand organe cutané, qui joue un si grand rôle dans l'équilibre organique.

Aussi j'ai l'habitude de prescrire aux malades atteints de diarrhée chronique, avec ou sans hydrothérapie, des frictions quotidiennes avec des gants de crin anglais, et beaucoup ont eu à s'en louer. Les frictions avec un grand sac de flanelle imprégnée de vapeurs balsamiques conviendront chez les femmes délicates et les enfants.

C'est encore par l'intermédiaire du tégument externe qu'agissent principalement les eaux minérales dans le traitement de la diarrhée. Les bains de Plombières, dont on prolonge la durée et qui excitent une transpiration abondante ont, dans le traitement de cette affection, une réputation traditionnelle dont j'ai très-souvent constaté la légitimité.

J'ai vu guérir, sous l'influence des eaux de Plombières, des malades affectés de diarrhée depuis six, sept et même dix années. Ems m'a réussi dans quelques cas, et je le préférerais (1) pour les sujets dont les organes respiratoires ne sont pas irréprochables. Royat, dans les mêmes indications, n'a pas été moins efficace.

Chez ceux qui sont herpétiques ou lymphatiques, les eaux sulfureuses m'ont plusieurs fois réussi; elles stimulent plus énergiquement la peau, relèvent davantage le ton de l'organisme, et pendant la durée des bains livrent à l'absorption pulmonaire des gaz sulfureux qui peuvent exercer une action modificatrice sur l'économie.

En vous énumérant toutes les modifications qui peuvent être opposées à la diarrhée chronique, vous pouvez pressentir, d'après leur multiplicité même, que c'est une maladie souvent rebelle, qui met à contribution toutes les ressources de la thérapeutique, exige, dans beaucoup de cas, des attaques variées des efforts prolongés et répétés. Je vous ai cité des cas heureux où des diarrhées datant de plusieurs années avaient cédé aux médications dirigées contre elles; mais dans la clinique il ne faut pas contempler seulement le beau côté de la médaille, il faut savoir en regarder le revers.

Parmi les diarrhées chroniques, parmi celles-là même qui ne se rattachent à aucune lésion organique irréparable, comme le tubercule et le cancer, il y en a qui sont devenues une habitude tellement invétérée, qui ont amené un épuisement tel, que la thérapeutique essaye en vain de remettre en jeu les activités normales. L'organisme ne peut sortir du cercle vicieux constitué par la diarrhée, qui produit la cachexie, et par la cachexie qui entretient la diarrhée. Alors surviennent quelques-unes de ces affections ultimes auxquelles aboutissent les troubles profonds de la nutrition : des albuminuries, des tuberculoses, des congestions viscérales.

De toutes les formes de la diarrhée chronique, la plus rebelle est peut-être la dysentérie chronique, celle qui succède trop souvent à la dysentérie épidémique; elle est accompagnée le plus souvent de lésions intestinales graves; elle résiste parfois à tous les efforts de la thérapeutique. J'en ai rencontré qui duraient depuis quatre ou cinq ans fort mal traitées, il est vrai, chez de jeunes militaires qui ne voulaient se soumettre à aucun régime. Le pire est que la guérison de ces dysenteries ne marque pas toujours la fin de leurs misères; mais à une affection dangereuse peut se substituer une plus dangereuse encore. La congestion prolongée des tuniques intestinales peut amener un épaississement de la tunique musculaire, analogue à celui qu'on observe quelquefois à l'orifice pylorique, avec rétrécissement du calibre de l'intestin, et peut-être affaiblissement de la contractilité. Je me rappelle avoir vu chez un malade une constipation inquiétante succéder à une dysentérie chronique; on sentait dans le flanc et dans la région iliaque le gros intestin formant une corde flexueuse solide, résistante, qui roulait sous les doigts. Les lavements, les douches ascendantes, ne pouvaient vaincre la constipation.

Les ulcérations intestinales amènent des coarctations plus fâcheuses encore, et qui peuvent causer des accidents d'étranglement si le malade vient à être constipé : le seul moyen de prévenir ces accidents, c'est d'entretenir des selles molles demi-fluides, pour placer en quelque sorte, sous ce rapport, le gros intestin dans la condition où se trouve l'intestin grêle. L'observation m'a montré, en effet, qu'un rétrécissement très-considérable de l'iléon pouvait persister très-longtemps sans produire d'accidents graves.

Les dysentéries chroniques peuvent amener des retentissements morbides sur le foie et les abcès hépatiques, communs dans les pays chauds, ont été souvent précédés de cette affection. La veine porte, au moins dans quelques cas, peut être l'intermédiaire de cette propagation du travail morbide.

J'ai vu chez un jeune médecin, affecté de colique et de diarrhée habituelle, une ulcération perforante de l'appendice cœcal devenir le point de départ d'un petit foyer purulent. Une phlébite ascendante de la veine porte, partie de ce foyer, vint aboutir à d'énormes abcès du foie, qui se vidèrent dans l'intestin par les canaux biliaires quelques jours avant la mort du malade.

(1) Aujourd'hui Ems doit être interdit aux malades français. J'en connais qui, dirigés par d'autres avis que les miens, y ont été cette année. Ils ont été lâchement insultés et impudemment volés par cette race allemande, qui ne semble connaître ni l'honneur ni l'honnêteté. Heureusement, si nous exceptons les eaux purgatives dont l'Allemagne possède une grande variété, nous avons une foule de sources infiniment supérieures à toutes les eaux allemandes. Nos sources sulfureuses des Pyrénées et de la Savoie, nos sources alcalines de Vals et de Vichy, nos sources arsenicales de Labourboule et de Lamalou, n'ont pas d'analogues de l'autre côté du Rhin. Nous avons vingt sources gazeuses digestives préférables à l'eau de Seltz. Plusieurs de nos nombreuses sources thermales, chlorurées sodiques, pourraient, j'en suis convaincu, remplacer Kissingen et Wiesbaden, si on les administrait de la même manière que celles-ci. Et heureusement, d'ailleurs, les eaux purgatives sont celles que la pharmacie peut le mieux remplacer.

HOTEL-DIEU D'AMIENS.

Mort subite. — Autopsie. — Anévrysme de l'aorte ouvert dans le péricarde.

(Observation recueillie par M. Lesenne, interne.)

B... (Malvina), âgée de 26 ans, ouvrière en fabrique, entrée à la Maternité de l'Hôtel-Dieu le 11 mai 1871; elle est enceinte de sept mois et demi environ, a des vomissements et de la diarrhée. Le 23 juin, elle accouche de deux jumeaux, dont l'un, très-délicat, meurt au bout de trois jours. Je ferai remarquer que les efforts de la parturition ont été considérables : le premier enfant, d'un volume presque ordinaire, a été expulsé, accompagné de son placenta, en une seule poussée; quelques secondes après, le deuxième a été expulsé également, tout d'une fois, suivi de son placenta.

Le lendemain des couches, elle a de l'œdème à la figure, excessivement peu aux membres inférieurs; elle n'accuse pas de douleur au cœur; on l'ausculte : il existe un bruit de souffle qui commence un peu après le premier bruit et qui couvre tout le second. L'état général, d'abord mauvais, fait craindre une fièvre puerpérale, vu le milieu épidémique où elle se trouve; mais peu à peu elle se rétablit, l'œdème de face diminue; elle se lève le 30 juin et veut sortir le 1er juillet. Exeat le 3 seulement. Elle meurt le même jour à Saint-Charles, où elle déposait son enfant.

Autopsie le 4, dix-huit heures après la mort.

Poumons sains.

Péricarde très-distendu; une simple ponction avec un scalpel en laisse jaillir un liquide séro-sanguinolent; l'incision rendue plus grande, il s'en écoule encore une grande quantité. Le péricarde est blanc-nacré intérieurement. Le cœur est complétement entouré d'un caillot fibrino-globulaire d'une épaisseur de 1 centimètre environ. Sous ce caillot, à la partie inférieure de la face antérieure, plaque laiteuse, très-adhérente, de 4 centimètres de diamètre; à la partie médiane de la face postérieure, autre plaque plus petite, et adhérence à ce niveau des deux feuillets du péricarde; à droite, sur la partie médiane de la paroi du ventricule droit, autre plaque. Adhérences de la portion libre des auricules avec les parois cardiaques.

Dans les culs-de-sac formés par le péricarde en se repliant sur l'aorte et l'artère pulmonaire, adhérences pseudo-membraneuses et dépôts fibrineux englobant de petits caillots. Aussitôt que l'aorte s'est dégagée de l'oreillette droite, dilatation de ce vaisseau, avec amincissement considérable de la paroi artérielle antéro-latérale droite, dans une étendue de 2 centimètres dans tous les sens. A la partie supérieure de cette portion amincie, *pertuis* donnant passage à un stylet de trousse et communiquant avec l'intérieur du vaisseau.

L'aorte, fendue dans toute sa longueur pour étudier sa face interne, offre dans toute l'étendue de la crosse de petites productions blanchâtres, au nombre de 15 à 20, ayant la forme de petits disques aplatis d'un diamètre de 2 millimètres environ, d'une minceur extrême, supportés par un pédicule très-délié, et parconséquent libres.

Les parois artérielles sont très-minces à l'endroit déjà noté, c'est-à-dire à la partie antéro-latérale droite, très-épaisses dans le reste de la circonférence, doublées qu'elles sont par des produits de sécrétion nouvelle, surtout dans l'angle qui sépare l'aorte de l'artère pulmonaire.

A 1 centimètre au-dessus des valvules sigmoïdes, rupture des deux tuniques internes, rupture en spirale occupant toute la circonférence de l'artère, mais dont les deux extrémités situées à la partie postérieure, la gauche étant la plus inférieure, sont séparées par un intervalle de 1 centimètre.

Dans la moitié antérieure de la circonférence du vaisseau, rupture de plus de la tunique externe dont les deux lambeaux sont restés accolés à la paroi antérieure, l'un en haut, l'autre en bas, paroi formée entre ces deux lambeaux, et dans l'intervalle qui les sépare, à la partie latérale gauche, par des fibres musculaires appartenant à l'infundibulum du ventricule droit, à la partie latérale droite, par le péricarde seul, de là son peu d'épaisseur.

Tout ceci constitue la paroi antérieure d'un sac anévrysmal, de la grosseur d'un œuf de pigeon, communiquant largement avec le vaisseau, et dont la paroi postérieure est formée par les tuniques artérielles interne et moyenne fendues transversalement et décollées de l'externe surtout par en bas et dans l'étendue de 1 centimètre.

Dans la moitié postérieure de la circonférence de l'aorte, les deux tuniques internes seules sont rompues et décollées aussi, surtout par en bas et dans l'étendue d'un demi-centimètre. De ce côté, il n'y a pour ainsi dire pas de poche, et les tuniques décollées ressemblent à une valvule sigmoïde plus large que les vraies et placée immédiatement au-dessus d'elles.

L'artère pulmonaire n'offre rien de remarquable, ni ce n'est le dépôt déjà signalé de productions pseudo-membraneuses, qui doublent sa paroi externe dans la portion intra-péricardique.

Cœur un peu hypertrophié, mou, se déchirant facilement.

Foie très-congestionné. Un peu de sérosité dans le péritoine.

L'utérus est gros, se déchire facilement; quelques matières putrilagineuses à la face interne.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue :

1° La rareté du fait d'un anévrysme de l'aorte s'ouvrant dans le péricarde;

2° Les dépôts autour de l'aorte et de l'artère pulmonaire, amenés par une péricardite de cause interne probablement, ou pour mieux rendre ma pensée par un traumatisme interne; cette péricardite serait survenue après la rupture de la tunique externe de l'aorte, avant que le péricarde ait cédé.

3° Le caillot qu'on trouve enveloppant le cœur s'est-il produit avant la mort par suite de l'arrivée lente du sang ou après la mort, comme il se produirait dans le vase qui a reçu le sang de la saignée ? je me rattache à cette dernière opinion.

4° La manière dont la mort est survenue : syncope probablement, par cessation des battements du cœur, le péricarde étant complétement rempli.

5° Enfin les causes : d'abord l'altération des parois de l'artère par des productions polypiformes, ensuite les efforts de l'accouchement gémellaire qui ont déterminé la rupture de la tunique externe.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉCLAMPSIE *POST-PARTUM*

Par M. le docteur Verrier (de Villers).

Un de mes élèves me demandait dernièrement ce qui pouvait être la cause des attaques d'éclampsie survenant après l'accouchement.

Cette question, simple en apparence, touche à l'étiologie même de l'éclampsie puerpérale.

Or, si nous jetons un coup d'œil sur nos meilleurs auteurs, nous trouvons que Velpeau, qui, dans la deuxième édition de son excellent ouvrage, traite longuement de l'éclampsie sous le nom de *convulsions*, admet des causes prédisposantes et des causes déterminantes.

Toutes peuvent agir dans le cours de la grossesse, pendant le travail et enfin après l'accouchement.

Les modifications fonctionnelles que les femmes éprouvent par la gestation sont des causes prédisposantes au premier chef. La pression mécanique exercée par l'utérus gravide sur le plexus nerveux et les gros vaisseaux prédispose aussi les femmes aux convulsions éclamptiques.

Velpeau, après Chaussier et Baudelocque, range parmi les causes déterminantes le molimen menstruel.

Jacquemier, qui distingue plus nettement que Velpeau l'éclampsie des convulsions puerpérales, classe parmi les causes prédisposantes qui agissent pendant la grossesse la primiparité. Il appuie son opinion sur des statistiques sérieuses, et, aujourd'hui, il est classiquement admis que sur dix éclamptiques il existe huit primipares.

Une foule d'autres opinions ont été avancées, et, à cet égard, on ne saurait mieux faire que de consulter le livre de M. Jacquemier.

Cet auteur attribue au travail lui-même l'influence occasionnelle la plus manifeste, en dehors de toute complication purement obstétricale. On sait que le regretté maître que nous avons perdu récemment, le vénérable P. Dubois, regardait le rachitisme comme prédisposant à l'éclampsie.

Les émotions vives seraient encore, pour M. Jacquemier, une cause occasionnelle importante, qu'elles surviennent avant comme après l'accouchement; mais, de son propre aveu, et je partage complétement cette opinion dans la plupart des cas, *il est tout à fait impossible de reconnaître une cause déterminante bien manifeste.* La prédisposition seule suffit, et la prédisposition existe par cela même que la femme est *dans l'état puerpéral.*

Or, et ici je quitte le champ exploré des auteurs pour répondre par ma propre pensée à la question complexe posée par mon studieux auditeur, or, dis-je, si la puerpéralité est à elle seule la cause la plus prédisposante, la plus importante, n'exerce-t-elle pas une influence d'autant plus grande que le travail est terminé, l'accouchement effectué, puisque beaucoup d'auteurs ne font commencer l'état puerpéral qu'au moment de la délivrance, et que l'on sait d'ailleurs que la femme possède une réceptivité plus grande après l'accouchement pour tout miasme ou toute influence puerpérale que pendant la grossesse et même le travail?

Point n'est donc besoin d'invoquer la présence du délivre ou de caillots dans l'utérus pour expliquer les cas d'éclampsie qui surviennent après l'accouchement, ni, comme le voulait Velpeau, l'inversion de la matrice, qui est rare relativement aux attaques d'éclampsie *post partum*, ou de simples pertes, qui, au contraire, sont infiniment plus fréquentes que les attaques d'éclampsie.

L'opinion que j'avance ici a tout au moins ce mérite qu'elle sert à expliquer certaines attaques qui surviennent très-longtemps après la délivrance, mais pendant l'influence encore manifeste de la puerpéralité.

Les chiffres exacts que j'ai donnés moi-même dans mon manuel d'accouchement sont dans une proportion de 40/160ᵉ, c'est-à-dire que sur 200 cas d'éclampsie 160 se montrent pendant la grossesse et le travail, et 40 après l'accouchement. Mais à ce nombre il convient d'ajouter tous les cas d'éclampsie qui surviennent 24 heures et plus après la délivrance et pour l'explication desquels l'irritation mécanique, pas plus que la compression, pendant la grossesse, ne peut être invoquée.

C'est ainsi qu'à des faits très-connus (Velpeau, Prestat et de Soyre) et qu'il n'entre pas dans mon plan de répéter, M. le docteur Tissier a ajouté l'observation publiée par lui d'une femme de 39 ans, accouchée à 8 mois de deux enfants jumeaux morts tous deux dans la première quinzaine de leur existence, et qui fut prise, 17 jours après son accouchement, d'une première attaque d'éclampsie, suivie le lendemain de trois autres attaques, puis d'une quatrième, et ainsi de suite. Les accès succèdent au coma, le coma aux accès, sans que la femme ait repris connaissance, jusqu'à sa mort, arrivée le 20ᵉ jour après son accouchement. Les attaques s'étaient répétées 37 fois, et la malade était restée sans connaissance pendant 48 heures.

La grossesse gémellaire, qui a été aussi classée parmi les causes prédisposantes de l'éclampsie, a-t-elle pu jouer ici un rôle dix-sept jours après l'accouchement? Je ne le pense pas et je serais plutôt tenté d'admettre cette grande contrariété que le docteur Tissier a notée avec justesse et qu'il dit avoir précédé immédiatement le premier accès, lorsque cette femme (déjà mère plusieurs fois) apprit que son fils venait de perdre l'argent destiné à payer son terme; vu que, d'ailleurs, la malade se plaignait depuis plusieurs jours d'une céphalalgie fixe à la région frontale, de quelques bourdonnements d'oreille et d'étourdissements, prodromes connus de l'éclampsie.

Était-il besoin d'autre cause pour déterminer une attaque d'éclampsie chez une femme soumise à l'influence de l'état puerpéral?

L'autopsie, comme toujours dans ces cas, n'éclaira guère le diagnostic, et le commencement d'altération vénale qui a été noté ne s'était traduit pendant la vie, comme le rapporte l'observation du docteur Tissier, par aucune infiltration. L'albumine ne fut constatée dans l'urine qu'après la mort.

J'ajouterai à cette observation une autre qui m'est personnelle et qui, tout autant que celle-ci, démontrera, je l'espère, à tout esprit exempt d'idées préconçues, que la véritable cause des attaques d'éclampsie qui surviennent après l'accouchement est due à la *puerpéralité*, comme ces fièvres puerpérales *sine materia* qui font le désespoir des savants et des praticiens.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département de l'Yonne (Comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle se compose d'une lettre de M. le président de la Société protectrice de l'enfance, qui annonce que la séance générale annuelle de cette société aura lieu dimanche prochain 18 février, à une heure précise, dans le grand amphithéâtre des Arts et métiers.

M. VULPIAN présente, de la part de M. le docteur Jackson (de Boston), le catalogue descriptif du *Warren anatomical museum.*

M. RICHET offre, de la part de M. Louis Valin (d'Angers), une brochure sur les *Plaies d'armes à feu* (Renvoyé à la commission du prix Godard).

M. LE PRÉSIDENT rend compte d'une réunion du conseil de l'Académie dans laquelle ont été discutées et résolues diverses questions relatives à la souscription nationale pour la libération du territoire.

Le conseil a d'abord décidé à l'unanimité qu'il n'y avait pas lieu, pour l'Académie, de souscrire comme corps.

Il a été décidé ensuite, également à l'unanimité, qu'il n'y avait pas lieu d'inviter les membres de l'Académie à prendre part à une souscription spéciale du corps médical, celle-ci ayant été jugée inopportune et de nature à être plus nuisible qu'utile à la souscription générale; il a paru préférable de s'en tenir à l'organisation adoptée de comités formés dans les communes, les cantons, les arrondissements et reliés à un comité central siégeant à Paris.

Chaque membre du corps médical peut s'inscrire dans son comité respectif.

Une souscription du corps médical n'aurait pu se faire sans entraîner une gestion financière très-coûteuse et très-difficile. L'élan partant de Paris aurait pu ne pas se transmettre jusqu'au fond des provinces, et l'émulation eût été moins grande que si chacun souscrit au lieu même qu'il habite.

Le conseil a donc pensé qu'il devait se borner à exprimer les sentiments patriotiques de l'Académie, dont il n'est que l'organe.

Au nom de l'Académie, il invite d'abord tous les membres de ce corps savant, puis tous les médecins de la France, non-seulement à souscrire eux-mêmes, mais à faire souscrire autour d'eux.

Que, par leur exemple et par leurs conseils, ils participent le plus possible à cette grande manifestation nationale; qu'ils le fassent dans une proportion digne de la position qu'ils occupent déjà et de celle plus haute encore qu'ils devraient occuper dans notre Société.

Les dames qui s'étaient déjà réunies sous la présidence de Mme Wurtz, pour organiser un comité tout médical, pourront utiliser leur zèle en provoquant des souscriptions; mais que ces souscriptions soient simplement versées dans les comités d'arrondissement, pour ne pas compliquer la question financière.

M. BARTH. L'Académie adopte-t-elle les décisions que je viens de lui soumettre?

Voix nombreuses. Oui! oui! à l'unanimité.

LECTURE

M. J. LEFORT communique la deuxième partie de ses expériences sur la *répartition de l'atropine dans la feuille et la racine de belladone.*

L'année dernière, l'auteur a déjà fait connaître à l'Académie le résultat de ses analyses sur la proportion d'atropine contenue dans la feuille de belladone récoltée dans des conditions diverses. Aujourd'hui, il s'occupe activement de la racine de cette plante récoltée également dans des conditions très-différentes.

Le premier résultat des recherches de M. Lefort est de montrer qu'une racine âgée de 7 à 8 ans renferme presque moitié moins d'atropine qu'une racine ayant 2 à 3 années seulement de végétation.

Depuis longtemps on préfère, pour la préparation de l'atropine, la racine de Suisse ou d'Allemagne à la racine de France, parce que la première fournit plus d'alcaloïde que la seconde. M. Lefort a cherché la cause de cette préférence, et il a trouvé qu'elle provenait uniquement de la manière dont on faisait la récolte de la racine. Ainsi, tandis que la racine exotique est récoltée à l'âge de 2 à 4 ans au plus, la racine indigène, au contraire, est récoltée sans aucune distinction de durée de végétation.

Toutes ces considérations l'amènent à conclure que la médecine a, en général, plus le droit de compter sur l'emploi de la feuille que de la racine de belladone.

M. Lefort annonce qu'il fera connaître, dans un autre mémoire, le moyen d'isoler toute l'atropine de la feuille de belladone afin d'exonérer la France du tribut qu'elle paye à l'étranger à l'occasion de la racine de cette plante.

RAPPORTS

M. HARDY donne lecture du rapport sur le prix Bordin.

M. DEPAUL lit quelques extraits de son rapport sur la vaccine.

A quatre heures et quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de ces deux rapports et la lecture du rapport de M. Caventou fils sur une place vacante dans la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 janvier 1872. — Présidence de M. Léon Gros, président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. LE PRÉSIDENT lit le discours suivant :

Messieurs et chers confrères,

En prenant possession de ce fauteuil, où m'ont appelé vos bienveillants suffrages, j'arrête avant tout ma pensée sur ce fait douloureux que celui qui m'y a précédé n'est plus là pour me tendre la main, pour me souhaiter la bien-venue. Hélas! lorsque après bien des mois d'interruption il nous a été donné de nous réunir de nouveau, notre cher et regretté président manquait à l'appel. Il n'a pu nous accueillir par quelques-unes de ces bonnes paroles comme il savait si bien les dire; il n'était plus là pour reprendre en main la direction de nos travaux et nous aider à réparer le temps perdu! Il appartient à une autre voix qu'à la mienne de vous parler plus longuement des qualités qui distinguaient Simonot, de formuler les regrets que nous fait éprouver à tous la perte de ce collègue aimé et respecté! Ces regrets, nous aurions voulu pouvoir les exprimer au bord de sa tombe; mais c'est loin de nous que s'est éteint celui que nous pleurons, loin de nous ses amis, mais auprès de ceux auxquels l'attachaient les liens du sang. Ne nous plaignons pas de cet éloignement, puisqu'il a dû être un adoucissement aux derniers moments de notre regretté président.

Vos voix amies m'ont désigné pour présider vos séances pendant cette nouvelle année; mais c'est pour moi, mes chers collègues, un périlleux honneur que de succéder, dans ce fauteuil, à tant d'hommes estimés par leur science et leur grande notoriété. Sans remonter jusqu'aux premières années de l'existence de notre Société, sans invoquer les noms des Chaussier, des Baudelocque, des Larrey, j'aurai bien de la peine à remplir ma tâche à votre satisfaction, n'ayant ni la haute position d'un Denonvilliers, ni l'autorité d'un Baillarger, ni la parole nette et facile de Simonot.

Mais ce que j'ai, messieurs et chers confrères, et ce que je mets tout entier à votre service, c'est un ardent désir de bien faire, de contribuer, suivant mes faibles moyens, à la prospérité et à la dignité de notre vieille et respectable Société, et d'apporter dans l'exercice de mes fonctions de président un esprit d'impartiale justice.

Nous avons beaucoup à faire, messieurs, pour faire disparaître les traces de désorganisation que les affreux événements que nous venons de traverser ont laissées dans notre Société. Ce n'est pas impunément que, pendant plus d'une année, nos séances ont été interrompues, que nous avons erré dans Paris sans un lieu où reposer notre tête. Beaucoup d'entre nous ont oublié le chemin de nos séances ou ne s'y montrent plus que bien rarement. Et combien en est-il, parmi les assidus, qui travaillent en vue de nos séances? Nos ordres du jour sont-ils ce qu'on devait attendre d'une Société ayant un passé comme le nôtre, et qui compte dans son sein tant d'éléments distingués dans toutes les branches de notre belle science? Nos séances sont-elles consacrées à l'étude comme le veulent nos statuts lorsque, dans l'article 16, ils disent : « Les questions administratives et professionnelles sont, sur la proposition du bureau, réservées pour des séances extraordinaires. » N'avons-nous pas perdu malheureusement la plus grande partie de notre temps, depuis la reprise de nos séances, dans des discussions étrangères à l'objet et au but de notre Société, discussions quelquefois acerbes et qui, si elles se renouvelaient, lui porteraient un coup mortel?

Messieurs, on a parlé du rang distingué qu'occupe notre Société, et on a paru craindre que votre bureau ne sût pas le lui conserver.

Ce rang, messieurs, à quoi la Société de médecine de Paris le doit-elle? Elle le doit avant tout à l'ensemble de ses travaux qui est tel

qu'aucune autre Société ne peut se glorifier d'en avoir produit de plus remarquables ni de plus nombreux. Elle le doit ensuite aux rapports de franche et loyale confraternité qui ont toujours existé entre tous ses membres. Voilà, messieurs, ce qui a, de tout temps, attiré vers elle des collègues nombreux, instruits, travailleurs, honorables sous tous les rapports, alors même que, par la création de l'Académie de médecine, notre Société avait perdu sa haute position officielle et n'avait plus conservé avec le Pouvoir que des attaches mal définies et de peu d'importance.

En est-il beaucoup parmi vous, mes chers collègues, qui, en briguant l'honneur d'entrer dans la Société de médecine de Paris, saviez que vous auriez à contresigner des demandes de retraite? Est-ce là ce qui vous attirait au milieu de nous? Pour ma part, je l'avoue, j'ignorais toutes les prérogatives attachées à ma nouvelle dignité. Ce que je venais chercher au sein de cette Société, c'était un champ de travail, des relations avec des confrères estimés dont j'étais fier d'avoir réuni les suffrages, et parmi lesquels j'ai l'espoir de m'être fait quelques amis. N'en est-il pas de même, mes chers confrères, de la plupart d'entre vous?

N'attachons donc pas plus d'importance qu'il ne convient à une situation qu'un arrêté préfectoral nous avait donnée, qu'un arrêté préfectoral peut nous ôter.

La cause d'ailleurs ne peut tarder à être jugée, et tous nous désirons, avec une ardeur égale, que notre dignité soit entièrement sauvegardée.

Mais si nous devions échouer dans notre juste revendication, si nous devions perdre ce dernier vestige de notre antique position officielle, rappelons-nous que nous avons d'autres traditions plus nobles et plus utiles à maintenir et à continuer; que ce n'est que par le travail sérieux, assidu, que nous conserverons à notre chère et respectable Société le rang distingué qu'elle doit occuper dans la science, et dont elle possède aujourd'hui comme jadis tous les éléments. Ne laissons pas non plus se perdre les traditions de bonne confraternité, d'urbanité, qui ont toujours distingué nos réunions; ayons les uns envers les autres cette patience, cette indulgence qui portent à adoucir les dissentiments, car il peut en exister, même entre collègues animés des meilleurs intentions. Nous verrons alors, comme par le passé, de jeunes et honorables confrères venir combler les vides que l'âge et la mort creusent sans cesse dans nos rangs.

Mon désir le plus cher, mes chers confrères, est de voir, sous ma présidence, notre Société ébranlée inaugurer cette ère de régénération. J'y consacrerai toutes mes forces, et c'est à cette œuvre digne de vous que je vous convie tous. Chassons loin de nous cet allanguissement, triste conséquence des malheurs que nous venons de traverser. Remettons-nous à l'œuvre avec un nouveau courage, et tous, unis de cœur et d'esprit, travaillons ensemble à l'avancement de la science. Dans cette sphère élevée, nous oublierons les petites rivalités qui, trop souvent, tendent à nous diviser, nous trouverons une consolation aux maux de notre malheureuse patrie, dont tous nous gémissons et nous souffrons; et enfin, chers collègues, nous préparerons, pour notre faible part, la seule revanche désirable : celle de la science, de la justice, de l'humanité sur la force et la barbarie.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 12 janvier 1872. — Présidence de M. Marotte.

RAPPORTS

Maladies régnantes. — M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes, rapport dont les points les plus importants peuvent se résumer dans ces tableaux.

Tableau comparatif indiquant, pour les mois d'octobre, novembre et décembre, la mortalité causée, dans les hôpitaux généraux et spéciaux de Paris, par les principales affections internes qui peuvent être influencées par la constitution générale.

	Décès		
Maladies.	Octobre.	Novembre.	Décembre.
Phthisie pulmonaire	174	182	206
Fièvre typhoïde	45	37	71
Grippe	0	0	0
Laryngite	0	0	0
Bronchite	35	21	16
Pneumonie	46	46	68
Pleurésie	15	14	8
Coqueluche	7	6	6
Croup	12	22	35
Angine	0	7	3
Rhumatisme articulaire	1	4	8
Variole	2	0	3
Scarlatine	2	0	1
Rougeole	3	4	4
Entérite	29	16	14
Diarrhée	21	18	10
Dysenterie	16	4	0
Ictère	12	5	0
Érysipèle	11	10	4
Fièvre intermittente	0	0	0

Affection des voies respiratoires. — Pendant les mois de novembre et de décembre, les affections des voies respiratoires, les phlegmasies catarrhales notamment, se sont replacées au premier plan de la pathologie saisonnière, limitées et superficielles d'abord, puis plus étendues et plus profondes. . . . .

. . . .

Affections puerpérales. — M. le rapporteur a déjà signalé dans le rapport précédent la diminution considérable du nombre des accouchements dans les hôpitaux. Cette diminution persiste pour les trois derniers mois de l'année 1869, la dernière année normale avec laquelle la comparaison soit possible. Nous trouvons :

	1869.	1871.
Octobre	646 accouchements.	243 accouchements.
Novembre	684 —	305 —
Décembre	516 —	457 —
Totaux	1,846 accouchements.	1,005 accouchements.

Quant à la mortalité, elle est, à peu de chose près, la mortalité moyenne de la saison d'hiver dans les hôpitaux :

4,33 pour 100 en octobre.
3,60 pour 100 en novembre.
4,81 pour 100 en décembre.

M. JULES SIMON lit un rapport sur les trois ouvrages qui ont été envoyés à la Société médicale des hôpitaux en vue d'obtenir le prix Philips.

COMMUNICATION

M. GUYOT appelle l'attention de la Société sur un fait qu'il a été à même d'observer, dans ces derniers temps, sur un petit enfant.

Il s'agit d'une éruption vésiculaire en tout semblable à de la varicelle et disséminée sur tout le corps, qui apparaît souvent, paraît-il, à l'époque de la dentition; il propose d'appeler cette éruption *varicelle de dentition*, bien qu'elle n'ait rien de commun avec la fièvre éruptive qui porte ce nom; cependant cette éruption ressemble tellement à la varicelle, que M. Guyot avoue s'y être trompé la première fois et avoir porté le diagnostic de varicelle.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

1. Lecoq. Des propriétés physiologiques du chlorure de sodium.
2. Belleau. Essai sur les lésions des nerfs par coup de feu.
3. Donion. De la stérilité produite par des rétrécissements permanents congénitaux ou cicatriciels du canal cervical de la matrice.
4. Colnenne. De l'influence fâcheuse exercée par la grossesse sur les maladies du cœur.
5. Cerviotti. Étude sur les vêtements chez l'homme et chez la femme dans leurs rapports avec l'hygiène.
6. Rullier. Des plaies de l'intestin par armes à feu.
7. Dupuy. Études d'hygiène militaire.
8. Jacquemart. Étude sur les abcès du pharynx.
9. Babaud. Étude sur les gelures.
10. Sénac-Lagrange. De l'épuisement dans les maladies *à frigore* observées en 1870-71, et principalement dans la fièvre catarrhale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. les étudiants en médecine sont prévenus que la question proposée pour le prix Corvisart (concours de 1872) est la suivante : *Des paraplégies.*

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 16 février 1872, à trois heures et demie très-précises, à la préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg, cabinet de M. l'administrateur).

Ordre du jour : 1° Lecture des conclusions du rapport de la commission sur la loi des aliénés de 1838 ; — 2° Lecture des conclusions du rapport de la commission d'enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre.

— La Société de médecine pratique tiendra sa première séance le jeudi 15 février, à trois heures et demie très précises, à la mairie du 6e arrondissement (place Saint-Sulpice).

Ordre du jour : Du rôle des caustiques dans l'ablation des tumeurs graisseuses, par le docteur Gillet de Grandmont ; — 2° Proposition de M. Guichard au sujet de l'enseignement libre ; — 3° De deux nouvelles piles à courants continus, par le docteur Demouy.

— La *Société protectrice de l'Enfance* tiendra sa séance générale annuelle dans le grand amphithéâtre du Conservatoire des arts et métiers, rue Saint-Martin, dimanche prochain, 18 février, à une heure précise.

Ordre du jour : 1° Discours de M. Boudet, président ; — 2° Compte rendu des travaux des années 1870 et 1871, par M. le docteur Alexis Mayer, secrétaire général ; — 3° Rapport de la commission du prix, par M. le docteur Canuet ; — 4° Rapport de la commission des médailles pour les médecins-inspecteurs, les inspecteurs et les comités de patronage, par M. le docteur L. Duchesne ; — 5° Rapport de la commission des encouragements à l'allaitement maternel et des récompenses aux nourrices, par M. Ch. Thirion ; — 6° Distribution des récompenses et encouragements ; — 7° Élections pour le conseil d'administration.

On peut se procurer des billets d'entrée, gratuitement, au bureau de la Société, rue Magnan, 5, près la place du Château-d'Eau.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. De l'ictère simple et du catarrhe des voies biliaires. D'un nouveau mode de traitement des fractures du maxillaire inférieur siégeant au niveau de la symphyse ou dans son voisinage. — Considérations sur l'éclampsie *post partum* (M. Verrier, de Villers). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Tablettes du médecin-légiste. — Souscription nationale pour la libération du territoire. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographies.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'ictère simple et du catarrhe des voies biliaires.

Dans la dernière Revue, en parlant au pied levé de quelques cas d'ictère simple épidémique, dont on voit encore des exemples assez fréquents dans les hôpitaux, nous avons pris l'engagement de revenir sur ce sujet. Il nous a paru que pendant qu'on peut encore étudier cliniquement quelques-uns de ces faits et remonter rétrospectivement au début de cette petite épidémie, de manière à chercher à en saisir les caractères principaux et les conditions étiologiques, il ne serait peut être pas inutile de jeter un coup d'œil rapide sur l'état actuel de la science sur ce point.

Qu'est-ce que l'ictère simple ? D'après les doctrines allemandes importées en France, après y avoir été puisées très-probablement, et qui paraissent grouper aujourd'hui un grand nombre d'adhérents, la question serait complétement résolue et ne laisserait plus subsister aucun doute. Le catarrhe des voies biliaires suffirait à tout expliquer. Non-seulement il comprendrait la plus grande partie des cas d'ictère simple, mais il deviendrait le point de départ commun de la lithiase de la vésicule biliaire.

Pour Virchow, l'ictère catarrhal trouve formellement sa cause dans une obstruction de la partie intra-duodénale du canal cholédoque, dont la membrane muqueuse est gonflée, œdémateuse, parfois hyperémiée, avec hémorrhagies interstitielles. L'obstacle au cours de la bile, qui est la cause de l'ictère, est constitué par un bouchon de mucus englobant les débris épithéliaux, que l'on fait sortir par l'embouchure en pressant sur la partie intestinale du canal. Les formes d'ictères, dans lesquelles il y a une sorte d'alternance dans la coloration ou la décoloration des selles, s'expliqueraient, dans cette théorie, par ce fait que l'obstacle au cours naturel de la bile, le bouchon, ne serait lui-même ni absolu, ni permanent, et qu'il pourrait être levé d'une manière intermittente par la pression du liquide sécrété ou par l'action musculaire des voies biliaires, etc.

Cette théorie, par sa simplicité apparente, a fait rapidement fortune, et elle a séduit la plupart des esprits. Cependant, ce premier engouement passé, la réflexion venue et l'expérimentation aidant, elle a rencontré d'assez fortes oppositions. Les plus importantes des objections qui ont été faites à cette manière de voir sont si bien exposées et l'état de la question si bien résumé dans l'article *Voies biliaires* (Pathologie des) du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par MM. Barth et Besnier, que nous n'avons cru pouvoir mieux faire que de lui emprunter en grande partie tout ce qui va suivre :

MM. Barth et Besnier pensent, quant à eux, que l'on peut admettre, au moins provisoirement, une forme d'ictère dit catarrhal, à cause du caractère anatomique qu'on suppose lui appartenir ; mais ils sont d'avis qu'il faut faire les réserves les plus formelles au point de vue du rôle que jouent, dans la genèse de cet ictère, le gonflement et la sécrétion catarrhale de la muqueuse, « cette dernière, disent-ils, pouvant, à la rigueur, n'être qu'un élément accessoire et le résultat de l'absence de la sécrétion biliaire, le mucus s'accumulant alors dans les voies comme il s'accumule dans la vésicule isolée du reste des voies biliaires et privée de bile. »

Cette manière de voir est corroborée par les études cliniques de MM. Lebert et O. Wyss sur l'empoisonnement aigu par le phosphore, où il a été démontré que la portion intestinale du conduit cholédoque était ordinairement libre et perméable, non teinte de bile, exceptionnellement bouchée par un bouchon muqueux ; que le conduit hépatique était sain, peu ou point coloré en jaune ; qu'il en était de même du conduit cystique, quant à sa perméabilité parfaite. Enfin, pendant que MM. Lebert et Wyss prouvaient expérimentalement, en rendant des chiens ictériques par l'empoisonnement phosphorique, après leur avoir établi une fistule biliaire, que la cause de l'ictère ne réside pas dans les grands conduits biliaires, Ebstein, de son côté, démontrait anatomiquement l'existence des ramuscules des conduits biliaires qu'il a trouvés remplis d'un mucus filant et épais. L'obstacle à la progression du fluide biliaire et la résorption consécutive auraient donc lieu à l'origine même du système des conduits biliaires et non à leur terminaison.

Disons tout de suite quelles sont les difficultés que soulève la théorie du catarrhe et combien elle est encore hypothétique. D'abord, difficulté de connaître exactement les lésions anatomiques de l'ictère catarrhal, vu l'extrême rareté des occasions qui permettent de les étudier à leur début et le risque de prendre des lésions secondaires et consécutives pour des lésions primitives, ou de ne trouver que des lésions effacées, lorsque l'examen a lieu tardivement ; enfin, difficulté résultant de la confusion qui a été faite souvent par les auteurs, entre le catarrhe primitif et le catarrhe secondaire.

Les conséquences de ces difficultés sont résumées dans cet énoncé des auteurs de l'article : « En résumé, les lésions anatomo-pathologiques du catarrhe des voies biliaires indiquées par les auteurs se rapportent évidemment à plusieurs variétés et à plusieurs degrés qui ne sauraient être confondus : tantôt la membrane muqueuse est trouvée, au moins à l'œil nu, pourvue de ses caractères normaux, et il n'existe qu'une lésion par défaut de la sécrétion biliaire, et une lésion par excès de la sécrétion muqueuse ; tantôt il existe des lésions de tissu manifestées par l'hyperémie, les obstructions et les infiltrations sanguines, et le produit trouvé dans la cavité des voies biliaires est du muco-pus. »

Si des caractères anatomo-pathologiques du catarrhe des voies biliaires nous passons aux conditions étiologiques, nous trouvons les mêmes incertitudes et les mêmes obscurités. Nous ne rappellerons pas ici ces espèces et ces variétés infinies d'ictères, admises, en raison même d'une prétendue variété infinie des causes. Il semble en revanche, aujourd'hui, qu'on n'ait échappé à ces distinctions subtiles et à cet imbroglio étiologique que pour arriver à une nouvelle confusion par une simplification extrême, consistant à n'admettre qu'une seule espèce d'ictère simple, le catarrhe des voies biliaires, qu'un seul mécanisme de production, l'oblitération des voies biliaires, soit à leur origine, soit à leur point d'émergence dans l'intestin. Mais on vient de voir qu'il ne manque souvent à cette double détermination qu'une chose, la preuve, la démonstration du fait même du catarrhe et de l'oblitération.

Admettant un instant, en forme de concession, que la nature catarrhale de l'affection puisse être acceptée en vertu de l'analogie et des ressemblances symptomatiques entre les cas où elle a été démontrée et ceux où il a été impossible d'en administrer les preuves, il n'en resterait pas moins encore à se demander si ce catarrhe est primitif ou s'il est secondaire et le résultat de l'extension par voisinage d'un catarrhe des voies gastriques. Dans le premier cas, est-il circonscrit exactement et limité aux voies biliaires, et sous quelle influence étiologique a pu se développer alors un catarrhe ainsi circonscrit ?

La question peut-elle être du moins éclaircie par l'uniformité des caractères cliniques, uniformité telle que, dans tous les cas d'ictère simple, tous les phénomènes observés puissent se rattacher, comme à leur source commune, au phénomène du catarrhe ? Ici encore nous invoquerons le témoignage et l'opinion de MM. Barth et Besnier.

« Nous sommes convaincus, pour notre part, disent-ils, qu'il est abusif ou au moins prématuré de supprimer l'ictère simple, et de prononcer le mot de catarrhe des voies biliaires à l'égard de tous les ictères bénins accompagnés d'embarras gastrique. On arrive alors, en classant sous une même dénomination des états pathologiques divers, à réunir dans un tableau les symptômes les plus disparates ; à dire, par exemple, qu'il y a constipation ou diarrhée, que les selles sont décolorées ou colorées, que la vésicule biliaire se développe ou reste affaissée, que le foie augmente de volume ou reste stationnaire, etc. ; tandis, en effet, que Frerichs, imbu de l'idée d'ictère par obstruction catarrhale, range parmi les symptômes caractéristiques les signes de congestion hépatique, la décoloration des selles, le développement de la vésicule, la fréquence de la constipation, etc. Nous voyons Rabé (le traducteur de Budd, promoteur de l'idée de l'ictère catarrhal), qui a recueilli avec grand soin treize observations d'ictère qu'il désigne, également, sous le nom d'ictère catarrhal, conclure que la diarrhée est beaucoup plus fréquente que la constipation, qu'il y a eu plusieurs fois des vomissements bilieux, que les selles sont toujours restées colorées que le foie n'a été trouvé augmenté de volume que deux fois sur treize, etc. »

En présentant dans ce tableau très-raccourci le faisceau des difficultés principales que soulève la théorie de l'ictère par le catarrhe des voies biliaires, nous n'avons d'autre but que de provoquer l'étude du sujet, pendant qu'il en est peut-être temps encore, en appelant plus particulièrement l'attention des observateurs sur l'examen de ce point, savoir : si les ictères que l'on observe habituellement sont simples, idiopathiques, dénués de toute complication et de tout rapport avec une autre affection ; ou si, au contraire, ils doivent être considérés comme liés à un état gastro-intestinal antécédent, ou tout au moins coïncidant et rattachés à une constitution catarrhale générale. Nous appellerons également leur attention sur le fait de coïncidence de troubles cardiaques, signalé par M. le professeur Sée, et dont nous avons dit un mot dans notre dernière Revue.

D'un nouveau mode de traitement des fractures du maxillaire inférieur siégeant au niveau de la symphise ou dans son voisinage.

L'existence des solutions de continuité du maxillaire siégeant sur la symphyse est aujourd'hui chose admise; mais si la réalité de ces fractures est incontestable, leur mode de traitement n'est point encore aussi bien établi. Voici les considérations et les faits cliniques que M. le docteur A. Dubrueil nous transmet sur ce sujet.

Lorsque la fracture n'a aucune tendance au déplacement, tous les appareils réussissent ; mais lorsque se produisent ce chevauchement et cet écartement prononcés surtout à la partie supérieure qui ont été signalés par Malgaigne, le peu d'efficacité des appareils usités pour les fractures du maxillaire est chose notoire, et c'est pour des cas analogues que l'on recourt à la suture osseuse que mon excellent collègue Polaillon a récemment appliquée avec succès à un malade de la Pitié.

Or, bien que l'expérience n'ait pas encore montré des dangers inhérents à la perforation et à la suture des fragments du maxillaire, on peut, je crois, sans être pessimiste, prévoir que, si ces sutures se multipliaient, on les verrait de temps à autre donner lieu à des accidents.

Perforer un os, y laisser à demeure un corps étranger ne doit pas être chose toujours inoffensive quand on pratique dans les hôpitaux de Paris.

Il est, ce me semble, possible dans un certain nombre de cas où il n'y a pas de fractures multiples, et alors que les appareils ordinaires sont impuissants à retenir les fragments dans des rapports normaux, il est, dis-je, possible de se dispenser de la suture en employant des moyens d'un autre ordre à coup sûr inoffensifs.

Si les appareils de Houzelot, de Morel-Lavallée, etc., ne maintiennent pas d'une façon exacte les fragments dans les fractures verticales ou presque verticales siégeant sur la symphyse ou dans son voisinage, c'est que la résultante des pressions qu'ils exercent est en somme parallèle à la fracture. Les pressions peuvent bien ramener les fragments au même niveau, c'est-à-dire combattre le déplacement vertical, mais non l'écartement transversal.

Ces appareils ne peuvent, en un mot, maintenir les fragments dans une position telle qu'ils exercent l'un sur l'autre cette pression réciproque qu'Astley Cooper considérait avec raison

comme une des conditions nécessaires d'une bonne consolidation.

C'est alors que se présente la suture osseuse; mais on peut, je crois, s'en passer à l'aide d'un appareil remplissant la condition que j'ai signalée d'exercer sur chaque fragment une pression transversale de dehors en dedans.

Voici l'appareil que j'ai fait fabriquer dans ce but par un simple serrurier. Il se compose de deux lames de fer flexibles, larges d'un centimètre et demi, et qui doivent s'adapter sur la tête du malade. L'une, destinée à fixer l'appareil, va du front à l'occiput, en passant sur la voûte crânienne. L'autre, à angle droit, sur la première, avec laquelle elle se réunit au niveau du vertex, passe de chaque côté sur les pariétaux, les fosses temporales, sur les joues, et au niveau de la région sous-hyoïdienne, sur la ligne médiane; les deux extrémités de cette lame se réunissent l'une à l'autre au moyen d'une vis qui permet de les rapprocher plus ou moins.

A la hauteur des branches de la mâchoire, et de chaque côté, la lame latérale porte une plaque elliptique et légèrement excavée, également en fer et destinée à s'appliquer sur la branche du maxillaire, que l'on a soin de recouvrir de ouate ou de linge fin pour éviter une pression trop rude.

Il est facile de comprendre le mécanisme de cet appareil.

Pour l'appliquer, on enlève la vis et on écarte les deux extrémités de la lame transversale.

Lorsqu'il est en place et qu'on a interposé de la ouate et des compresses entre les plaques et les branches du maxillaire, on remet la vis et on la serre jusqu'à ce que la pression soit suffisante pour maintenir les fragments très-exactement rapprochés.

C'est grâce à cet appareil que j'ai pu maintenir, exactement réduite, et conduire à parfaite consolidation une fracture siégeant sur la symphyse que j'ai eue à traiter, il y a un an et demi, à l'hôpital Beaujon, et pour laquelle j'avais vainement essayé les méhodes généralement en usage.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉCLAMPSIE *POST PARTUM* (1)

Par M. le docteur Verrier (de Villers).

Le 7 août 1868, Mme de B..., d'un tempérament lymphatique, d'une stature petite, et âgée d'environ 36 ans, accouche pour la deuxième fois à dix heures et demie du matin. Sa grossesse n'a rien présenté de particulier; la durée du travail a été normale, et l'enfant, de volume ordinaire, est venu en présentation du sommet, sans aucune complication; délivrance naturelle. Tel avait été aussi son premier accouchement, dix années auparavant.

Une première attaque d'éclampsie, pour laquelle on m'envoie chercher à la hâte, a lieu à six heures et demie du soir.

Aucune cause ne paraît l'avoir provoquée, c'est à peine si la céphalalgie prodromique a été remarquée.

Aussi, n'ayant pu être témoin de cet accès si imprévu, étais-je tenté de taxer le mari d'exagération, bien qu'il me fit assez exactement la description de cette terrible névrose.

Je ne tardai pas, toutefois, à assister à une seconde attaque survenue à huit heures et demie, et deux heures après à une troisième.

Cette fois, il n'y avait plus à douter, c'était bien cette horrible grimace qui m'avait frappé tant de fois; c'étaient bien ces convulsions tour à tour toniques et cloniques, cette main fermée comme menaçante, ces bras ramenés près du corps, puis les mêmes membres pris de mouvements désordonnés et rapides, cette contraction des masséters, cette respiration précipitée et sifflante, cette écume sanguinolente s'échappant de la bouche, tout, jusqu'à cette face congestionnée et livide, rien n'y manquait, nous avions devant nous une attaque sérieuse d'éclampsie *post partum*.

Dès le deuxième accès, arrivé sous mes yeux, je fis immédiatement placer 12 sangsues aux apophyses mastoïdes. J'ai dit que le tempérament de la femme était lymphatiq e, il ne me permettait donc guère d'employer plus largement les antiphlogistiques. J'y ajoutai un lavement fortement purgatif et des sinapismes sur les membres inférieurs.

Ce traitement classique n'empêcha pas la troisième attaque de se produire, et cette fois je recourus sans hésiter aux inhalations du chloroforme.

Il n'entre pas dans mes intentions de parler aujourd'hui du traitement de l'éclampsie et de l'utilité du chloroforme reconnue assez généralement aujourd'hui.

Ce qui fut de toute évidence pour moi, pour la garde et pour le mari présent, c'est que l'accès fut beaucoup plus court que les deux précédents, et, de plus, c'est qu'étant retourné chez moi, je ne fus rappelé qu'à quatre heures un quart du matin pour une quatrième attaque. Il y avait donc eu six heures d'intervalle cette fois entre les deux accès. A partir de ce moment, et pour les deux attaques suivantes qui survinrent à 5 h. 10' et à 5 heures 40', je n'employai plus que le chloroforme, et chaque fois j'abrégeai considérablement la longueur des accès.

Obligé de m'absenter, j'expliquai au mari, très-intelligent d'ailleurs et gendre d'un des directeurs de nos grands hôpitaux, comment il devait employer le chloroforme en mon absence.

Simpson ne laisse-t-il pas au mari, et quelquefois à une garde, le soin d'endormir les femmes qu'il accouche? (Voir Courty : *Excursion chirurgicale en Angleterre.*)

Le pouls d'ailleurs était calme et bon à 72. Le système nerveux était toutefois encore tendu, les yeux fixes, les pupilles contractées.

M. B..., armé du flacon qui contenait le précieux anesthésique, eut à réprimer trois nouveaux accès survenus le 8 août, à huit heures et demie, à 10 heures et demie et à 11 heures et demie.

Un nouveau lavement purgatif, qui avait été donné à titre d'adjuvant, fut rendu à midi. Je fis, à mon arrivée, donner à la malade tous les soins de propreté que réclamait son état, et un calme relatif s'établit dans sa situation.

L'état comateux qui suit chaque accès semblait se dissiper un peu. Les pieds et les jambes, qui avaient été œdématiés, se dégonflaient sensiblement; les urines n'étaient que légèrement albumineuses. Toutefois il fallait, pour se les procurer, pratiquer le cathétérisme; il y avait une paralysie du sphincter vésical. Nous en obtinmes ainsi une grande quantité.

Je commençai à donner à la malade quelques bouillons; cependant une dixième attaque, très-forte cette fois, survint à sept heures un quart du soir, et, vers dix heures, l'*aura* précurseur d'une attaque nouvelle, qui fut heureusement la dernière, s'arrêta brusquement par une inspiration rapide et presque brutale du chloroforme.

A partir de onze heures, la malade fut très-calme.

Le 9 août, le calme continue, Mme B... dort sans agitation. A son réveil, elle reconnaît les personnes qui l'entourent. Le pouls est à 68. L'œil bon, les muscles détendus, la malade sourit. Il y bien encore quelques bâillements et quelques rires sans motifs, mais les lochies suspendues ont repris leur cours; elles sont séreuses, et l'on sait que la reprise de l'écoulement lochial est d'un pronostic favorable.

Bouillon à volonté, vin de quinquina.

Le 10 août, la malade a uriné seule; elle est en pleine connaissance, raisonne bien, ne rit plus sans motif; la peau est chaude, l pouls à 84. Le ventre est souple; les jambes tout à fait dégonflées et normales; les lochies bonnes.

L'urine conserve à l'acide nitrique un léger nuage albumineux;

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Du 10 au 13 août, le mieux continue, l'urine est parfaitement pure.

Cependant la malade conserve des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Elle croit être enflée et craint de faire enfler les autres. Elle voit les personnes en raccourci ; la maison en face, comme celle de l'ivrogne de Béranger, oscille, le plafond s'écroule. Quelques jours auparavant elle avait cru voir en face d'elle un incendie considérable.

Le 13 août, la raison est tout à fait revenue. La malade a conscience des hallucinations qui l'ont obsédée. Il lui reste cependant une perte de la mémoire, au point qu'elle a même oublié son accouchement.

Les lochies sont odorantes.

Injections vaginales d'alcoolé de guaco.

La céphalalgie persiste encore.

Compresses d'eau sédative coupée par moitié d'eau.

Régime : potage, œuf à la coque, eau vineuse.

A partir du 14, Mme B... entre en pleine convalescence, elle mange une côtelette.

Depuis, elle n'a cessé de jouir d'une bonne santé.

L'enfant va parfaitement bien ; c'est une belle fille, qui a aujourd'hui trois ans et quatre mois.

Que dirons-nous maintenant du fait observé par M. Baudelocque 45 jours après l'accouchement ? de ceux de Scomp et d'Alcantara, l'un 23 et l'autre 33 jours après la délivrance ? Joulin doute que ces convulsions soient des manifestations de l'éclampsie. Pour cet auteur distingué, la cause unique de l'éclampsie réside dans l'albuminurie et l'intoxication urémique. Cette étiologie, qui explique jusqu'à un certain point les attaques d'éclampsie *post partum* quand elles ne surviennent pas très-loin de la délivrance, ne saurait s'appliquer aux cas dans lesquels les recherches les plus sévères n'ont pu faire découvrir aucune trace d'albuminurie chez des malades qui ont eu des attaques, avant comme après l'accouchement, parfaitement caractérisées.

Mon explication, au contraire, satisfait l'esprit le plus scrutateur en plaçant, sous l'influence de la puerpéralité, tout accès d'éclampsie survenant jusqu'au retour des couches, en dehors de l'existence de l'albuminurie ou de toute autre cause prédisposante sous la simple influence d'une émotion morale jouant le rôle de cause déterminante, et même en l'absence de cette cause.

Dans un article prochain, je me propose d'examiner les indications thérapeutiques de l'éclampsie.

Déjà M. Hérard, médecin de la Lariboisière, a envisagé cette question importante avec le talent qui le caractérise, dans l'*Union médicale*. Nous tenterons d'apporter quelque lumière dans le traitement préventif et curatif de l'éclampsie ; et nous discuterons longuement ce que l'on appelle le traitement obstétrical préventif de cette redoutable maladie, en tenant compte de l'opinion des auteurs les plus accrédités et de l'influence de la puerpéralité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1872. — Présidence de M. H. Blot.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin de thérapeutique*; — les *Archives de médecine* (numéro de février); — le *Montpellier médical*; — le *Lyon médical*; — *Bulletin de la Société de médecine du département de la Sarthe.*

— *Des fractures des os maxillaires supérieurs*, par le docteur Louis Thomas, membre correspondant.

— *Note sur les avantages et la description d'un nouveau procédé opératoire applicable à toutes les amputations des membres*, par le docteur Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant.

M. le Président donne lecture d'une lettre de M. le docteur Ledentu, qui se porte candidat à la place vacante de membre titulaire. A cette occasion, il rappelle que, d'après le règlement, les lettres de candidature doivent être adressées à la Société avant la nomination de la commission chargée de l'examen des titres de candidat à la place de membre titulaire.

La Société, appelée à se prononcer à cet égard, décide qu'il y a lieu d'observer le règlement. La candidature de M. Ledentu sera reportée pour la première déclaration de vacance.

M. Davat (d'Aix), membre correspondant, assiste à la séance.

M. Trélat donne lecture d'une lettre adressée à la Société par le docteur Deshayes, relative à un cas d'*infection purulente, suite de phlébite* par compression.

Voici le fait résumé : Un malade, âgé de 37 ans, était entré dans le service de M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, pour une douleur dans l'articulation de l'épaule gauche et une douleur à la région parotidienne droite ; il avait, en outre, une forte fièvre. La maladie a été prise d'abord pour un rhumatisme articulaire. Le délire survint, et la mort arriva cinq jours après l'apparition d'une douleur dans le genou gauche.

A l'autopsie, on trouva du pus franc dans les deux articulations du genou et dans l'articulation scapulo-humérale gauche. Il s'agissait d'une infection purulente, avec abcès métastatiques articulaires. Mais il n'y avait aucune autre lésion des viscères. Restait à trouver l'origine de l'infection purulente. La veine jugulaire, examinée, présentait un caillot, long de 5 à 6 centimètres, adhérent à la paroi interne du vaisseau, caractère certain d'une phlébite déjà ancienne.

L'auteur pense que la veine a été comprimée dans une rixe dont on a eu la connaissance certaine après la mort du malade.

LECTURES

Projet d'un hôpital sur la Seine. — M. Rochard lit un travail sur ce sujet. (Renvoyé à une commission composée de MM. Larrey, Perrin, Chassaignac.)

Ovariotomie. — Deux nouvelles opérations d'ovariotomie, suivies de guérison. — M. Panas. — L'année dernière, j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie deux opérations d'ovariotomie, que j'ai pratiquées à l'hôpital Saint-Louis. Aujourd'hui, je viens apporter deux nouveaux faits, ce qui porte à quatre le nombre des malades opérées par moi à cet hôpital. Sur ce chiffre, on compte trois guérisons et une mort, et si cette proportion pouvait se maintenir, nous n'aurions certes rien à envier aux statistiques les plus heureuses, publiées tant en France qu'à l'étranger. Malheureusement le chiffre en est encore insuffisant.

Du reste, pour mieux apprécier les résultats, je compte numéroter les observations que j'aurai l'honneur de vous communiquer intégralement.

Obs. III. — Adèle D..., fille L..., 30 ans, piqueuse de bottines, habitant Paris-Belleville, née dans l'Eure-et-Loir. Réglée à 14 ans, mariée à 21 ans, elle a deux enfants, dont l'un meurt à 6 ans et demi ; l'autre, chétif et scrofuleux, est âgée de 7 ans.

La malade jouissait antérieurement d'une parfaite santé : jamais elle n'a subi de maladie, soit avant, soit après son mariage.

Elle n'accuse pas de fausse couche ; ses règles, bien qu'arrivant à époque fixe, sont un peu diminuées depuis son dernier accouchement.

Il y a dix-huit mois, quelques douleurs siégeant dans l'hypochondre droit attirèrent l'attention et firent découvrir une tumeur globuleuse.

Cette tumeur, peu sensible à la pression, se développe assez rapidement de bas en haut, sans gêner en rien les occupations de la malade.

Au mois d'octobre 1870, la tumeur est déjà assez volumineuse pour faire croire à une grossesse datant de six mois.

A partir de cette époque, on ne se méprend plus sur la nature de l'affection; les douleurs sont fréquentes et assez vives.

Trois à quatre fois, après une longue marche, la compresion de la vessie a déterminé une rétention d'urine, qui n'a pu être évacuée qu'à l'aide de la sonde.

Souffrante et amaigrie, la malade se décide à entrer dans le service de M. Guérin le 9 février 1871; elle en sort le 25 avril, décidée à se faire opérer plus tard.

Son ventre mesurait alors un mètre de circonférence.

Les douleurs, la gêne dans la marche, l'augmentation de volume de la tumeur, amènent de nouveau la malade à l'hôpital Saint-Louis, où elle entre dans le service de M. Panas le 2 octobre 1871,

Etat actuel. — Femme de bonne constitution. Abdomen volumineux, mesurant 1 m. 13 de circonférence. Tumeur déjetée à gauche.

Bruit de cuir neuf en pressant sur les parois. Matité complète, excepté en arrière et vers les fosses iliaques.

Ombilic effacé.

Col de l'utérus remonté et déjeté à gauche.

6 octobre. — Douleurs très-vives, durant depuis deux jours; elles paraissent dues à la distension de la tumeur, car une ponction soulage la malade.

La ponction, faite avec un trocart capillaire, donne issue à 300 grammes d'un liquide colloïde filant.

L'examen microscopique, dû à l'obligeance de M. Quinquaud, donne les résultats suivants :

1° Assez nombreux petits éléments granuleux de 7 à 8 millim. : ce sont des leucocytes devenus granulo-graisseux.

2° Cellules épithéliales polyédriques, plus ou moins déformées, démontrant que sur les parois il a existé de l'épithélium.

3° Quelques globules de mucus.

4° L'acide acétique coagule la matière filante; mais histologiquement on trouve à peine quelques fibrilles; le reste est un composé finement grenu.

L'acide acétique ne change pas la coloration du liquide.

L'alcool précipite une matière à flocons granuleux; au bout de deux heures, le tout se dissout dans une eau à 35°.

En résumé, il s'agit d'un liquide composé surtout de *matières albuminoïdes*, et non d'un liquide *purulent* proprement dit.

8 octobre. — L'opération avait été décidée pour ce jour; les règles, qui sont survenues, la font remettre au 17 octobre.

L'opération fut pratiquée le 17 octobre, comme il suit :

Chloroformisation jusqu'à résolution complète du système musculaire volontaire.

Incision sur la ligne médiane depuis le pubis jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, comprenant toutes les couches et le péritoine, qui fut incisé à même, sans sonde cannelée. Pas un vaisseau n'a été ouvert, et l'on arrive ainsi à la surface du kyste, qui est immédiatement ponctionné.

Trois grands kystes sont ouverts successivement, laissant écouler plusieurs litres d'un liquide jaunâtre; mais, quoique réduite des deux tiers de son volume, la tumeur ne montre aucune tendance à se porter au dehors, ce qui s'explique par la consistance charnue du restant de la tumeur, et surtout par son adhérence que nous allons décrire en détail.

Il s'agit ici d'un kyste proliférant développé aux dépens de l'ovaire droit, et qui, en refoulant les deux feuillets du ligament large correspondant, a rempli de sa masse toute l'excavation pelvienne, ainsi que la fosse iliaque droite.

L'utérus et la vessie, refoulés à gauche, sont directement appliqués sur la tumeur, de sorte qu'il n'y a point de pédicule entre celle-ci et l'utérus, et que, pour l'en détacher, il nous a fallu raser en quelque sorte le bord latéral de cet organe.

Du côté externe ou iliaque, la tumeur, intimement adhérente à la fosse iliaque, recevait l'artère et la veine ovarique contenues dans une espèce de repli du péritoine.

Ainsi enclavée, la tumeur se montrait immobile, et de plus elle offrait une adhérence avec le pavillon de la trompe du côté opposé et aussi avec l'épiploon.

Voici ce que nous fîmes pour la mobiliser :

Un double fil très-fort est passé au ras du bord latéral de l'utérus, entre celui-ci et le kyste, puis, en serrant isolément les deux anses de fil en haut et en bas, on parvient à pédiculiser la tumeur de ce côté.

On détache ensuite de la surface de la tumeur les adhérences épiploïques et la trompe gauche, dont le pavillon, adhérent à la masse, a dû être retranché, le tout non sans peine, et après avoir appliqué plusieurs ligatures préalables, à l'effet d'éviter tout épanchement de sang dans le péritoine.

Ce temps de l'opération terminé, la masse tenait solidement au bassin, et, pour l'en détacher, il nous a fallu l'arracher du tissu cellulaire sous-péritonéal et inciser le péritoine à l'endroit des vaisseaux ovariques, après y avoir appliqué une forte ligature.

On conçoit ce que toutes ces manœuvres ont dû exiger de temps et de persévérance, mais enfin la totalité de la masse a pu être ainsi enlevée; et l'opération, qui avait déjà duré plus d'une heure et demie, fut menée à bonne fin.

Quelques particularités propres à ce cas méritent d'être notées ici :

D'abord, une adhérence épiploïque assez large, qui nécessite l'application de diverses ligatures, lesquelles furent réduites à deux, vers la fin de l'opération, grâce à l'arrêt spontané du cours du sang dans les plus petits des vaisseaux épiploïques liés temporairement.

Un autre détail sur lequel nous avons déjà insisté, c'est l'absence de pédicule utérin. Il en est résulté que l'utérus, augmenté de volume, comme nous l'avons presque toujours rencontré jusqu'ici dans nos opérations d'ovariotomie, était fixé par le clamp tout contre les lèvres de la plaie abdominale, au point de rendre quelque peu difficile le rapprochement de celle-ci.

Une dernière remarque, plus importante que les précédentes, consiste dans le fait de l'infiltration sanguine du repli péritonéal contenant l'artère et la veine ovarienne. Le tissu cellulaire sous-péritonéal, infiltré de sang en ce point, représentait, en effet, à s'y méprendre, une anse intestinale; aussi avons-nous hésité pendant quelque temps à le couper, et ce ne fut qu'à l'aide d'investigations patientes que nous avons pu nous assurer que l'intestin n'était point en cause.

C'est là, on le voit, une de ces mille petites difficultés qui rendent l'opération de l'ovariotomie assez délicate, et les observateurs rendraient un véritable service en signalant, pour chaque cas, tout ce qui a pu leur créer des difficultés opératoires.

La tumeur enlevée comme il a été dit, nous procédâmes à la toilette du péritoine; puis, l'abdomen fut refermé à l'aide de six points de suture métallique profonds, comprenant le péritoine, et par autant de points de suture entortillée superficiels. Pour tout pansement, on a appliqué du perchlorure de fer sur le pédicule, maintenu audessus par le clamp, et du collodion sur la plaie, qui fut en outre recouverte de ouate et d'un bandage de corps.

Voici maintenant quelles en ont été les suites :

Le premier jour, pouls à 140; respiration, 46; température vaginale, 39; grande prostration, quelques nausées, mais point de vomissements; la malade prend un bouillon.

Le 18, elle a vomi abondamment la nuit; même état du pouls et de la respiration que la veille; faciès meilleur; les forces renaissent, aussi la malade, satisfaite de son état, retrouve le sourire qui lui est habituel. La température vaginale marque 39; il y a deux mictions spontanées, mais pas de selles.

Même état jusqu'au 22, où le pouls descend à 90, la respiration à

22 et la température vaginale à 38 1/5. La malade, qui avait eu un peu de diarrhée, va à la selle naturellement. On enlève l'épingle la plus inférieure, qui commence à couper la peau. Comme le ventre est un peu ballonné, on prescrit des frictions mercurielles belladonées et un cataplasme sur le ventre. La malade mange de bon appétit.

Le 23, la nuit a été agitée, la diarrhée a reparu. On ajoute à la prescription de la veille vingt gouttes de laudanum prises dans du vin.

Le 24, pas de diarrhée; on enlève une autre épingle. Le clamp tombe. Même bon état du pouls et de la respiration; la température se maintient toujours à 38 1/5.

Le 26, toutes les épingles sont enlevées, en laissant en place les points de suture métallique profonds. Le pédicule bourgeonne parfaitement.

Le 29, la malade, qui mange plus que ne le comportent ses forces, vomit un peu de bile, et a une selle liquide ainsi que quelques douleurs abdominales; aussi le pouls monte à 100 et la température à 39.

Le 30, encore quelques vomissements alimentaires. Soif, inappétence, douleurs abdominales, rougeurs au bas de la plaie.

Le 1er novembre, on vide, en pressant la plaie, du pus crémeux qui semble accumulé dans la profondeur de la plaie et du côté droit.

Le 11 novembre, son état général s'améliore; le pouls, la respiration et la température redeviennent normaux.

Le 14 novembre, deux fils de suture sont enlevés, ce qui provoque une petite poussée érysipélatoïde autour de la plaie, avec inappétence et léger mouvement fébrile.

Le 20, tous les fils d'argent sont enlevés. L'état général est excellent, la plaie se cicatrise partout.

Le 24 novembre, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Réflexions. — Bien que le rétablissement se soit fait attendre, il est à noter que les accidents qui l'ont retardé ne dépendaient pas directement de l'opération, mais de complications en quelque sorte collatérales, telles qu'indigestion, abcès de la paroi ventrale et diarrhée.

A certains moments, le résultat de l'opération pouvait paraître compromis; mais la température vaginale, qui n'a jamais dépassé 39 et est restée la plupart du temps à 38 et 38 15, nous donnait les plus grandes espérances pour la guérison, et cela, comme on le voit, à juste raison.

Le liquide contenu dans le kyste était filant. Quant à la portion solide de celui-ci, elle formait à peu près le tiers de la masse.

La seconde malade m'a été adressée par notre collègue M. Boinet, qui a bien voulu m'assister à l'opération. Notre collègue M. Alphonse Guérin, dont le concours m'a été précieux dans les trois opérations que je vous ai communiquées précédemment, a bien voulu être présent à celle-ci.

(Sera continué.)

TABLETTES

DU MÉDECIN-LÉGISTE.

Jury des loyers. Médecin. Trouble dans la jouissance. — La décision du jury des loyers qui accorde une réduction de loyers à un médecin, alléguant qu'il a éprouvé un trouble dans la jouissance des lieux loués, et qui se fonde sur ce que les allégations de celui-ci sont justifiées, ne contient pas d'excès de pouvoir et échappe à la censure de la Cour de cassation.

C. de cassation, ch. civ., 13 février 1872. — Cf. *Le Droit*, 14 février 1872.

SOUSCRIPTION NATIONALE

POUR LA LIBÉRATION DU TERRITOIRE

M. le Dr Boireau, à Conflans-Sainte-Honorine..	5 fr.
Listes précédentes..................................	30 fr.
Total................	35 fr.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur le directeur,

Le mode d'articulation du genou, applicable aux jambes artificielles, signalé par M. Léon Lefort, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 courant, n'est pas une disposition nouvelle.

Elle est dans, l'ensemble comme dans les détails, l'exacte reproduction de ce qui se pratiquait il y a déjà trente-deux ans chez Ferdinand Martin et de ce qui s'est pratiqué couramment depuis. Je fournirais, au besoin, des preuves multipliées de cette assertion.

Je vous prie, monsieur le directeur, dans un intérêt de justice et de vérité, d'insérer la présente réclamation dans votre prochain numéro. *Suum cuique.*

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma parfaite considération.

Grandcollot.

8 février 1872.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

11. Mangenot. Quelques considérations sur les fractures longitudinales.
12. Vacherie. Des abcès de la bourse trochantérienne sous-aponévrotique.
13. Audet. Un aperçu clinique de la granulie.
14. Fluteau (Philippe). Quelques considérations sur les fractures de la diaphyse des os longs du membre inférieur.
15. Roussie. Quelques considérations sur les fractures des côtes et leurs complications.
16. Chupin. Des déviations rachitiques de la colonne vertébrale et de la gêne qu'elles produisent dans la respiration et la circulation.
17. Pilet. De la thoracenthèse hâtive.
18. Dubois. Des plaies par projectiles de guerre de l'articulation du coude et de leur traitement.
19. Bailly. Des paralysies consécutives à quelques maladies aiguës.
20. Blot. Considérations sur l'ampliation morbide de l'estomac et son traitement par la pompe stomacale.
21. Lafitte. Des kystes des parties molles de la jambe.
22. Julié. Étude critique et clinique des maladies vénériennes.
23. Chassaniol. De la clinique sèche dans les pays chauds.
24. Béliard. Considérations hygiéniques sur la population ouvrière des forges de la marine dans le département de la Nièvre. Déductions pathologiques.

25. Leboucher. De l'empoisonnement aigu par le phosphore.
26. Weber. Des conditions de l'élévation de la température dans la fièvre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine vient de perdre un de ses professeurs dont le caractère était le plus justement estimé. M. Laugier, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, a succombé hier à la suite d'une courte maladie.

— *Hôpitaux de Marseille.* M. le docteur Seux père est nommé médecin consultant des hôpitaux.

M. le docteur Bouisson est nommé médecin en chef du service des hôpitaux.

— *Les balles explosibles.* — Le *Vochenblatl*, de Berlin, déclare officiellement que l'infanterie prussienne se servait autrefois de balles explosibles, mais seulement pour incendir les voitures, les affûts et les maisons isolées. Ces projectiles auraient été complétement abandonnés après la convention de Saint-Pétersbourg.

Comment concilier cette déclaration avec la preuve matérielle qui existe entre les mains du commandant Thomas, des mobiles de l'Ardèche ?

— Le lundi 19 février 1872 et les jours suivants, à 7 heures 1/2 du soir, aura lieu, 28, rue des Bons-Enfants, salle n° 1, la vente de la bibliothèque de M. Danyau.

— Par suite de décès, la commune de Gomont (Ardennes) est privée de médecin. Cette commune est entourée de sept villages à desservir. La population est de 4,500 âmes. Pays agricole, riche. — Pour tout renseignement, s'adresser à Mme Le Brun, à Gomont, par Château-Porcien (Ardennes).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Essai de statistique médicale, suivi d'observations médico-chirurgicales sur les ambulances d'Angoulême en 1870-71, par de ROCHEBRUNE, interne des hôpitaux. Paris, 1871, in-4° de 50 pages avec tableaux. — Prix : 4 francs.

L'Année scientifique et industrielle, par M. LOUIS FIGUIER (quinzième année). 1 vol. in-18. — Prix : 3 fr. 50.

L'auteur a réuni dans ce volume les travaux de la science et de l'industrie qui se rapportent aux deux années 1870 et 1871, ainsi que les questions de science appliquée à l'art de la guerre, qui ont été étudiées pendant l'invasion et le siége de Paris.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 21. — MARDI 20 FÉVRIER 1872 45e ANNÉE MARDI 20 FÉVRIER 1872. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — HOSPICE DE BICÊTRE. Traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. Avantages et inconvénients de cette médication. Conditions du succès (M. Legrand du Saulle). — Contusion de la région orbitaire ; fracture de l'os unguis ; emphysème (M. Meusnier, de Longeais). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Correspondance. — Nouvelles.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. — Avantages et inconvénients de cette médication. — Conditions du succès.

Résultats obtenus dans 207 cas.

Dans un mémoire publié en 1868 dans la *Gazette des Hôpitaux*, j'ai établi qu'il était souvent possible d'obtenir la suspension très-prolongée de tout accident épileptique ; qu'il était d'une importance considérable, au point de vue du pronostic, de rompre l'habitude convulsive, l'invasion d'un accès n'ayant souvent pas d'autre raison d'être que la préexistence d'accès antérieurs ; qu'un grand nombre de malades réputés incurables, autour desquels la société avait fait le vide, n'avait jamais suivi de traitement ; et qu'enfin, sans faire naître d'imprudentes illusions et sans autoriser de trop hâtives espérances, il me semblait absolument indispensable de faire appel, avec une insistance obstinée, au zèle attentif et au dévouement secourable du corps médical en faveur de la réhabilitation thérapeutique des épileptiques.

Soit que cet appel si convaincu ait été entendu, soit que la coupable indifférence qui accueillait l'épilepsie ait pris fin d'elle-même, toujours est-il que de toutes parts on s'est mis à l'œuvre et que les annales de la science enregistrent chaque jour les appréciations les plus élogieuses en l'honneur du bromure de potassium appliqué à la curabilité des névroses convulsives.

Quelques dissidences se sont produites relativement à la dose, à l'action physiologique et au mode d'administration du sel bromique, à la durée et à certains inconvénients du traitement, mais les conclusions des expérimentateurs n'en ont pas moins été généralement très-favorables. Toutefois, à côté de l'enthousiasme exagéré de quelques praticiens, qui livrent inconsidérément à la publicité des observations à peine écloses, c'est-à-dire des résultats incomplets ou partiels qui n'ont qu'une année de date et souvent moins encore, des mécomptes se sont fait jour. C'est ainsi que des médecins, insuffisamment renseignés sur les innombrables détails de la médication nouvelle, se sont montrés timides à l'excès et impuissants, ou impatients et audacieux jusqu'au péril : on a ouï parler alors de médicament inerte, d'agent infidèle, de rechutes fréquentes, d'anémie bromique et de phénomènes pathologiques divers du côté de la peau, de l'intelligence, de la sensibilité ou du mouvement.

Où donc habite la vérité ? Ni chez les admirateurs éblouis, ni chez les rares détracteurs. Je reconnais avec tout le monde que le bromure de potassium a littéralement escaladé le Capitole, mais je vais froidement examiner sur quelle base repose sa grande vogue. Dans une question purement scientifique, la parole ne doit appartenir qu'aux faits. Les caprices de la mode, si bien faits pour les futilités mondaines, n'ont rien à voir dans l'évolution lente, impartiale et sage des conquêtes de notre art.

Le bromure de potassium n'a point d'effets physiologiques vraiment fâcheux, lorsque ce sel est d'une irréprochable pureté chimique, et que son emploi est attentivement surveillé par un médecin, tous les quinze jours, par exemple. J'ai des malades qui en prennent une certaine dose — de *quatre* à *huit* grammes — tous les jours, et cela, depuis très-longtemps, et dont la santé est bien loin d'être altérée. On a eu raison sans doute de signaler la céphalalgie frontale, l'enchifrènement, le larmoiement, l'excitation gastrique, l'abattement des forces, l'engourdissement des mouvements, l'acné, l'abolition partielle de la sensibilité générale, l'indifférence, l'apathie, la somnolence, l'obtusion intellectuelle, la stupeur, l'augmentation sensible de l'appétit, la constipation et surtout l'amaigrissement ; mais ces effets ne se produisent que lorsque le médicament est d'une qualité douteuse, ou qu'il a été mal administré. Si l'on se place dans de bonnes conditions d'expérimentation, on ne tarde pas à reconnaître que le bromure de potassium peut devenir le pain quotidien du malade, et que, loin de déterminer de l'amaigrissement, il favorise plutôt l'embonpoint. Il faut que l'on sache bien cependant que, même avec le sel le plus pur, dès que l'on s'approche de la dose de *quatre* grammes par jour, la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge, de la base de la langue et de l'épiglotte, est considérablement diminuée ou abolie, et que le sens génital s'amortit sensiblement.

C'est également vers cette même dose que débute l'acné. Les phénomènes qui se passent du côté de la peau sont sans influence sur l'issue de la névrose, sans action significative sur le pronostic. On a cru pouvoir considérer l'intensité de l'éruption comme un indice favorable, mais je ne partage pas cette manière de voir. Dans quelques cas très-heureux, je n'ai eu aucune apparition cutanée. D'ailleurs, à un âge avancé de la vie, l'acné bromique se montre à peine ou manque tout à fait, même quand l'affection convulsive s'amende de la manière la plus notable.

En ville, et même dans quelques services des hôpitaux de Paris, le bromure de potassium n'est pas encore administré classiquement, et on arrive, par une progression croissante infiniment trop rapide, à fatiguer les malades et à déterminer chez eux des troubles gastriques, de l'hébétude et de l'adynamie. On a même parlé d'accidents sérieux survenus et observés dans l'une des salles de l'hôpital de la Pitié; mais comment, dans l'espèce, le médicament a-t-il été donné? On a débuté par la dose de *deux* grammes, et on a augmenté de *deux* grammes tous les cinq jours. Il s'est produit du bromisme, mais pouvait-il donc en être autrement?

A Bicêtre, ou en ville, je débute par *un* gramme *cinquante* centigrammes ou par *deux* grammes, et, selon les cas, j'augmente de *cinquante* centigrammes ou de *un* gramme tous les quinze jours ou tous les mois. Je gravis lentement les degrés de l'échelle thérapeutique. Ma moyenne chez les hommes oscille entre *six* et *neuf* grammes, mais il me faut de trois à six mois pour parvenir à ce que j'appellerai volontiers la dose *maximum* la plus habituelle. Un seul de mes malades a pris jusqu'à *quatorze* grammes *cinquante* centigrammes de bromure, mais au bout de vingt-six mois de traitement. Il tombait jadis plusieurs fois par jour, et, lorsque je l'ai perdu de vue, au moment de la guerre, il ne tombait plus du tout. Je suis toutefois obligé de convenir que ce malade avait sensiblement pâli.

On a dit que l'on n'obtenait aucun effet thérapeutique vraiment efficace à moins de *quatre* ou *cinq* grammes de bromure de potassium. Cette opinion est vraie et fausse à la fois. Elle est vraie si l'on n'expérimente le médicament que sur des hommes; mais elle est fausse s'il s'agit des femmes. J'ai obtenu une action très-marquée et certainement suffisante chez des jeunes filles et des femmes avec des doses de sel bromique qui oscillaient entre *trois* et *quatre* grammes et *demi*.

En réunissant les faits que j'ai observés, soit à Bicêtre, soit à l'ambulance Jenner (annexe de la Salpêtrière, 1870-1871), soit dans la pratique urbaine, j'arrive à un total de 207 épileptiques qui ont été soumis par moi à la médication bromurée. Le dépouillement de mes notes me fournit les chiffres suivants :

1° Suspension absolue de tout accident épileptique (point de vertiges, d'accès incomplets ou de grandes attaques pendant deux, trois et quatre ans)	17
2° Suspension également absolue de tout accident épileptique, mais pendant douze, quinze, dix-huit et vingt-deux mois seulement	28
3° Amélioration considérable (point d'accident épileptique pendant six, huit et dix mois).	33
4° Amélioration relative (rémissions d'une durée de deux à six mois ; disparition des grandes attaques, mais persistance de quelques vertiges de loin en loin ; retour partiel de la mémoire ; amendement appréciable de l'état mental ; cessation complète de l'incontinence nocturne d'urine, des morsures à la langue et de la céphalalgie).	19
5° Insuccès	110
	207

J'ai intentionnellement fait rentrer dans la catégorie si considérable des insuccès, un certain nombre de cas d'améliorations légères, mais peut-être passagères ; tous les cas récents sur lesquels je ne peux pas avoir encore d'opinion ; les malades en traitement dont j'ai brusquement perdu la trace depuis les derniers événements, et enfin une quinzaine d'épileptiques de la ville que la cherté du médicament et la durée nécessaire de la médication ont contraints à abandonner cette foi robuste et cette espérance convaincue que possède tout convulsif en voie d'amélioration. Comme il est poignant de songer que la classe nécessiteuse, si fréquemment en proie aux névroses, en soit réduite aujourd'hui à s'enfermer un temps très-long dans un hôpital ou à manquer, au dehors, du seul remède secourable! Par une amère dérision du sort, la réhabilitation de l'épileptique est incompatible avec la gêne matérielle et avec la vie libre! Le Montyon de l'épilepsie serait encore à trouver, n'était peut-être cette aventure, qui m'est très-récemment arrivée. Un médecin de l'étranger m'adresse et me recommande, dans les termes les plus chaleureux et les plus suppliants, un homme de 50 à 55 ans environ, qui m'expose la situation douloureuse de sa fille unique, âgée de 19 ans. « Faites, me dit-il, que ma fille n'ait point d'attaques pendant un an, et je construis à mes frais un hôpital pour les épileptiques. — Je ne prends jamais d'engagement, lui répondis-je, et il ne m'arrive jamais non plus de poser ou de subir des conditions ; mais si vous êtes sérieusement en position de faire ce que vous dites, j'accepte votre offre de grand cœur. Seulement, l'expérimentation durera d'abord dix-huit mois, et l'hôpital des épileptiques sera construit en France. » Le père de famille fut surpris, hésita, et, en proie à une visible émotion, il finit par répliquer : « L'une de vos conditions est bien terrible, car j'adore mon pays, mais je ne saurais trouver ridicule que vous aimassiez le vôtre! Je consens à tout. » Deux heures après, je recevais, sous le nom d'emprunt qui avait été convenu entre nous, la jeune fille, accompagnée de sa mère.

La proportion des cas heureux est sensiblement plus forte dans la clientèle privée que dans les services spéciaux de Bicêtre et de la Salpêtrière, et cela s'explique tout naturellement par les complications cérébrales que présentent à leur entrée dans nos salles la plupart des épileptiques. L'intelligence des malades de la ville étant presque toujours saine, les conditions d'expérimentation sont nécessairement plus favorables ; si bien que l'on peut affirmer, en thèse générale, que le médicament réussit d'autant mieux que le malade est plus intelligent et qu'il n'a que de grandes attaques.

Dans les cas encore si nombreux d'insuccès, lorsque le sel bromique n'éloigne pas manifestement les attaques, il abat du moins les secousses, les soubresauts, l'état nerveux, le délire maniaque et les impulsions des épileptiques. Il calme sans jamais exciter. Il peut également donner lieu à des transformations étranges dans le caractère. Une jeune femme n'a plus de crises épileptiques depuis vingt-huit mois, mais elle est devenue irritable, quinteuse, inabordable. Elle lit ou écrit pendant une très-grande partie de la nuit, et elle se lève à deux heures de l'après-midi! — Un militaire, à son retour de captivité en Prusse, trouve sa femme extrêmement améliorée, mais il déclare qu'elle est devenue tellement difficile à vivre, qu'il verrait reparaître les attaques convulsives sans déplaisir! — Certains autres épileptiques à grandes attaques vont très-bien et ne tombent plus du tout, mais, en revanche, ils sont tourmentés par de fréquents vertiges. On suspend le bromure de potassium : les vertiges disparaissent ; mais les grandes attaques reviennent, et ces alternatives-là se succèdent invariablement pendant plusieurs années.

(A suivre.)

CONTUSION DE LA RÉGION ORBITAIRE; FRACTURE DE L'OS UNGUIS; EMPHYSÈME

Par le docteur MEUSNIER (de Longeais).

Le nommé Ch...., dans une rixe de cabaret reçut, le 2 janvier, dans la région orbitaire, plusieurs coups dont il n'a pu, à cause de son état d'ivresse, reconnaître l'agent, mais qui, au dire des témoins, seraient des coups de talon de botte.

Le lendemain, la partie supérieure est tuméfiée; les paupières gauches sont gonflées et ecchymosées; l'œil droit disparaît complétement sous un gonflement énorme des paupières, dont la teinte ecchymotique peu prononcée ne serait pas en rapport avec un épanchement capable de produire une déformation pareille. En essayant de les réparer pour m'assurer de l'état de l'œil, elles rendent au doigt qui les presse une crépitation emphysémateuse des plus évidentes.

Sans nul doute, avec la suffusion sanguine du tissu cellulaire coexiste une infiltration gazeuse bien plus considérable.

L'effort pour se moucher détermine dans les paupières droites un soulèvement très-marqué; ce mouvement d'expansion commence visiblement à l'angle interne de l'œil.

Latéralement, la tumeur emphysémateuse se continue par une infiltration en nappe, qui occupe les régions temporale et pariétale droites, sans qu'aucun mouvement expansif y indique le passage d'une nouvelle quantité d'air sous l'influence d'un effort.

En bas, le sillon palpébro-génien est la limite de l'épanchement gazeux; la joue est à peine tuméfiée et ne donne en aucun point la sensation emphysémateuse.

L'œil, dans l'exploration très-difficile, partant incomplète, que j'ai pu en faire, est projeté en avant; et l'exorbitisme, s'ajoutant à la tuméfaction intrinsèque des paupières, en exagère encore les apparences; ecchymoses sous-conjonctivales; en dehors et en haut, bourrelet conjonctival, qui présente l'apparence d'un chémosis séreux; quel en est le contenu? liquide ou gazeux, il m'a été impossible de le constater. Ces dernières lésions conjonctivales n'ont pu être examinées que le quatrième jour, après la diminution de l'épanchement.

Point d'ecchymose palatine; l'examen minutieux du maxillaire supérieur permet de constater son intégrité parfaite et l'absence de douleur dans les parties accessibles à l'exploration; absence de douleur et d'emphysème sur le trajet de la branche montante de cet os.

Le cinquième jour de l'accident, le gonflement avait beaucoup diminué; la crépitation était plus rare, moins diffuse; le huitième jour, il n'en existait plus de traces; quelques ecchymoses se voyaient encore en voie de disparition.

Ainsi s'est présenté cet exemple de fracture du squelette de la fosse nasale, sans qu'il m'ait été possible d'en préciser anatomiquement le siége.

La fracture du maxillaire supérieur me semble devoir être mise hors de cause par l'absence des symptômes dont elle s'accompagne: douleur à la pression, ecchymose palatine. Seule, la face orbitaire de cet os pourrait être considérée comme le siége possible de la lésion.

Reconnaissons cependant que sa profondeur, sa direction, en la rendant peu accessible à l'action d'un corps contondant volumineux, rendent impossible dans l'espèce la fracture par cause directe, et que, pour se produire par contre-coup, la fracture aurait exigé l'emploi d'une violence énorme, qui n'était justifiée ni par les renseignements ni par l'examen du malade.

Ainsi, par voie d'élimination, je suis amené à reconnaître, comme le plus légitime, le titre que j'ai cru devoir donner à cette observation : *Fracture de l'os unguis.*

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1872 (1). — Présidence de M. H. BLOT.

Ovariotomie. — Deux nouvelles opérations d'ovariotomie, suivies de guérison.

M. PANAS termine ainsi :

OBS. IV. — D..., Sophie, 42 ans, placière, rue Montorgueil, voit ses règles une fois à 11 ans 1[2.

De nouveau à 13 ans 1[2.

Mal réglée jusqu'à 18 ans.

Toujours bien réglée à dater de cette époque.

Mariée à 20 ans.

Deux enfants : le premier à 28 ans, le deuxième à 36 ans; ils vivent tous les deux et sont bien portants.

Jamais de fausses couches; accouchements faciles.

A la suite de la dernière couche, métrorrhagie durant six mois. Environ 1/4 de litre de sang rendu par jour.

C'est à dater de cette époque que la malade s'aperçoit d'une tumeur siégeant à gauche et dont le volume croît de jour en jour.

Aucune maladie antérieure, à part une fistule à l'anus, opérée par M. Nonat en 1859.

Durant deux ans, la tumeur ne cause aucune gêne, aucune douleur, et n'empêche point la malade de vaquer à ses occupations.

Les douleurs sont assez intenses en 1867 pour que la malade entre aux Cliniques, où Jarjavay porte le diagnostic de M. Nonat (tumeur fibreuse de l'utérus).

Prolapsus de l'utérus à travers la vulve, datant de la première couche.

La mère de la malade, atteinte probablement de la même affection, est morte, au dire de la malade, d'hydropisie à l'âge de 52 ans.

Les douleurs disparaissent après deux mois de séjour à l'hôpital.

De 1867 à 1869, la tumeur ne varie point et ne cause que quelques douleurs peu vives et passagères.

En 1869, elle augmente rapidement de volume, cause des douleurs plus internes et gêne énormément la marche.

Le 5 octobre 1871, la malade entre dans notre service, à l'hôpital Saint-Louis.

État actuel. — Tumeur déjetée à gauche. Abdomen volumineux et mesurant 86 centimètres.

Pas de frottements péritonéaux; pas de matité au niveau des hypochondres et des fosses iliaques. Fluctuation.

Le kyste paraît formé de deux grandes loges.

L'ovariotomie paraît décidée.

L'état moral de la malade est mauvais; elle a consulté une somnambule qui lui a annoncé une péritonite mortelle.

Opérée le 25 octobre.

Après incision des parois abdominales et la ponction du kyste, celui-ci sort en masse. Aucun vaisseau pariétal n'a été incisé. La malade fait des efforts, de sorte qu'il est assez difficile de maintenir les intestins dans la cavité abdominale.

Des flanelles trempées dans l'eau chaude sont employées à cet effet. On ponctionne le kyste, qui ne présente pas d'adhérences; une forte ligature est posée sur le pédicule, saisie ensuite par les branches du clamp.

Il est très-facile de nettoyer le péritoine, dans lequel ne s'est épanché ni sang ni liquide kystique.

Des sutures profondes de fils d'argent, comprenant la peau et le péritoine, plus des points de suture entortillée, au nombre de six pour chacune, permettent d'affronter exactement les lèvres de la solution de continuité de l'abdomen. Comme toujours, le clamp est ramené à l'angle inférieur de la plaie, qu'on badigeonne avec une couche de collodion.

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Coussinet de ouate et bandage de corps pour tout pansement.

L'opération n'a duré en tout que 20 minutes.

Le jour de l'opération, la malade se trouve bien. Elle a rendu le verre qu'elle a bu, mais le pouls ne dépasse pas 96. La température vaginale se maintient à 38° 3/10. Il n'y a que 24 respirations par minute, et le faciès est excellent.

Le lendemain 26, le pouls demeure à 90, la respiration à 20 et la température à 38°. Quelques nausées encore dans la nuit. La malade urine et prend du bouillon et du potage.

Le 27, la température n'est que de 37°, 3/10. Il y a une selle naturelle. Le ventre reste indolore et absolument plat. A peine quelques coliques.

Du 28 au 30, même bon état. Le clamp tombe, laissant à la place une petite plaie bourgeonnante. La réunion est immédiate sur toute la ligne de la suture.

Le 31, les règles apparaissent normales.

Du 1er au 3 novembre le pouls est à 80 ; la température, 37°, et il y a 20 respirations à la minute.

Le 3, on enlève les deux épingles les plus inférieures.

Le 5, onzième jour de l'opération, on enlève tous les points de suture, tant superficiels que profonds. La réunion de la plaie est parfaite, et la malade se trouve entièrement rétablie.

La malade reste à l'hôpital jusqu'au 6 décembre, d'où elle sort dans un état de santé florissant.

La dissection de la pièce enlevé ne manque pas d'intérêt.

Le kyste est formé par deux grandes poches séparées à l'aide d'une cloison très-épaisse. Au centre de cette cloison, existait un corps dur du volume d'un petit œuf, contenant une matière grasse chargée de cristaux de cholestérine, et qui, par sa consistance, rappelait l'encaustique ou une dissolution de cire jaune dans de l'essence de térébenthine. Au centre du corps dur en question et dans une loge à part existait un peloton de poils fins peu colorés enroulés sur eux-mêmes. Le liquide contenu dans les grandes poches était séreux, jaunâtre et légèrement filant.

En un mot, nous avons eu affaire ici à un kyste muqueux contenant à son centre un kyste dermoïde.

Notons en terminant que l'opération, qui a pour résultat de délivrer la malade de son kyste, la débarrassa en même temps de sa chute utérine remontant, comme il a été dit, à plusieurs années, et qui était assez prononcée pour la forcer de porter un appareil contentif de l'utérus.

M. BLOT. Les malades dont M. Panas vient de citer l'observation étaient ici à la dernière séance ; j'ai pu les examiner, et j'ai remarqué combien la cicatrice abdominale était solide.

M. GUÉNIOT. Je demanderai à M. Panas à quelles circonstances sont dus d'aussi bons résultats ? A-t-il employé un mode de suture spécial ?

M. PANAS. J'ai employé le mode de suture de M. Boinet, la suture profonde, comprenant largement le péritoine.

M. BOINET. Les cicatrices solides se rencontrent chez les femmes qui ont la paroi abdominale épaisse et chez lesquelles on fait la suture profonde en comprenant un centimètre du péritoine. Mais, même avec cette précaution, on a des cicatrices faibles chez les malades dont la paroi abdominale a été très-distendue et amincie. Dans ces cas, on a toujours une cicatrice peu résistante, et les malades sont obligées de porter des ceintures.

M. FORGET est frappé des résultats remarquables obtenus par M. Panas dans les hôpitaux et en particulier à Saint-Louis, où il y avait autrefois tant de pourriture d'hôpital. Il demande si c'est dans les salles mêmes que M. Panas a opéré ses malades.

M. PANAS. Les malades ont été opérés dans les chalets établis à Saint-Louis, d'après la méthode prussienne. Les femmes sont opérées dans des chalets à deux lits, mais un seul est occupé ; les malades sont pour ainsi dire comme en ville. Il n'y a pas jusqu'ici de succès obtenus dans les salles ordinaires des hôpitaux. Je me hâte de dire qu'on ne peut encore rien affirmer. Le nombre des faits que j'ai observés est trop restreint.

M. LEFORT. J'ai opéré à Cochin une malade qui a guéri ; il est vrai que je l'ai opérée dans la petite Maternité, dans une salle à part. Mais l'endroit n'était point sain ; car il y a en ce moment de la fièvre puerpérale. Cette malade, pendant la convalescence, a été apportée à l'hôpital Lariboisière, où la guérison s'est confirmée.

M. BLOT. On ne peut se prononcer sur les quatre faits, très-remarquables d'ailleurs, que nous a soumis M. Panas. Il faut suspendre notre jugement à cet égard.

M. BOINET. Si le rapport que j'ai lu ici, et dont l'importance a été votée, avait été public, nos collègues trouveraient des renseignements très-utiles. Je serais en outre, je le dis en passant, exonéré du reproche qui m'a été fait par les auteurs qui ont envoyé ici leurs observations, exonéré du reproche de m'être servi de leurs observations sans les citer. J'avais signalé les dix-neuf cas d'opération dans les hôpitaux, tous suivis de mort. A une époque même, on parlait de ne pas opérer à Paris. Cependant on est revenu de cette opinion ; on a opéré des malades dans tous les quartiers, on en a opéré dans des mansardes, et des succès ont été obtenus. J'ai fait des opérations dans des conditions diverses : 37 opérations sur 36 femmes, car j'ai fait une ovariotomie pour la seconde fois sur la même malade ; j'ai eu 26 succès.

M. GIRALDÈS. Tout en tenant compte des milieux plus favorables où les chirurgiens se placent pour opérer, il ne faut pas méconnaître que notre éducation chirurgicale s'est faite et que l'on fait mieux aujourd'hui l'opération.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

Appareil pour les fractures de la mâchoire. — M. DUBRUEIL présente un appareil qu'il a fait fabriquer pour remédier à l'écartement des fragments d'une fracture de la mâchoire inférieure.

Cet appareil se compose d'une tige métallique placée comme une mentonnière, munie de deux plaques, destinée à presser sur la région des masseters, et réunis sous le menton à l'aide d'un écrou et d'une vis qui permettent de serrer à volonté les deux plaques contre les fragments de la fracture. Une tige métallique croisant la première, à laquelle elle est fixée, sert à appliquer l'appareil sur le sommet de la tête et à le maintenir en place.

COMITÉ SECRET

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 janvier 1872 (1). — Présidence de M. LÉON GROS, président.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Deux fascicules de l'Association médicale de Loir-et-Cher (juin 1870 et juin 1871);

2° La *Revue médicale de Toulouse* (septembre et novembre 1871);

3° *Marseille médical* (septembre et novembre 1871).

M. LE PRÉSIDENT lit une lettre de M. Worms demandant que la commission nommée pour prêter son concours pour les certificats de retraite se rende avec lui dans la salle du service médical de l'Hôtel de Ville.

(1) Suite. — Voir l'avant-dernier numéro.

M. CHARRIER, secrétaire général, lit le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris*. 1870-1871.

Messieurs et chers collègues,

Je ne saurais commencer le compte rendu des travaux de notre Société pendant les années 1870-1871 sans vous adresser mes vifs et sincères remercîments pour l'honneur que vous venez de me faire en me renommant à l'unanimité votre secrétaire général. Je continuerai comme par le passé à m'occuper avec le dévouement le plus complet de la Société; mais secondez-moi, messieurs et chers collègues, faites des communications, des mémoires, et par un travail sérieux réparons le temps que nous avons perdu et qui a été forcément stérile.

Médecine.

Les communications médicales ont été de beaucoup les plus nombreuses. M. Duroziez, à l'occasion d'un cas de pleurésie purulente qui s'est terminée par une hémorrhagie cérébrale, a soulevé une discussion des plus intéressantes sur l'opportunité de la ponction et du drainage thoracique. M. Blachez a pris part à cette discussion et a apporté des observations concluantes sur l'efficacité des ponctions multiples par l'aspirateur de M. Dieulafoy, surtout dans la pleurésie simple.

M. Boinet a aussi apporté le tribut de son expérience dans le traitement de l'empyème, et a démontré la nécessité, dans les cas de fausses membranes et de collections purulentes dans la cavité pleurale, de l'ouvrir largement au point le plus déclive, pour pouvoir facilement évacuer le pus et laver le foyer. A l'appui de cette manière de faire, M. Duroziez nous a rapporté un cas de pleurésie purulente traitée par le drainage au moyen d'un gros tube de caoutchouc, qui lui a permis de faire des lavages répétés et d'arriver à la guérison.

M. Blondeau nous a lu la relation d'une épidémie d'oreillons observée par lui. Il a fait, à juste titre, remarquer la coïncidence des métastases sur le testicule qui accompagnent si fréquemment le gonflement de la parotide. M. Duroziez a cité à l'appui cinq observations d'oreillons où la contagion a été manifeste. Cette question des métastases est une des plus intéressantes à étudier. Que l'on nie la métastase, c'est-à-dire, et pour nous servir du langage de l'ancienne école, le transport de la matière morbifique d'un organe à l'autre, ou qu'on l'accepte, le fait brut n'en est pas moins réel et d'une grande utilité pratique. La métastase existe aussi chez la femme dans les cas d'oreillons, et il m'a été permis d'observer deux fois chez des jeunes filles nubiles, au moment de la délitescence parotidienne, une douleur assez vive dans la région ovarique gauche, accompagnée d'une recrudescence de fièvre.

Les auteurs, Grisolle entre autres, parlent du gonflement des grandes lèvres au moment de la diminution de la parotide, mais ils ne disent pas que c'est dans les glandes de Bartholin que se fait alors la métastase.

Ces engorgements glandulaires sont moins fréquents chez la femme que chez l'homme; cependant on a signalé aussi dans la période de décroissance des oreillons chez la femme le gonflement d'une mamelle; j'en ai moi-même observé un exemple à la Maternité chez une élève sage-femme. Or, si la métastase peut affecter les glandes mammaires, les glandes de Bartholin, pourquoi n'affecterait-elle pas aussi les ovaires? C'est donc encore un point à étudier, et il est probable que s'il a passé inaperçu jusqu'à ce jour, c'est que la douleur est généralement peu intense et que la délitescence se fait rapidement.

M. Duroziez nous a fait la lecture d'une observation rare de kyste hydatique de la rate qui s'est vidé par les bronches; il s'est élevé à ce sujet une discussion sur le bruit skodique, et M. Blachez a rappelé les expériences de Roger sur les conditions nécessaires pour que le bruit de skoda puisse se produire. Certes l'auscultation a progressé et progresse encore tous les jours; mais que de bruits similaires qui en imposent pour le diagnostic, et que de phénomènes d'acoustique encore à étudier!

Notre collègue M. Delpeuch a soulevé une question des plus utiles pour la santé publique: c'est la question de la vaccination avec le vaccin humain et le vaccin animal. M. Duroziez, M. Antonin Martin et plusieurs membres de la Société ont pris part à cette discussion qui devrait, tous les ans, être remise à l'ordre du jour, tant elle intéresse la santé publique, et de tous les côtés il appert que le vaccin humain est bien préférable au vaccin animal; et ne pourrait-on pas, sans être injuste, attribuer l'intensité et la persévérance de la dernière épidémie de variole à la sécurité trompeuse que donnait le vaccin animal d'une part, et, de l'autre, à la crainte exagérée de la syphilis vaccinale qui a éloigné beaucoup de familles des revaccinations avec le vaccin humain?

S'il m'était permis d'avoir une opinion personnelle dans cette grave question d'hygiène publique, je dirais : Pourquoi vouloir faire mieux que le père de la vaccine, l'illustre Jenner? Du premier coup il a épuisé la question, et, pendant longues années, nos pères et nous avons été préservés de l'horrible variole. Tenons-nous-en à son procédé. Le bon vaccin est d'origine équine. Eh bien! recommençons la série; inoculons le horse-pox à la vache et le cow-pox à l'enfant, seulement remontons peut-être plus souvent à la véritable origine, et nous verrons disparaître la variole; car c'est une maladie qui doit disparaître, si nous le voulons.

Là se dresse une question nouvelle. Dans ces temps où tout devient obligatoire, pourquoi ne ferait-on pas une loi qui rendrait la *vaccine obligatoire*, comme cela existe dans certains pays? car il me semble qu'un homme, sous le prétexte de liberté individuelle, n'a pas le droit de se constituer à l'état de danger permanent pour la société, en se refusant à la vaccination et en se transformant ainsi en un sol admirablement préparé pour recevoir et faire germer toutes les graines varioliques : *Salus populi, suprema lex*. C'est là une question à élucider, à discuter très-sérieusement, et qui mérite toute l'attention de la société.

Vous vous rappelez sans doute, messieurs, les articles qu'ont publiés certains journaux, à la fin de 1869 et au commencement de 1870, contre les médecins aliénistes; vous vous souvenez des belles phrases ronflantes qui s'étalaient dans leurs colonnes sur l'omnipotence du médecin aliéniste qui, de son plein gré, ne relevant que de son caprice, faisait enfermer dans les asiles des hommes pleins de sens et de raison; par exemple M. du P..., dont M. Foville nous a lu l'observation si détaillée et si complète. Ce M. du P..., ce modèle de raison et de bon sens, achetait une vieille église pour en faire un café-restaurant, et y faisait établir une pente douce pour que l'on pût monter au 1er etage en vélocipède; ce modèle de retenue et de savoir-vivre avait cependant été condamné deux fois pour outrage public aux mœurs; et c'est ce malade qui avait été séquestré arbitrairement!!!

En réponse à ces attaques injustes et calomnieuses, M. Motet nous lisait un mémoire sur la *responsabilité médicale*, où il prouvait, avec la clarté d'esprit et la netteté de style que vous lui connaissez, que la loi de 1838 répondait à tous les cas possibles, et, comme l'ont très-bien dit MM. Lunier et Brière de Boismont, depuis 1838, pas un médecin n'a été, je ne dis pas condamné, mais même poursuivi sérieusement pour séquestration arbitraire. Ce qui est triste dans tous ces débats, c'est que l'écrivain qui avait recommencé cette campagne de dénigrement contre les médecins aliénistes était un médecin. Cette conduite inqualifiable dénotait de sa part ou une insigne mauvaise foi, ou une profonde ignorance; j'aime mieux, pour l'honneur du corps, accepter la dernière hypothèse.

Des rapports remarquables vous ont été lus sur les mémoires de nos nouveaux collègues, MM. Gillebert d'Hercourt et Onimus. M. Gillebert nous avait fait part d'un grand travail *sur le climat des stations hivernales des Alpes-Maritimes*, et M. Onimus, sur l'emploi de l'électricité comme moyen de diagnostic dans *les paralysies faciales*. M. Blachez, son rapporteur, nous a montré toute l'utilité de ce moyen de diagnostic; car il permet de savoir d'une manière mathématique si la paralysie est de cause périphérique ou centrale,

externe ou interne. Le rapport de M. Briquet sur la thèse de M. le docteur Valéry Meunier, qu'il nous adressait à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant (*Compte rendu d'une mission médicale au Guadarrama, Espagne*), a été le point de départ d'une discussion sur l'impaludisme.

Celui de M. Foville, sur la thèse inaugurale de M. Louis Lande (*Essai sur l'aplasie lamineuse progressive de la face*, ou *Atrophie du tissu connectif de la face*), a permis à son collègue de relever une erreur anatomique que M. Lande commettait. Il prétendait que tous les éléments constitutifs de la face diminuaient du côté affecté, tandis que M. Foville, par des recherches nouvelles, a établi que ce n'était que le tissu connectif qui disparaissait seul, et non point aussi le tissu musculaire.

Anatomie pathologique.

Une seule pièce d'anatomie pathologique nous a été présentée par M. Blachez; c'est un cas de pachyméningite avec hémorrhagie, qui démontrait une fois de plus, et après Vulpian, qu'il n'y a pas de cavité arachnoïdienne, puisqu'il n'existe pas d'arachnoïde pariétale.

Chirurgie.

Notre collègue M. Guibout a demandé l'avis de la Société sur une maladie rare de la vulve, qu'il avait vue et soignée de concert avec MM. Péan et Nélaton. C'était une ulcération de nature douteuse, taillée à pic, sans retentissement ganglionnaire. Tous les traitements spécifiques avaient été employés sans succès; M. Péan, alors, avait fait l'ablation de la partie ulcérée et l'avait ensuite cautérisée au fer rouge; la cicatrice s'était formée, mais elle se rompit après un coït, et l'ulcération reparut et redevint telle qu'elle était avant l'opération. Les avis ont été partagés, et la difficulté de donner un nom à cette singulière affection n'a pas été résolue. Plusieurs de nos collègues l'ont comparée à l'esthiomène de la vulve; mais la limitation de la tumeur à un point circonscrit, la fourchette, l'absence d'aspect tuberculeux de la vulve ont fait rejeter cette interprétation. Quelques-uns d'entre nous ont pensé à une scrofulide, une espèce de lupus, qui pourrait être comparé à celui de la face, et c'est l'opinion qui a réuni le plus d'assentiments; mais, en tout cas, c'est une maladie très-rare, puisque Nélaton n'avait vu qu'un exemple d'une ulcération semblable, qui siégeait à l'anus, chez un homme profondément cachectique et qui a fini par succomber. M. Péan avait cru à une forme de cancroïde, et cette manière de voir l'avait déterminé à en faire l'ablation. En fin de compte, il n'a pas été possible d'asseoir un diagnostic précis.

M. Gallard nous a présenté un nouveau livre de Bozeman sur le traitement des fistules vésico-vaginales, et a signalé à notre attention les heureuses modifications que le chirurgien américain a apportées au Manuel opératoire, et les brillants succès qu'il a obtenus.

Notre collègue nous a aussi entretenus des injections intra-utérines comme méthode de traitement dans la métrite chronique et surtout dans la métrite hémorrhagique, maladie qui fait souvent le désespoir des malades et des médecins.

M. Giraldès nous a ensuite montré une balle Minié qu'il avait extraite, au moyen d'un tire-balle, de l'avant-bras d'un turco qui avait été blessé à Frœschwiller. A cette occasion, il s'est élevé au sein de la Société une discussion sur la conduite à tenir dans les plaies produites par les armes à feu.

Doit-on toujours faire l'extraction du projectile, ou bien doit-on attendre?

Cette discussion se passait au début de la campagne de 1870, et l'on fut d'avis qu'il fallait tâcher de faire l'extraction de la balle, s'il était possible de le faire sans délabrements; que, dans le cas contraire, il fallait faire de l'expectation. Hélas! depuis cette époque, nous avons eu tous l'occasion trop fréquente de vérifier la justesse de ces conseils.

Enfin, messieurs, M. Antonin Martin nous a relaté tout au long l'observation d'une dame qui était affectée de hernie de l'ovaire. Ce qui est curieux dans ce fait, c'est que, sous l'influence du coït, la réduction de l'organe hernié s'accomplissait. Le diagnostic de hernie de l'ovaire n'a pas paru parfaitement certain à plusieurs membres. Cependant, en relisant attentivement l'observation de M. Antonin Martin, on arrive par voie d'exclusion à être de son avis.

Accouchements.

Une seule observation sur cette branche de la médecine vous a été lue, messieurs, et c'est votre secrétaire général qui a eu l'honneur de vous la faire.

C'est un cas de fausse couche provoquée dans un but criminel à 4 mois 1/2 et qui fut accompagnée d'une telle hémorrhagie que la mort était presque certaine. Cependant, grâce à l'ingestion de l'alcool à hautes doses (un litre et demi en 10 heures), grâce aux lavements vineux associés à l'opium, la guérison a pu être obtenue. C'est encore un cas de succès à ajouter à l'actif de la médication alcoolique qui, malgré la crainte qu'elle inspire à certain esprits timorés, tend tous les jours à entrer de plus en plus dans la thérapeutique des hémorrhagies puerpérales.

Nous voici, messieurs, arrivés à la fin de notre tâche, mais au plaisir que nous avons eu à faire passer devant vos yeux les travaux de la Société pendant les deux années néfastes qui viennent de s'écouler, vient se mêler le regret de ne pas nous retrouver tous ici réunis. Deux de nos chers et estimés collègues ont succombé pendant l'année 1871, ce sont MM. Danyau et Simonot. Permettez-moi, messieurs, de retracer devant vous ces deux existences si bien remplies et qui doivent nous servir d'exemples. J'aurais désiré qu'une plume plus autorisée que la mienne se fût acquittée de cette tâche difficile, elle aurait certainement mieux rempli ce pieux devoir, mais elle ne l'aurait pas fait avec plus de cœur ni avec plus de dévouement.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et honoré confrère,

Puisque, au Val-de-Grâce, on répond par le silence aux griefs articulés, que, d'une part, dans la question de pourriture d'hôpital, on n'a pas relevé mon défi d'apporter au grand jour de la publicité, et avec les détails nécessaires pour l'examen, les cas négatifs mentionnés dans d'obscures thèses; que, d'autre part, on ne se justifie non plus de l'opposition faite, *pendant quatorze ans*, à mes innovations en matière d'héméralopie, force m'est de préciser les faits qui, sans doute, exciteront un pénible étonnement. Au surplus, à notre époque de réorganisation, est-il bon de savoir comment se passent les choses.

Rappelons d'abord que c'est M. Baizeau, professeur au Val-de-Grâce qui, en 1858, dans la question de l'héméralopie, n'a pas hésité à avancer que je m'étais laissé mystifier par mes soldats (*Union médicale*). Après ma réponse (même journal), il a renouvelé ses négations, en 1861, dans le *Recueil de médecine militaire*; mais il y a bien mieux que cela.

De 1858 à 1867, à Strasbourg, j'ai annuellement guéri les héméralopies par ma méthode, et quand, en 1867, l'hôpital a été livré à l'École, le Répétiteur qui me remplaça dans mon service continua mon traitement et obtint absolument les mêmes succès, mais sans les publier, pour des motifs faciles à comprendre. Maintenant, un nouvel opposant va surgir.

En 1869, me trouvant à Rennes, je reçois un jour une lettre

d'un professeur de la Faculté de Strasbourg, m'annonçant qu'une thèse se préparait à l'École militaire, sous la direction de M. Poncet, répétiteur, et dans laquelle l'assertion de mystification serait reproduite, avec la circonstance aggravante que les infirmiers auraient été de connivence avec les malades pour me tromper. Afin de prévenir le scandale, j'écrivis aussitôt à M. Poncet, le priant de se renseigner auprès du répétiteur qui m'avait remplacé dans mon service. M. Poncet me répond qu'il ne dirigeait pas l'élève dans sa thèse, qu'il lui avait seulement fourni des notes négatives, et, quant au reste, il le laissait absolument libre dans ses appréciations. Cependant la thèse paraît avec l'assertion de mystification complète, et elle est *dédiée* à M. Poncet. Voulant amener celui-ci à s'expliquer, j'entame avec lui une polémique dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, et à son tour il argue de la mystification (25 mars 1870). Sur ces entrefaites, un grand nombre d'héméralopies s'étant déclarées dans une des casernes de Strasbourg, j'y institue mon traitement de concert avec le médecin-major du régiment, et, ainsi qu'il appert d'un rapport officiel que j'ai par devers moi, le succès a encore été constant. Par un intermédiaire, je fais offrir à M. Poncet de venir constater les faits : *il décline l'invitation.*

C'est dans cet état de choses que je me suis adressé à la marine, et la réponse de l'honorable M. Roux montre que *l'excellence de ma méthode* n'y fait pas doute.

Tels sont les faits, et je laisse au public le soin de les qualifier; en même temps, il appréciera quelle valeur peut avoir l'opposition actuelle à propos de la pourriture d'hôpital.

Mais, me dira-t-on, dans la question d'héméralopie, quelle a donc été l'attitude du *Conseil de santé des armées de terre?* Faut-il donc ici encore révéler les faits?

En attendant, je dois, M. le directeur, vous témoigner toute ma gratitude pour l'hospitalité donnée à mes réclamations, preuve nouvelle que votre seul guide est le triomphe de la vérité.

A. Netter.
Médecin principal en retraite.

Paris, le 16 février 1872.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 février 1872, M. Hérard, médecin vétérinaire des pénitenciers de la Guyane française, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret en date du 14 février 1872, M. Planchon, docteur ès-sciences naturelles, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, professeur adjoint d'histoire naturelle des médicaments à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

— *Hôpitaux de Lyon.* — Le concours pour deux places de médecin des hôpitaux s'est terminé, le 8 février, par la nomination de MM. Clément et Carrier.

— Les internes des hôpitaux de Lyon, dans le but de concourir à la souscription nationale, ont fait l'abandon d'un mois de leur traitement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pamard (d'Avignon), membre correspondant de l'Académie de médecine.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 22. — JEUDI 22 FÉVRIER 1872 — 45e ANNÉE — JEUDI 22 FÉVRIER 1872. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HOSPICE DE BICÊTRE. Traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. Avantages et inconvénients de cette médication. Conditions du succès (M. Legrand du Saulle). — Manœuvre du forceps dans les positions occipito-postérieures (M. G. A. Delattre). — De l'application du pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à la chirurgie d'armée (M. Louis Fiaux). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous conjurons les membres de notre Académie de ne pas réserver toute leur activité pour les comités secrets, où, paraît-il, des questions de personne deviennent fort animées, mais dont nous n'avons rien à dire.

La dernière séance a été comme les précédentes, à peu près dépourvue de tout intérêt scientifique.

Dans la salle des Pas-Perdus, on entourait les professeurs de la Faculté de médecine pour les féliciter d'avoir, à l'unanimité, choisi M. Béclard pour professer la physiologie. Il était impossible de faire un meilleur choix.

Dr Victor Révillout.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. LEGRAND DU SAULLE.

Traitement de l'épilepsie par le bromure de potassium. — Avantages et inconvénients de cette médication. — Conditions du succès (1).

Résultats obtenus dans 207 cas.

Dès qu'un épileptique a été un an sans crise, je donne le médicament de deux jours l'un pendant la première quinzaine de chaque mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Au bout de dix-huit mois de suspension convulsive, je donne le bromure de trois jours l'un pendant la première quinzaine, et tous les jours pendant la seconde quinzaine. Au bout de deux ans, j'administre le médicament de quatre jours l'un pendant la première quinzaine du mois, et tous les jours pendant la seconde quinzaine, et ainsi de suite. C'est seulement à cette persévérance, aussi rigide que méticuleuse, que je dois d'avoir si souvent réussi.

Le système généralement en vigueur des doses décroissantes au bout d'un certain temps est une manœuvre thérapeutique déplorable. Les malades retombent peu à peu ; ils se *débromurent* petit à petit, et finissent un beau jour par se retrouver au point de départ, aussi épileptiques qu'avant le traitement.

Je m'étonne que quelques praticiens distingués se soient montrés partisans de ce mode si fâcheux d'administration des préparations bromurées ; mais ils ne sauraient persévérer dans leur erreur, car les rechutes des malades les avertiraient bien vite qu'ils se sont engagés dans une fausse voie. Que l'on se souvienne plutôt de ces prophétiques paroles de Trousseau : « Le mal doit être attaqué sans trêve. L'économie doit sans cesse être sous l'empire du médicament, si vous ne voulez pas qu'elle retombe sous le joug de la maladie que vous forcez à se taire » (1).

Il reste donc entendu que le bromure de potassium doit être en quelque sorte, je le répète, le pain quotidien de l'épileptique. Toutefois, l'absence de tout contrôle médical constitue un réel danger. Quel est le médecin qui n'a point constaté en ville des abus, des mécomptes ou des accidents ? Aussi, lorsqu'on délivre une ordonnance à un malade en traitement, doit-on avoir le soin, au bas de sa prescription, d'ajouter et de souligner ces mots : *valable jusqu'à telle époque seulement.* Si, passé ce délai, le pharmacien délivre du bromure au client sans ordonnance nouvelle, la responsabilité médicale est à couvert.

Me voici tout naturellement conduit à résumer ici les inconvénients et les dangers qui résultent de l'élévation précipitée des doses de bromure de potassium et du traitement fantaisiste que suivent parfois *secrètement* certains malades. On note d'abord un air de satisfaction niaise et étonnée, de la stupeur, de l'assoupissement, de la dissociation commençante des idées et des mots, de la difficulté pour écrire, une altération manifeste dans le corps de l'écriture, et une malheureuse et inconsciente facilité à écrire un mot pour un autre, comme le font, par exemple, certains aphasiques.

L'anaphrodisie temporaire, qu'il faut toujours avoir la précaution d'annoncer au besoin, cause parfois de grandes douleurs domestiques et n'est pas toujours supportée avec résignation : elle peut conduire aux plus fâcheuses catastrophes et aux résolutions les plus inattendues.

L'acné est souvent très-rebelle, et comme les malades — aussi bien que beaucoup de médecins — ne supposent pas que le bromure puisse en être la cause unique, ils vont consulter des dermatologistes, se soumettent à une médication arsenicale, prennent des bains de vapeur ou des bains sulfureux, et finissent par faire un regrettable abus des ressources de la thérapeutique. Pendant longtemps, je n'ai rien fait contre l'acné bromique ;

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1868.

mais, par une singulière coïncidence, on m'a amené l'été dernier, à une ou deux semaines d'intervalle, trois jeunes filles de 18 ou 20 ans, atteintes de névrose convulsive et très-améliorées par l'usage du bromure de potassium, mais très-affligées par la persistance d'un acné facial intense. Je n'ai pas voulu suspendre le traitement, et j'ai prescrit simultanément de l'arsenic. J'avais, il faut bien le dire, la main un peu forcée, car j'avais instinctivement quelque répugnance à médicamenter de la sorte ces trois malades; eh bien, l'acné a presque disparu, la peau du visage est devenue lisse et luisante, et les accidents nerveux ont continué à ne pas reparaître.

L'usage prolongé du bromure de potassium à haute dose occasionne une fétidité marquée de l'haleine, et l'on ne peut atténuer ce désagrément qu'en faisant mâcher des pastilles de cachou ou qu'en faisant prendre le bromure de potassium une ou deux minutes avant le repas, ou par la voie rectale, dans un quart de lavement, vingt minutes avant le repas.

J'ai administré le bromure de potassium en lavement chez un gastralgique que des préoccupations hypocondriaques constantes tourmentaient au suprême degré, et j'ai remarqué, au bout d'un certain temps, que je n'avais pas diminué chez lui la sensibilité pharyngienne, ainsi que cela arrive toujours, mais que j'avais anesthésié le rectum. Étant affecté d'hémorrhoïdes douloureuses, le malade, sur mon conseil, s'introduisait tous les soirs dans l'anus un petit corps gras, et c'est lui qui découvrit de la sorte ce qu'il appelait « *la paralysie de son gros intestin.* »

On sait que le bromure de potassium anesthésie le col de la vessie et l'urèthre dans l'uréthrite aiguë et dans la cystite chronique, et l'on se souvient que les lithotriteurs, à la veille de l'introduction de leur instrument, s'assurent, à l'aide de *quatre grammes* de sel bromique, de la docilité tolérante des voies urinaires ; eh bien, ces faits étant acquis, l'anesthésie du voile du palais ne tient-elle pas à ce qu'une partie du bromure serait éliminée par ces muqueuses ? Le sel bromique, par une action anesthésique locale, n'insensibiliserait-il pas les nerfs du voile du palais ?

En dehors de l'épilepsie et de tout le chapitre des névroses, le bromure de potassium est un hynoptique précieux. Il n'a pas les inconvénients de l'opium : il laisse l'appétit intact, la tête fraîche et l'intestin libre. Tout récemment, je m'en suis largement servi à Bicêtre. Pendant le siége de Paris, il est passé, dans les salles de mon service, 1427 militaires varioleux, et j'ai certainement prescrit plus de cent fois le bromure de potassium, à la dose de *deux*, de *trois* ou de *quatre* grammes en potion, lorsque j'avais à lutter contre l'insomnie, contre des troubles nerveux graves, désordonnés, tumultueux, ataxiques, et je dois dire que je m'en suis généralement très-bien trouvé.

La vogue a ses dangers. Le bromure de potassium, dont l'action est si réelle dans le traitement des névroses convulsives, a entraîné les médecins, depuis quelques années, au delà des limites de la sagesse. Comment ce même sel, qui doit à l'épilepsie toute sa réputation, va-t-il pouvoir combattre à la fois la scrofule, la syphilis, le rhumatisme articulaire, la goutte, l'asthme, la coqueluche, la phthisie pulmonaire, la méningite, le tremblement mercuriel, l'intoxication saturnine, les névralgies, les angines, le croup, la disphagie, la spermatorrhée et la manie intermittente ? Il y a là, à mon sens, une regrettable exagération. Si l'on n'y prend pas garde et si l'on continue à étendre aussi abusivement les applications du bromure de potassium, les mécomptes thérapeutiques auront bientôt enfanté le doute, la défiance et le discrédit ! Lorsque la santé publique est en jeu, l'engouement est plus qu'une légèreté : c'est une faute.

En matière d'épilepsie, il demeure indiscutable que le bromure de potassium peut déterminer des effets de l'ordre le plus inattendu ; mais une sage lenteur, un contrôle vigilant et une persévérance opiniâtre sont les conditions fondamentales du succès. Si, sur ce point, Bicêtre fait école depuis un certain nombre d'années déjà, et si les opinions de mes collègues et les miennes se propagent et sont mises en pratique un peu partout, ne peut-on pas espérer qu'un grand service finira par être rendu à une classe extrêmement nombreuse de déshérités ?

Si j'ai çà et là insisté avec quelque complaisance sur les inconvénients possibles de la médication bromurée, c'est afin qu'il reste bien entendu que nous ne devons pas, nous médecins, nous contenter seulement de prescrire le médicament, mais qu'il nous importe d'en diriger le mode d'emploi, d'en surveiller l'action, d'en contrôler les effets. A dose élevée, le sel bromique n'est pas un agent inoffensif ; c'est ce que les malades ne savent pas, et c'est ce qu'il faut leur apprendre. L'efficacité du médicament a multiplié l'usage, l'usage a conduit aux abus, et les abus ont provoqué des cas graves d'intoxication. Le retour d'accidents semblables peut bien facilement être évité.

En résumé, le bromure de potassium peut complétement et absolument suspendre tous les phénomènes épileptiques ; mais il est indispensable que la médication bromurée soit rigoureusement prescrite, suivie et surveillée pendant plusieurs années.

Tel est, quant à présent du moins, le dernier mot de la question.

MANŒUVRE DU FORCEPS

DANS LES POSITIONS OCCIPITO-POSTÉRIEURES

Par M. G. A. Delattre, ancien chirurgien-major de la marine.

Position occipito-sacrée. — Elle succède à l'occipito-iliaque postérieure droite, qui, au lieu d'exécuter sa rotation en avant, la fait en arrière, chose plus fréquente que ne le disent les auteurs.

Elle peut également dériver de la position occipito-iliaque postérieure gauche (si infiniment exceptionnelle) qui subirait la même marche que la précédente.

La position occipito-sacrée étant établie, si le plancher du bassin résiste, la tête se fléchit de plus en plus, le front et la moitié des pariétaux remontent derrière le pubis, le cou est sur le bas-fond pelvien, le haut de la poitrine et les épaules s'engagent dans l'excavation. Toute cette masse produit un encombrement serré, une espèce d'enclavement ; il faut intervenir.

La manœuvre ordinaire est la suivante : application directe, puis élévation des manches au niveau du pubis pour tirer d'emblée en haut et faire avancer l'occiput à la fourchette ; alors on dégage.

Cette manière de procéder a été calquée sur le mécanisme de la position ; en effet, dans la sortie spontanée, le sommet avance par degrés, mais en se fléchissant modérément ; on voit d'abord la moitié postérieure des pariétaux et le haut de l'occiput ; cette dernière partie monte, se découvre davantage et sort enfin à la fourchette ; la tête s'abaisse, la face se découvre, regardant en haut.

Si l'on appliquait le forceps à ce moment, quand la tête n'est pas très-fléchie, la manœuvre ci-dessus devrait toujours réussir ; mais on n'instrumente ordinairement que quand la flexion est outrée ; il en résulte que, si l'on parvient à extraire, le périnée est bien compromis, et que souvent on échoue. Cela est arrivé

à Caseaux; il le raconte, et ajoute qu'après des hésitations, il s'est décidé à faire la rotation en suivant le côté droit du bassin.

Cet échec n'est pas le premier sans doute, puisque Smellie (il y a plus de cent ans) et Danyau ont invité à cette manœuvre, opinion partagée par plusieurs de nos contemporains.

Ce conseil est fâcheux : comment admettre qu'une rotation de la moitié du bassin, qui exige trois applications, demeure innocente pour l'enfant et même pour la mère ? Ce serait exécuté par les mains les plus habiles, qu'il y aurait du risque ; *à fortiori*, si c'est par des praticiens ordinaires, qui, la plupart, n'ont jamais appliqué le forceps obliquement.

Il y a près de vingt ans que je m'étais dit : « La tête ne sort pas spontanément parce qu'elle est trop fléchie et que le cou ajoute à son diamètre, il faudrait donc la déplier. » Pour cela, le forceps étant placé directement, je tire d'abord bien en bas, comme si la tête était au détroit supérieur, ensuite un peu moins en bas; la déflexion est alors suffisante ; j'aperçois la partie fœtale ; pour l'amener sous le pubis, mes tractions deviennent horizontales. Je distingue la blancheur du front, la fontanelle antérieure, le devant des pariétaux avec les cheveux (pourvu qu'il en existe, c'est le plus ordinaire); je continue ainsi encore un instant, et quand la tête est à la vulve, je tire en élevant graduellement ; l'occiput sort à la fourchette, mais non le premier ; le périnée ne court pas plus de risque que dans la position occipito-pubienne, puisque c'est le même diamètre qui passe ; je fais soutenir pour une multipare, et j'ôte le forceps pour une primipare ; c'est le principe général.

On voit que cette manière d'opérer ne diffère de celle destinée à la position occipto-pubienne que par les premières tractions. — Chacun peut très-bien exécuter cela. Nous l'avons fait une quinzaine de fois sans difficulté, sans aide. Mme Raimond en a eu plusieurs cas, et a suffi seule. Nous ne saurions donc trop engager les praticiens à nous imiter, et nous leur affirmons qu'ils peuvent avoir foi dans notre assertion.

Nous ne réclamons pas la priorité de l'exécution. Avant nous, on a agi ainsi, avec, ou plus souvent, sans connaissance de la position. Nous désirons voir ériger cette manœuvre en loi, vu la facilité et l'innocuité que nous y avons trouvées. Nous la conseillions avec insistance, il y a dix ans, dans notre ouvrage; que le diamètre bi-pariétal ait 10 centimètres et demi, ce qui est fort, qu'il aille même jusqu'à 11, par exception, la tête passera toujours, car, dans ces cas, le bassin est large ; sans cela la rotation spontanée ne s'accomplirait pas. Dans ces circonstances, il faudra tirer plus fortement, mais enfin, on en viendra à bout.

Position occipito-iliaque droite postérieure. — La manœuvre recommandée, dans ce cas, est le placement oblique du forceps, la concavité des bords à gauche, pour amener le front derrière le pubis. Cela exécuté, la position est devenue occipito-sacrée. Dès lors on agit, pour dégager, comme les lèvres l'indiquent, c'est-à-dire en tirant en haut, de suite.

Position occipito-iliaque gauche postérieure. — Le conseil écrit est l'application oblique, la concavité des bords à droite, pour amener le front derrière le pubis, puis le dégagement en tirant en haut, de suite, et comme dans le cas précédent.

Pour nous, nous faisons aussi cette rotation, mais ensuite, nous dégageons comme nous l'avons exposé plus haut.

Pour les deux positions obliques, plusieurs veulent la rotation amenant l'occiput au pubis. Si l'on ne voulait pas accepter notre proposition, nous dirions que, plutôt que de tenter la longue rotation qui amènerait l'occiput au pubis, nous engagerions à essayer l'extraction sans rotation aucune, ce qui réussirait le plus souvent et serait moins dangereux, pour la mère comme pour l'enfant, que la rotation des 3/8es ou des 4/8es du bassin, selon que la position est oblique ou directe.

DE L'APPLICATION DU PANSEMENT OUATÉ

De M. ALPHONSE GUÉRIN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A LA CHIRURGIE D'ARMÉE

Par M. Louis FIAUX, externe des hôpitaux.

Nous regrettons de n'être pas plus scientifiquement qualifié pour aborder ici avec autorité cette intéressante question du pansement nouveau des plaies, inventé par M. Alphonse Guérin ; mais les résultats donnés pendant la guerre franco-prussienne et la guerre de la Commune par les méthodes de pansements connus, et les expériences faites pendant la seconde partie de cette période sanglante du pansement du savant chirurgien (1), ne permettent guère, par leur contraste frappant, de différer d'attirer sur cette dernière thérapeutique chirurgicale l'attention des médecins de notre armée.

Nous ne voulons point décrire toutes les complications des plaies, tous les dangers de l'inflammation et de ses conséquences, abcès, fusées purulentes, érysipèle, induration, œdème, gangrène, pourriture d'hôpital, spasmes traumatiques, les uns tenant au siége même de la plaie, les autres à l'état général du malade, les autres enfin au lieu même dans lequel il est traité ; qu'il suffise pour le moment de rappeler que l'accident le plus redoutable et contre lequel la thérapeutique et l'hygiène se sont montrées jusqu'ici également impuissantes, est l'infection purulente, improprement appelée pyohémie d'après la théorie qui veut que les complications soient dues à l'introduction du pus en nature dans les vaisseaux et le torrent circulatoire.

Se fondant sur des données scientifiques positives d'une part, et de l'autre sur des expériences connues mais non encore exploitées, sur ce fait capital dans la diathèse purulente que la septicémie ne se manifeste que chez les blessés atteints de plaies communiquant avec l'air, air toujours impur dans les conditions hospitalières communes et chargé d'éléments putrides, miasmes, germes ou ferments, etc. (V. Discours de M. A. Guérin sur l'infection purulente, *Bulletin de l'Académie*, t. XXXIV, p. 345), sur cet autre fait que la ouate jouit de qualités de filtration parfaite, démontrées d'une manière incontestable dans la discussion sur la génération spontanée par l'expérience célèbre de M. Pasteur, M. Alphonse Guérin a fait de la ouate l'élément unique, constitutif de son pansement nouveau des plaies depuis la plus simple jusqu'aux plus dangereuses, amputations, désarticulations, fractures avec foyer communiquant à l'extérieur, lésions articulaires, etc., et d'emblée ses statistiques ont enregistré les succès les plus inattendus (2).

---

(1) C'est à l'hôpital Saint-Louis, pendant l'année 1871 presque entière, que M. Alphonse Guérin a appliqué son pansement, et que les observations qui concernent cette méthode nouvelle ont été prises.

(2) Nous voyons, par exemple, dans les statistiques récemment publiées par M. Léon Le Fort, alors médecin en chef d'une ambulance internationale à Metz, que sur 100 amputés des membres inférieurs, il a été enregistré 91 décès. M. Alphonse Guérin, dans les salles de l'hôpital Saint-Louis, depuis l'application du pansement ouaté, c'est-à-dire depuis le commencement de la guerre de la Commune, dans des conditions matérielles et morales aussi peu favorables que possible, a compté dans ses premières séries un chiffre de guérisons qui, pour les amputations de la cuisse, dépasse les *deux tiers* des individus opérés. Depuis, ses statistiques ont offert des résultats plus inespérés encore. Nous renvoyons d'ailleurs le lecteur aux travaux ci-dessous désignés.

Plusieurs descriptions complètes et raisonnées du pansement, écrites, comme cette courte note, sous l'œil du maître, ont été publiées dans divers journaux et revues scientifiques qu'il sera bon de consulter (1); il n'est donc point urgent d'entrer ici dans des détails minutieux et circonstanciés, une esquisse rapide de la construction et de la pose du pansement pourra suffire.

Ce qui frappe tout d'abord dans le pansement de M. A. Guérin, c'est sa simplicité extrême en même temps que la facilité et la rapidité de son application, une fois que toutes les conditions qu'il doit remplir et le but qu'il doit atteindre ont été bien saisis par le chirurgien; plusieurs feuilles de ouate (non glacées autant que possible) et cinq ou six bandes d'une toile forte et de 12 mètres chacune, tel en est tout l'attirail. Nous insisterons plus loin sur les autres conditions essentielles qui se trouvent aussi remplies, et que le pansement des plaies exige plus encore dans la chirurgie d'armée que dans la pratique civile.

Tel est donc le pansement de M. Alphonse Guérin: tout d'abord, le malade, précaution capitale, ne sera pansé ou repansé lors du renouvellement tardif de l'appareil, que dans un endroit relativement assez éloigné des salles de l'hôpital, dans l'amphithéâtre, dans une baraque chauffée, dans une tente, en un air aussi renouvelé et pur que possible, et la ouate elle-même sera soigneusement serrée loin de l'air soupçonné d'impureté; ces conditions indispensables remplies, le chirurgien, après avoir terminé son opération, fait les ligatures nécessaires, coupé le fil le plus près possible du nœud, ou bien laissant la plaie dans l'état où elle se trouvait après le traumatisme, la lave avec de l'eau tiède, additionnée d'acide phénique ou d'alcool camphré; ayant ensuite doucement essuyé la plaie et les parties avoisinantes, il en garnit la profondeur de petites poignées de coton jusqu'à ce que le niveau des lèvres et des parties voisines soit atteint; cet intervalle comblé, il entoure la lésion de nouvelles couches de ouate laissée en feuilles ou préalablement roulée en bandes pour la commodité de l'application. Le membre se trouve ainsi enveloppé d'une épaisse et volumineuse cuirasse, sorte de cylindre, de long manchon fermé à l'une de ses extrémités, et s'étendant du côté de l'extrémité libre bien au delà de la plaie. Ce premier temps de l'application écoulé, le membre toujours soutenu, la ouate toujours maintenue par les aides, le chirurgien commence ce qui peut constituer le second temps de la pose de l'appareil, l'application des bandes; il est important que ces bandes soient d'une longueur suffisante, de 12 mètres environ et d'une toile résistante et forte (une bande usée, faible et se réduisant facilement à la moindre traction en corde ne pourrait convenir à aucun égard). Plusieurs tours de bande ont d'abord pour mission d'abaisser la ouate et d'en réduire l'expansion, puis bientôt l'application des bandes devient plus régulière et la force déployée dans la compression n'a pour limite que le maximum de la puissance musculaire de celui qui pose l'appareil. Quelque énergique que soit cette compression, toujours soutenue, toujours laborieuse, mais ne s'exécutant jamais avec violence ni par saccades, l'élasticité de la ouate la rend sans douleur pour le malade comme sans inconvénient pour la plaie, de sorte que pour fixer la quantité de ouate nécessaire au pansement, on a pu justement formuler cette manière de loi : la quantité de ouate employée devra être telle que la compression maximum des bandes soit sans douleur pour le blessé. (V., pour les détails, le travail de M. Blanchard, très-complet.)

Bien plus, cette compression *élastique*, M. Alphonse Guérin la considère comme un des meilleurs éléments de la guérison; c'est elle qui empêche les abcès, les fusées purulentes, les indurations, œdèmes et autres accidents : cette condition importante utilise ainsi une autre des propriétés physiques de la ouate (1).

Le pansement ainsi appliqué, nous avons vu *constamment, sans aucune exception, quels que fussent le siége, l'étendue, la gravité et la nature du traumatisme, la douleur immédiatement supprimée.* Nous n'insisterons pas sur cet inappréciable avantage. Dans ces conditions, les malades sont transportés sans aucune difficulté, puisque la ouate, avec sa grande épaisseur et la dureté que lui a donnée la constriction des bandes, forme une véritable carapace protectrice, à tel point que des chocs relativement violents ne causent point la plus petite douleur; on les ramène dans les salles (celles de l'hôpital Saint-Louis ne contiennent pas moins de 75 lits) ou bien ils y retournent eux-mêmes sans le secours d'infirmiers.

(A suivre.)

(1) Voyez : *Du pansement ouaté*, par M. le docteur Tillaux, chirurgien à Saint-Antoine, dans le *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, livr. du 30 septembre 1871;

Les pansements à l'ouate, par M. Hervey, interne à Saint-Louis, dans les *Archives générales de médecine*, livr. de décembre 1871 et suiv.

Étude sur le pansement ouaté, par M. A. Blanchard, externe à Saint-Louis, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1872.

Le pansement ouaté, par M. le docteur Terrier, *Revue des cours scientifiques*, novembre 1871.

La thèse inaugurale de M. Lasalle.

(1) Sous cette compression, et malgré l'épaisse couche de ouate entourée de nombreux tours de bande, la peau plus ou moins éloignée de la plaie, qui supporte le pansement, conserve tous ses caractères physiques de sensibilité, de souplesse, de densité, d'élasticité, et comme elle est constamment en rapport avec l'air filtré et renouvelé, ses fonctions physiologiques ne sont nullement altérées. Il ne paraît donc d'aucune utilité d'enduire le pansement, comme plusieurs l'ont déjà proposé, de silicate de potasse, de dextrine, de collodion, etc.; outre que cette modification changerait complètement le but du pansement, qui doit uniquement filtrer l'air et non point lui défendre l'entrée de l'appareil, elle pourrait avoir de graves inconvénients (expériences de l'École d'Alfort) dans le cas où le pansement ainsi induit occuperait, comme il arrive souvent, une partie assez considérable de la surface cutanée du corps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet une demande du sieur Blanc, du Vals, tendant à obtenir l'autorisation d'exploiter une source minérale pour l'usage médical. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Lancereau, qui se présente comme candidat pour la section d'anatomie pathologique;

2° Une lettre de M. le docteur Hervieux, qui retire sa candidature de la section de pathologie externe pour la reporter dans la section d'accouchements;

3° Une lettre de M. le docteur Pigeon, de Fourchambault, dans laquelle il dit avoir constaté que la substance grise nerveuse est une substance condensatrice où il existe de l'électricicité à l'état de tension chez les êtres vivants;

4° Une note de M. Dargi, pharmacien à Paris, sur un nouveau médicament, les *pilules d'extrait de sang*. (Commission des remèdes secrets et nouveaux);

5° Un mémoire sur le traitement méthodique de la carie dentaire, par M. Louis Proudhomme, dentiste.

M. Larrey présente : 1° de la part de M. le docteur Bedoin, une

note sur deux cas de syphilis, développée après la vaccination, mais non transmise par elle;

2° De la part de M. le professeur Coze (de Strasbourg), un travail intitulé : *Contribution à l'étude de la hernie lombaire.*

M. BERGERON présente, de la part de M. Dujardin, député à l'Assemblée nationale, un rapport sur diverses propositions de loi relatives à la répression de l'ivrognerie et de l'ivresse.

M. REGNAULT offre en hommage, de la part de M. Méhu, pharmacien à l'hôpital Necker, un exemplaire de l'*Annuaire pharmaceutique* pour les années 1871-1872.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Laugier.

M. BROCA, sur l'invitation de M. le président, donne lecture de l'allocution qu'il a prononcée, au nom de l'Académie, sur la tombe de ce chirurgien regretté.

COMMUNICATION SUR LE TANNATE DE QUININE

M. BRIQUET. Dans la dernière séance, M. Vulpian a prétendu que le tannate de quinine, se dissolvant dans 960 fois son poids d'eau, était presque aussi soluble que le sulfate, qui se dissout dans 750 fois son poids d'eau. Je viens aujourd'hui répondre à ces assertions. D'abord, aucun traité de chimie ne dit combien il faut d'eau pour dissoudre le tannate de quinine. M. Vulpian a donc la responsabilité du chiffre qu'il donne. J'ai voulu faire une expérience à ce sujet, et je me suis adressé à la meilleure pharmacie de Paris, la pharmacie Blanche. M. Saradin, qui est à la tête de cette pharmacie, a mis, de concert avec moi, 5 centigrammes de tannate de quinine dans 50 grammes d'eau distillée, ce qui eût fait une solution au millième. Eh bien, c'est à peine si aujourd'hui, après quinze jours, le cinquième ou le quart du tannate s'est dissous. Il faut donc 4 à 5,000 fois son poids d'eau pour en opérer la solution.

Quant au sulfate de quinine, s'il est vrai que le bibasique demande 750 fois son poids d'eau, le sulfate acide, au contraire, ne demande que 10 à 11 fois son poids d'eau, et c'est ce dernier qu'emploient à peu près exclusivement les médecins qui savent formuler. La différence est donc énorme.

Ajoutons que le tannate de quinine est un sel stable qui peut bien se dissoudre à chaud dans certains acides, mais ne s'y décompose aucunement; qu'il est inattaquable par la plupart des alcalis, sauf l'ammoniaque; l'estomac à jeun ayant une sécrétion alcaline, le tannate y doit rester intact, et il est douteux que, même pendant la digestion, il trouve dans l'estomac assez d'acide pour s'y dissoudre.

J'ai tout récemment pris 2 grammes de tannate de quinine le même jour, en deux doses : la première dose le matin, quinze heures après le dîner, quatre avant le déjeuner; la seconde à 11 heures du soir, cinq heures après le dîner. Je n'ai absolument rien éprouvé, ni du côté de la circulation, ni du côté de la vue, ni du côté de l'ouïe. Du reste, M. Vulpian reconnaît que le tannate de quinine n'a pas d'effet physiologique.

J'ai recueilli les urines de vingt-quatre heures; il y en avait 1 litre 1/2. Je les ai mêlées, puis je les ai traitées par la liqueur de Bouchardat, iodure de potassium ioduré, et, comme on peut le voir, je n'ai obtenu aucune espèce de précipité. Au contraire, une solution de sulfate de quinine au 500e donne un précipité très-abondant.

Remarquons, enfin, que le tannate de quinine n'est pas un sel cristallisable et qu'il varie beaucoup dans sa composition; de là sans doute les différences dans les résultats obtenus par M. Vulpian et par moi; il s'est servi d'un sulfate de quinine beaucoup moins pur que le mien.

M. VULPIAN. Je demande la parole.

M. LE PRÉSIDENT. Usant du droit de diriger les discussions et les délibérations de l'Académie, droit que m'assure le règlement, je remets la suite de la discussion à la prochaine séance.

A 4 heures 5 minutes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Caventou sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de pharmacie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 janvier 1872 (1). — Présidence de M. LÉON GROS, président.

Notice biographique d'Ant. Danyau.

Constant-Antoine Danyau naquit à Paris en 1803. Son père, Constant Danyau, d'origine vendéenne, fut un des accoucheurs les plus renommés et les plus occupés de la capitale sous l'Empire et la Restauration. Il avait été l'élève, puis l'ami d'Antoine Dubois, qui l'avait, à l'hôpital de la Faculté, aujourd'hui hôpital des Cliniques, initié à la pratique de l'art des accouchements. D'une sévérité très-grande pour lui même et pour les autres, il éleva son fils dans l'amour du travail et du devoir. A 9 ans, le jeune Danyau entra à Sainte-Barbe, où il fit brillamment ses études. Toute sa vie il garda un doux souvenir du temps qu'il avait passé dans ce collége et des maîtres qui lui avaient appris à comprendre et à admirer les beautés de l'antiquité. C'est là qu'il puisa la passion des auteurs classiques et l'amour des livres, amour qu'il a eu toute sa vie et qui ne s'est éteint qu'avec lui. Il a réuni une admirable bibliothèque qui renferme des trésors inestimables.

En 1823, Antoine Danyau fut nommé chirurgien au Val-de-Grâce, au titre auxiliaire; puis, en 1826, il arriva le sixième à l'internat. Il employa ce temps précieux à travailler sans relâche, et mérita, par son activité et sa rare exactitude, d'être l'interne de Dupuytren. Il se rappelait avec bonheur et avec orgueil cette époque brillante où le maître était arrivé à l'apogée du talent et de la gloire, et où l'Hôtel-Dieu était le rende-vous de tous les médecins du monde entier.

En 1829, notre maître fut interne à la Maternité. C'est à dater de cette époque qu'il se décida à suivre la carrière de son père. Il s'adonna avec ardeur à l'étude des accouchements et mit à profit cette mine inépuisable d'observations et de faits que l'on rencontre dans cet hôpital.

Cette année-là, il concourut pour la médaille d'or de l'École pratique et l'obtint. Puis, avant de sortir des hôpitaux, il soutint sa thèse inaugurale sur la *métrite gangréneuse*, thèse très-bien pensée et très-bien écrite, et qui fait le plus grand honneur à son auteur, qui commençait ainsi cette série de travaux d'anatomie pathologique qui ont illustré l'École de la Maternité. Chose singulière, cette École passe pour essentialiste, spiritualiste, et pas une École n'a fait plus qu'elle d'anatomie pathologique. Seulement, on ne l'a pas comprise ou on n'a pas voulu la comprendre. En temps d'épidémie, la forme, *l'habitus* des maladies puerpérales change; elles revêtent un caractère de rapidité, de malignité extrême, et tous les auteurs qui ont étudié à la Maternité n'ont voulu prouver qu'une chose : c'est que quelquefois la mort est si rapide que la lésion est à peine appréciable, ou même n'a pas le temps de se produire; que les lésions que l'on trouve après la mort, si la maladie s'est prolongée, ne sont que les manifestations d'un état général qui a précédé, qui a commencé la scène, une véritable toxémie.

C'est, au reste, à cette interprétation-là que l'on est revenu de nos jours; et après avoir battu en brèche l'École de la Maternité, on a réinventé le poison puerpéral; comme pour expliquer l'infection purulente, on a réinventé le poison septicémique et la sepsine.

Après sa thèse, Antoine Danyau alla passer huit mois en Angleterre pour parfaire son éducation médicale, et apprendre l'anglais.

(1) Suite. — Voir les numéros des 15 et 20 février 1872.

Il revint à Paris en 1830, et fut nommé chef de clinique médicale du professeur Fouquier.

En 1832, nommé professeur agrégé en chirurgie, après un brillant concours, il fit une thèse d'agrégation qui a pour titre : *Des abcès à la marge de l'anus*.

Antoine Danyau s'était marié, en 1831, avec la fille d'un célèbre professeur que nous avons tous connu et aimé, M. Roux, qui, pendant de longues années, a illustré la clinique chirurgicale de la Charité et de l'Hôtel-Dieu.

Il eut deux enfants de ce mariage ; l'aîné, M. Georges Danyau, ne voulut pas suivre la carrière de son père, il se destina à la marine et fit la campagne de Crimée ; à son retour en France, il donna sa démission d'enseigne et entra au Conseil d'État.

Le second enfant fut une fille, Mlle Louise Danyau, qui a épousé notre ancien camarade d'internat le docteur Bucquoy, aujourd'hui professeur agrégé et médecin de l'hôpital Cochin.

Mme Danyau ne se releva pas de cette seconde couche. Atteinte d'un phlegmon iliaque, elle succomba, malgré l'opération que Roux son père eut le courage de faire lui-même, malgré les soins les plus admirables et les plus habiles prodigués par son mari.

En 1837, Antoine Danyau fut nommé chirurgien du Bureau central; vers la fin de 1839 il fut nommé chirurgien de Bicêtre, mais il ne fit jamais son service ; il savait, en effet, que M. Paul Dubois allait demander un chirurgien adjoint à la Maternité, et que cette place lui était réservée.

C'est à partir de cette époque que la carrière d'Antoine Danyau comme accoucheur se dessina; sa position officielle de chirurgien de la Maternité le désignait à la clientèle. Elle lui vint tout naturellement et progressa rapidement.

Dans les premiers temps qu'il fut à la Maternité, Danyau travailla beaucoup; il fut secondé dans ses travaux par ma mère, Mme Charrier, qui, deux ans auparavant, avait été nommée sage-femme en chef. Il apporta de grandes modifications dans la statistique des accouchements, et fit paraître une traduction justement estimée d'un ouvrage de Nœgele, professeur d'accouchements à Heydelberg, intitulée : *Des principaux vices de conformation du bassin.*

P. Dubois ne s'était adjoint Antoine Danyau que pour avoir plus de temps à lui pour ses nombreuses occupations officielles et professorales; aussi était-ce Danyau qui faisait presque toutes les opérations et le cours tout entier aux élèves sages-femmes.

D'un abord froid, réservé, notre maître en imposait aux personnes qui le voyaient pour la première fois, mais une fois la glace rompue, quand il vous avait admis dans son intimité, Danyau était l'homme du commerce le plus sûr et le plus charmant.

Ce fut à la Maternité, pendant les deux années que j'y ai passées en qualité d'interne, en 1854 et en 1855, qu'il m'a été permis de connaître mon maître et d'apprécier tout ce qu'il y avait de bon, de généreux, d'élevé dans cette nature exquise, qui mettait un soin extrême à se cacher elle-même, et à dérober aux regards de tous son inépuisable charité.

Que de pauvres femmes ont été secourues par lui au moment où elles sortaient de l'hôpital! Que d'élèves sages-femmes qui étaient venues étudier à leurs frais à l'Ecole d'accouchements et qui ne pouvaient, par suite de revers de fortune, continuer leurs études, ont dû à sa généreuse intervention de pouvoir les terminer!

Danyau était très-érudit; il lisait constamment, tantôt un classique, Horace par exemple, qu'il avait presque toujours avec lui, tantôt un mémoire sur un sujet quelconque d'une des branches de l'art de guérir; il se tenait au courant de tout ce qui se publiait en France, en Angleterre, en Allemagne.

Danyau n'était pas un brillant professeur; son débit était un peu rapide et sa voix un peu sourde, mais ses leçons étaient des plus intéressantes, remplies de faits et de déductions pratiques; j'ai été assez heureux pour les recueillir pendant deux années consécutives. C'était le résumé de tous les travaux, de tous les progrès dans l'art des accouchements. Ce cours, qu'il professait à la Maternité devant des élèves sages-femmes, n'eût pas été déplacé dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Danyau examinait admirablement une malade, avec une grande douceur, avec un soin extrême, choisissait le moment opportun, et opérait lentement, sûrement, avec un sang-froid imperturbable. Il fut un des premiers en France à appliquer le chloroforme aux accouchements naturels, quand apparut le mémoire de Simpson, en 1854. Nous fîmes ensemble 100 chloroformisations dans des cas de parturition normale ; aucun accident ne survint, et dans deux cas seulement le chloroforme parut ralentir la marche du travail.

Notre maître devait sur ce sujet publier un mémoire, mais ce mémoire, presque achevé, ne vit jamais le jour, sort inévitable de tout travail entrepris par un médecin qui a une grande clientèle ; aussi n'est-ce plus que dans les bulletins de l'Académie et de la Société de chirurgie que l'on peut trouver, à partir de cette époque, des travaux de notre collègue; et il n'en pouvait être autrement, absorbé qu'il était par les devoirs pénibles de sa profession. C'est surtout sur ce théâtre, sa clientèle, qu'il faut étudier notre maître, et c'est évidemment là le côté saillant de son existence. Avec son amour profond du devoir, Danyau suffisait à toutes les exigences de son art ; aussi que de peines et de labeurs! On se figure difficilement ce qu'est la vie d'un accoucheur en vogue : nuit et jour sur pied, avec les soucis des opérations, les tracas de la clientèle, passant quelquefois plusieurs journées sans repos aucun, l'accoucheur use vite sa vie. Il a fallu à Danyau sa robuste constitution pour résister à de pareilles fatigues pendant de longues années.

Joignez à cette existence momentanée les travaux de l'hôpital et de son enseignement à la Maternité, comment aurait-il pu écrire des ouvrages de longue haleine?

A une grande distinction de manières, à une affectueuse réserve, Danyau joignait un dévouement absolu à ses malades; si quelque danger pouvait être redouté, si quelque accident pouvait subvenir, il multipliait ses visites, restait auprès de ses malades jusqu'à ce que tout péril fût écarté ; et si d'abord ses clientes s'étaient adressées au mérite et à l'habileté du chirurgien de la Maternité, plus tard elles recouraient aux bons soins de l'ami cordial et dévoué. Danyau fut, en en mot, le type accompli de l'accoucheur.

Ce fut en 1842 qu'il entra comme membre titulaire dans notre Société, qu'il fréquenta assidûment.

En 1843, il fut membre fondateur de la Société de chirurgie ; plus tard, il en fut le président. Cette année-là aussi il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur, et en 1844, membre de la Société allemande de médecine de Paris.

Il n'entra à l'Académie de médecine qu'en 1850; il succéda à son père, et s'il ne fut pas nommé plus tôt membre résident de l'illustre assemblée, c'est que, depuis la fondation, il n'était mort aucun membre dans la section d'accouchements.

En 1857, M. Dubois était arrivé à la limite d'âge, comme chirurgien des hôpitaux. Antoine Danyau fut nommé professeur et chirurgien en chef de la Maternité, où il resta jusqu'à l'expiration de son temps d'exercice.

En 1846, M. Danyau s'était remarié avec Mlle Desplanques, qui a servi de mère à ses enfants avec une affection et un dévouement qui ne se sont jamais démentis et dont ils ont gardé un vif et touchant souvenir.

En 1862, il fut promu au grade d'officier de la Légion d'honneur. Trois ans après avoir quitté les hôpitaux, en 1866, Danyau cessa toute clientèle ; il avait été indisposé par une série de furoncles, qui l'avaient profondément anémié, il comprit que le temps du repos était arrivé. Alors il se livra à ses deux passions favorites, sa famille et ses livres ; il ne les quitta plus, vivant dans la même maison que son fils et son gendre ; ses dernières années furent entourées de toutes les joies qu'il avait convoitées toute sa vie.

De temps en temps cependant, de vives souffrances venaient troubler son repos, parfois il éprouvait des douleurs atroces entre les deux épaules ; cette crise durait plus ou moins longtemps, puis le laissait dans un état de prostration profonde. Dès l'âge de 29 ans, il avait ressenti ces douleurs, mais à un degré moindre et à des intervalles éloignés ; aussi s'était-il cru atteint d'un anévrisme de la crosse de l'aorte.

Deux années de suite il alla aux eaux pour se reposer, mais les cures thermales n'apportèrent aucun soulagement dans la santé de notre cher maître.

Une des dernières joies qu'il ressentit fut d'être appelé au conseil d'administration du collége Sainte-Barbe, en 1867. Pendant vingt ans, il avait été médecin de cet établissement, pour lequel il a toujours eu une grande affection et une vive reconnaissance.

1870 arriva avec ses malheurs immenses et ses désastres inouïs. Danyau en fut profondément affligé; mais il voulut rester à Paris pendant le siége, avec son gendre, son second fils. Dès le mois de novembre 1870, les symptômes d'anémie se déclarèrent, et vers le milieu de janvier 1871 de violents accès d'angine de poitrine, se répétant plusieurs fois par jour, le retinrent à la chambre, et, le 19 février 1871, il succomba.

Danyau mourut comme il avait vécu, bravement, vaillamment. Un mois auparavant, dans les derniers jours de janvier, sentant sa fin prochaine, il fit son testament, dont la lecture est admirable et touchante.

L'homme de cœur, l'homme honnête est là tout entier; il demande d'abord pardon à ceux qu'il aurait pu offenser pendant sa vie, fait des charités nombreuses, quelques recommandations à ses enfants, et enfin il termine en espérant une paix honorable et des temps meilleurs pour notre pauvre France vaincue et mutilée.

Quel eût été son chagrin et son désespoir si, après la guerre étrangère, il eût vu la guerre civile en face et sous les yeux de l'étranger! mais la mort l'a pris à temps et lui a épargné cette dernière épreuve et cette dernière honte.

Danyau a été le type de la dignité professionnelle; il était l'honorabilité par excellence; aussi son souvenir, messieurs, vivra parmi nous et sera pour nous un grand exemple; car, si notre cher et regretté maître et collègue a eu une belle vie, il a eu aussi une belle mort.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours. — Le concours pour le prix du marquis d'Ourches, près l'Académie de médecine, sera clos fin décembre 1872.

Le *sujet à traiter* : Des moyens de distinguer la mort réelle ou apparente.

Le prix sera de 20,000 francs si l'auteur du travail indique *un moyen simple, applicable par un homme sans instruction.*

Il ne sera que de 10,000 fr. si le moyen indiqué relève de l'électricité ou d'autres moyens scientifiques.

— La Société des sciences médicales de Lyon a voté une somme de 2,000 francs pour la libération du territoire.

Cette somme représente les quatre cinquièmes du capital économisé par la Société depuis sa fondation, en 1861.

— Dans sa séance du 14 de ce mois, la Sociétété des médecins du bureau de bienfaisance a voté une somme de 300 francs pour la libération du territoire français.

— M. le docteur Mallez, fait les lundi, mercredi et vendredi à midi et demi, à sa clinique, rue Christine, nº 1, un cours en douze leçons sur la thérapeutique des affections de l'appareil urinaire.

— Clientèle à vendre, dans Seine-et-Oise, au prix d'une année de revenu moyen (10,000 fr.). — Facilité de payement.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 23. — SAMEDI 24 FÉVRIER 1872 45e ANNÉE SAMEDI 24 FÉVRIER 1872. — N° 23.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans le Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Un cas de polype intra-utérin à apparition intermittente. — Études sur la variole (M. Revilliod). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Mort de M. Laugier : discours de MM. Nélaton et Guyon. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Un cas de polype intra-utérin à apparition intermittente.

Certains polypes utérins présentent, au point de vue symptomatique, une particularité intéressante : primitivement renfermés dans le corps de la matrice, ils s'engagent, au moment des époques menstruelles, à travers le col entr'ouvert et proéminent dans le vagin ; puis, au bout d'un temps variable, ils cheminent en sens inverse et reviennent occuper leur position première, le col se refermant sur eux. Leur apparition dans le vagin est tout à fait passagère et comme intermittente.

Un fait de ce genre vient de se présenter à la Maison municipale de santé dans le service de M. Demarquay. M. L. E. Dupuy, interne de ce service, qui a suivi attentivement cette malade et qui a recueilli avec soin toutes les particularités intéressantes qui se rattachent à cette observation, en a fait le sujet d'une note détaillée, que nous mettons sous les yeux de nos lecteurs.

Bernardeau et plusieurs chirurgiens anglais ont publié des faits de ce genre. En France, Sabatier, Marjolin et Lisfranc avaient déjà signalé l'influence de la menstruation sur ces sortes de tumeurs. Aran, Nonat et Huguier en donnèrent une description exacte ; M. Demarquay en observa trois cas dans sa pratique. Enfin, en 1867, parut dans les *Archives de médecine* le mémoire de M. Larcher sur les polypes fibreux intra-utérins à apparition intermittente. Ce travail renferme plusieurs observations originales et résume l'état actuel de la science sur la question.

M. Larcher établit d'abord un fait capital, à savoir : « L'apparition passagère du polype liée au retour régulier des menstrues, et la disparition de la tumeur lorsque la cause provoquante elle-même est venue à cesser. » Il décrit ensuite avec soin les symptômes et les diverses complications liées à cette migration, les agents thérapeutiques qui la favorisent et permettent l'extirpation du polype rendu accessible à l'opérateur.

Par contre, toute description anatomo-pathologique fait défaut, et une seule fois on a constaté à la coupe de la tumeur « les caractères généraux propres aux polypes fibreux. »

Le cas suivant, tout en confirmant les données cliniques formulées par M. Larcher, démontre en outre l'importance de l'étude histologique de ces tumeurs.

Mme X..., âgée de 33 ans, est entrée le 20 janvier 1872 à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay.

Cette femme, dont la santé avait toujours été bonne jusque-là, commença à éprouver, il y a trois ans, des douleurs dans les lombes et le bas-ventre ; en même temps, elle avait des pertes de sang.

Les métrorrhagies cédaient généralement au bout d'une quinzaine de jours à l'influence du traitement suivant : repos au lit, le siége élevé ; limonade avec eau de Rabel ; pilules de cachou et de ratanhia ; injections vaginales de feuilles de noyer et d'écorce de chêne. La malade se croyait guérie, mais au bout de deux ou trois mois, les pertes reparaissaient.

Enfin, au mois de septembre dernier, cet état s'aggrava considérablement ; les métrorrhagies devinrent plus fréquentes et plus abondantes, au point de provoquer des syncopes, des vertiges avec sueurs froides.

Notons ici un point important et sur lequel nous reviendrons plus loin : A cette période, la malade, perdant du sang continuellement et en abondance, n'a plus connaissance de ses époques menstruelles.

Il y a trois semaines, Mme X... alla consulter M. le docteur Vivien, qui, à un premier examen, trouva le col dilaté comme une pièce de 2 francs ; le polype en sortait et apparaissait dans le vagin sous forme d'une masse violacée, d'aspect fongueux se terminant en pointe et de la dimension d'une grosse fraise.

A un deuxième examen, fait quelques jours après, le polype avait disparu du vagin ; le col entr'ouvert admettait la première phalange, et l'on sentait à une certaine hauteur l'extrémité inférieure du polype rentré dans la cavité utérine.

Le 22 janvier, le surlendemain de l'entrée de la malade à la maison de santé, on l'examine avec soin. Le doigt pénètre facilement dans le col utérin et sent une tumeur à surface rugueuse, dont l'extrémité, légèrement mobile, s'engage dans la cavité du col.

Le 23, le polype est remonté et on ne sent plus son extrémité dans toute l'étendue de la portion cervicale.

Le 24, à sept heures du matin, on administre à la malade *cinquante* centigrammes d'ergot de seigle, dans le but de provoquer l'expulsion du polype. Lorsqu'on pratique le toucher vaginal une heure plus tard, on constate que l'effet contraire à celui qu'on attendait s'est produit : le doigt ne peut plus pénétrer dans le col, qui est devenu rigide et s'est considérablement rétréci. En conséquence, on n'insiste pas davantage sur l'emploi de l'ergot.

Le 26, on introduit dans le col une tige de *Laminaria*, que

l'on fait pénétrer assez profondément dans la cavité utérine. Sauf quelques douleurs lombaires dans la journée, la dilatation du col est parfaitement supportée.

Le 27, le col a été suffisamment dilaté pour qu'on puisse arriver assez facilement sur le polype, qui est toujours renfermé dans la cavité utérine. Les contours en sont irréguliers : on ne peut encore circonscrire le pédicule, mais il semble que l'insertion se fait à la paroi antérieure, vers la réunion de la portion cervicale avec le corps. On continue la dilatation avec l'éponge préparée.

Le 28, le col étant largement dilaté, M. Demarquay procède à l'extraction du polype. Sa partie inférieure est facilement accessible, mais le pédicule ne peut pas encore être circonscrit avec le doigt.

Alors, pendant qu'un aide attire légèrement en bas l'utérus au moyen de deux pinces-érygnes fixées aux lèvres du col, M. Demarquay débride avec de forts ciseaux la lèvre postérieure du museau de tanche.

Ce débridement permet d'arriver facilement jusqu'au pédicule. Celui-ci est allongé et de petit diamètre; il s'insère, ainsi qu'on l'avait présumé, à la face antérieure de l'utérus, à la jonction de la portion cervicale avec le corps.

Le polype est ensuite saisi avec une pince, à laquelle on imprime un mouvement de torsion : quelques lambeaux sont d'abord arrachés, mais bientôt le pédicule cède et la masse entière du polype est extirpée.

Le soir, céphalalgie et léger mouvement fébrile. Aucune douleur spontanée ni à la pression dans l'abdomen. Pas d'écoulement sanguin par le vagin.

Le surlendemain de l'opération, 30 janvier, nausées, vomissements, céphalalgie, 104 pulsations. L'abdomen est souple et non douloureux.

Le 2 février, l'appareil fébrile de l'avant-veille avait disparu, lorsque la malade a éte prise tout à coup, le matin, d'un violent point de côté à droite, avec accès de dyspnée et nouveau mouvement de fièvre, et tous les signes d'une pleurésie.

Le 18 février, la pleurésie s'est amendée sous l'influence de plusieurs vésicatoires appliqués successivement en avant et en arrière de la poitrine.

Depuis l'opération, les douleurs lombaires et les métrorrhagies n'ont point reparu. Néanmoins, la malade, très-anémiée, n'est pas encore en pleine période de convalescence.

Le 20 février, elle meurt subitement par syncope.

Examen du polype. — Sa forme est allongée et aplatie; sa surface est rugueuse et irrégulière. D'une coloration grisâtre dans sa portion supérieure, il est rouge violacé et semble fortement congestionné inférieurement. Terminé en pointe, il se renfle à sa partie moyenne, puis se rétrécit de nouveau, pour donner naissance à un pédicule étroit et allongé.

Sa longueur totale mesure 6 centimètres; sa largeur est de 2 1/2 centimètres; la longueur du pédicule est de 1 1/2 centimètres. Les coupes de la tumeur ont un aspect marbré dû à de nombreux extravasats sanguins se détachant sur un fond grisâtre et de consistance lardacée.

L'examen histologique en fut fait au laboratoire de M. Ranvier, qui définit la tumeur un « angiôme caverneux ».

Notre ami Renault, interne des hôpitaux, nous a transmis, à ce sujet, la note suivante :

Sur des coupes transversales et longitudinales de la tumeur, colorées rapidement par une solution ammoniacale de carmin, et examinées ensuite dans la glycérine acidifiée par l'acide formique, on remarque les particularités suivantes :

Sur une coupe longitudinale, examinée à un faible grossissement (Obj. 0, ocul. 1 Vericlh), on voit de longs boyaux longitudinaux remplis d'une substance granuleuse colorée en rose par le carmin. Ces boyaux sont limités par un mince liséré d'un rouge plus foncé. Ce sont les coupes longitudinales de vaisseaux ectasiques qui courent parallèlement les uns aux autres en communiquant fréquemment entre eux par des anastomoses latérales.

En outre, on voit des coupes de vaisseaux analogues qui présentent une coloration brunâtre.

Entre les sections longitudinales et les transversales, sur une même coupe, on trouve tous les intermédiaires. La tumeur, exclusivement composée de vaisseaux qui ne sont guère séparés que par l'épaisseur de leur paroi très-amincie, elle-même doit donc être définie une *tumeur vasculaire télangiectasique* (angiome caverneux).

Cet aspect général existe sur tous les points comme aussi sur les coupes du pédicule, où les sinus formés par les vaisseaux dilatés sont un peu plus larges et gorgés de corpuscules sanguins plus ou moins altérés. Outre la disposition grossière des vaisseaux, il importe maintenant de décrire :

a L'état de leur paroi; *b* leur contenu; *c* la substance interstitielle rare qui occupe les espaces polygonaires qu'ils laissent entre eux quand ils ne sont pas directement accolés.

a Etat de la paroi. — A l'aide d'un grossissement de 300 diamètres (obj. 6, oc. 1, Vericlh), on la voit extrêmement amincie, formée par des rangées de cellules assez volumineuses, embryonnaires et présentant parfois des dégénérescences vésiculeuses ou graisseuses à divers degrés. Entre deux vaisseaux dilatés parallèles, la paroi paraît sensiblement unique.

b Dans la section des vaisseaux présentant une coloration brune, on trouve un amas de globules rouges du sang encore peu dégénérés, au milieu desquels les globules blancs, devenus granulo-graisseux, n'ont pas encore perdu la faculté de fixer le carmin et se détachent en rouge sur la masse. Dans les vaisseaux à contenu plus altéré, on ne trouve plus qu'une matière amorphe se colorant en rose par le carmin, et, par ce caractère, semblant se rapprocher de la substance colloïde. Cette substance est fréquemment semée de traînées longitudinales de granulations graisseuses au centre desquelles on trouve le plus souvent un noyau, et qui doivent être vraisemblablement rapportées à des globules blancs du sang en dégénérescence graisseuse avancée.

c Enfin, sur les quelques points où la tumeur offre un tissu propre, celui-ci est constitué par une substance fibrillaire semée de grosses cellules embryonnaires arrondies et en dégénérescence graisseuse avancée (corps granuleux ou corpuscules de Glüge). Ces îlots sont très-rares dans la tumeur et comblent les espaces que laissent entre eux les vaisseaux trop peu dilatés pour arriver au contact direct.

Si on envisage la question au point de vue symptomatique, la tumeur que nous venons d'étudier doit être rangée dans le cadre des polypes intra-utérins à apparition intermittente.

Résumons en effet les résultats fournis par le toucher vaginal.

A un premier examen, le polype proémine dans le vagin, et on lui reconnaît tous les caractères que nous avons pu constater nous-même dans la suite de l'observation.

Quelques jours après, la tumeur a abandonné le vagin, mais on retrouve son extrémité inférieure engagée dans le col utérin.

Enfin, le 23 janvier, on explore toute la portion cervicale de l'utérus sans aucune trace du polype; et certes, à ce moment, l'existence de ce dernier eût été fortement révoquée en doute par un observateur non prévenu. L'apparition passagère de la tumeur dans le vagin est donc nettement établie; il reste maintenant à déterminer les causes et le mécanisme de cette migration.

La plupart des observateurs ont été frappés, avons-nous dit plus haut, des liens existant entre l'apparition du polype et la menstruation. Il ne nous a pas été donné d'observer cette relation chez notre malade, et voici pourquoi :

Depuis longtemps, Mme X... n'avait plus eu connaissance de ses époques menstruelles; de plus, elle demandait instamment l'opération, qui était devenue urgente, vu l'affaiblissement général causé par ses métrorrhagies abondantes et continuelles. Nous fûmes donc dans l'impossibilité de mettre la malade en observation assez longtemps pour constater s'il existait une périodicité, c'est-à-dire une véritable intermittence dans l'apparition de la tumeur. Néanmoins il semble probable que le cas actuel ne doit point faire exception à la règle générale, et nous admettrons volontiers ici l'influence de la menstruation comme étant la cause provoquante de la migration du polype.

Quant au second point, c'est-à-dire au mécanisme de cette migration, nous avons trouvé la question plus obscure et moins étudiée. Les auteurs sont, en effet, muets à cet égard ou se bornent à des généralités si vagues qu'elles n'expliquent rien. Ainsi Larcher se contente de formuler la conclusion suivante : « Les influences cataméniales paraissent devoir leur influence apparente aux contractions utérines qui les accompagnent, et que les auteurs indiquent généralement comme favorisant l'expulsion des polypes. »

Cette manière de voir semble confirmée par un fait parfaitement étudié par Larcher, à savoir l'action physiologique de l'ergot de seigle administré pour favoriser l'apparition de ces tumeurs intra-utérines.

Dans plusieurs cas, en effet, l'issue du polype a été provoquée par cette médication, qui a ainsi permis de le saisir et de l'extirper. Or, dans notre observation, l'administration de l'ergot de seigle a produit l'effet contraire, le polype ayant été refoulé dans l'utérus sous l'influence des contractions de cet organe. Nous pouvons en conclure que si l'action utérine est évidente dans certains cas, elle ne saurait l'être dans tous; et ainsi, nous avons été amené à chercher une cause physiologique différente.

En présence de l'opinion de M. Ranvier, qui définit la tumeur un angiome caverneux, il nous a paru plus vrai d'attribuer à la nature érectile de la tumeur cette remarquable migration.

Voici l'explication que nous proposons : au moment des règles, c'est-à-dire alors que tout le système vasculaire utérin est gorgé de sang, la tumeur augmente de volume et tend à descendre dans le vagin; cette propulsion est favorisée en outre par la turgescence des parois utérines, et l'écoulement menstruel lui-même. En d'autres termes, nous appuyant sur des données histologiques précises et sur l'expérimentation thérapeutique, nous attribuons l'apparition intermittente du polype que nous avons observé à la congestion périodique du système vasculaire utérin entraînant celle des vaisseaux ectasiques excessivement développés de l'angiome.

ÉTUDES SUR LA VARIOLE (1)

ÉPIDÉMIE DE 1870-71 OBSERVÉE A L'HOPITAL CANTONAL DE GENÈVE

Par le docteur Revilliod, médecin en chef dudit hôpital.

L'épidémie de variole de 1870-71 a été, à Genève, la plus intense de ce siècle.

Elle a fourni au moins deux fois plus de cas que celle de 1850, bien qu'elle ait été d'une durée moins longue.

Elle a sévi surtout sur la population habitant le canton depuis moins de douze ans. Les natifs sur le canton ne représentent que 22,92 0/0 des variolés.

Si une première vaccination a été souvent insuffisante, la revaccination a prouvé d'une manière absolue sa puissance préservatrice.

Cette épidémie a présenté comme caractère spécial la fréquence des formes anomales (la forme hémorrhagique en particulier), qui ont été la cause principale des décès.

Ce dernier élément s'est, du reste, montré pendant l'épidémie dans mainte autre affection que la petite vérole.

Il y a eu aussi un grand nombre de varioles hémorrhagiques bénignes.

En 1858, la variole hémorrhagique a représenté le 7 pour 100 des varioles et n'a donné que 20 pour 100 de guérisons, tandis qu'en 1870-71 elle a représenté le 17 pour 100 des variétés et a donné 46,40 de guérisons.

Les éruptions connues sous le nom de *rash* se sont montrées exceptionnellement fréquentes.

M. Revilliod termine son travail en demandant la *vaccine* et la *revaccination obligatoires*, comme l'Angleterre, l'Allemagne et le canton de Vaud en ont donné l'exemple.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : l'*Union médicale*; — la *Gazette des Hôpitaux*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Marseille médical*; — le *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — l'*Art dentaire*.

M. Verneuil, à propos de la correspondance, présente deux volumes en portugais intitulés : *Leçons de clinique chirurgicale*, par le docteur Saboia, de Rio-Janeiro; une thèse de concours sur *les fractures compliquées*, par le même auteur.

M. le docteur Saboia demande à être compris au nombre des candidats au titre de correspondant étranger.

L'inscription aura lieu et des remercîments sont adressés à l'auteur.

M. Verneuil présente une thèse de M. Mascarel intitulée : *Considérations sur le siége des lésions traumatiques, avec proposition d'une nouvelle classification*; un article *Sur l'étiologie et le mécanisme des lésions traumatiques*, publié dans la *Revue scientifique*; un mémoire extrait des archives générales de médecine intitulé : *Tumeurs gommeuses de la région inguinale*, par M. Verneuil.

Des remercîments sont adressés aux auteurs.

— **M. Lefort** fait la rectification suivante, à propos du procès-verbal d'une des séances précédentes.

J'ai eu le tort, dans la séance dernière, de n'arriver qu'à la fin de

(1) In-8°. — Prix 1 fr. 50.

la lecture du procès-verbal de la séance du 31 janvier, ce qui m'oblige à produire aujourd'hui une réclamation tardive.

Il y a dans le procès-verbal :

« Ce que je crois être bon et profitable est une application de la greffe de M. Reverdin. Il y a dans la greffe épidermique un peu de derme; il faudrait prendre plus de derme, et voilà tout. »

Le procès-verbal renferme une erreur qu'il m'importe de rectifier, car je repousse tout rapprochement entre l'autoplastie par lambeau détaché et la greffe épidermique.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. FORGET demande s'il ne serait pas possible de supprimer du procès-verbal les mots de « baraques établies suivant la méthode prussienne. » Les Américains, pendant la guerre, avaient mis en pratique ce système d'hôpital avant les Allemands.

M. DESPRÈS. M. Panas s'est servi du mot de « chalet prussien » dans son argumentation, et voilà pourquoi la mention se trouve au procès-verbal.

M. LEFORTS. Les baraques de l'hôpital Saint-Louis n'ont pas été faites exactement d'après un modèle de baraque connu.

Dans mon travail sur les hôpitaux sous tente, j'avais donné le dessin des baraques prussiennes faites à l'occasion de la guerre de 1866.

Ces bâtiments étaient construits partie en bois, partie en toile, et au sommet du toit il y avait une ouverture et un petit toit de façon à entretenir une ventilation régulière. Les baraques de l'hôpital Saint-Louis sont plus mauvaises que les baraques prussiennes. Les toiles sont remplacées par des fenêtres vitrées, ce qui est cause d'un excès de chaleur dans l'intérieur du chalet, que corrige, il est vrai, le peu d'épaisseur des parois en bois de la baraque.

M. GIRALDÈS. Les Américains ont depuis longtemps construit des baraques plus ou moins grandes pour y placer des malades. C'est avec des poutres de bois équarries qu'ils les bâtissaient; la solidité et l'aération ne laissaient rien à désirer.

M. TRÉLAT. Les petites baraques, telles que celles qui sont employées à l'hôpital Saint-Louis, sont peu différentes du système des baraques connues et employées depuis longtemps en Amérique.

M. BLOT. Ce qu'il faut dire avant tout, c'est que les malades opérées par M. Panas ont été opérées dans des salles où elles étaient seules, dans des chalets isolés.

NOMINATION DES COMMISSIONS

M. LE PRÉSIDENT désigne trois commissions chargées de faire des rapports, s'il y a lieu, sur les sujets suivants :

Commission de l'ovariotomie : MM. Boinet, Panas et Labbé.

Commission pour l'étude du pansement des amputés : MM. Chassaigne, Guérin et Lefort.

Commission pour l'étude des plaies de guerre : MM. Legouest, Perrin et Desprès.

M. LEFORT demande à ne point faire partie de la commission pour laquelle il est désigné, alléguant qu'il se livre de son côté à une étude sur le sujet, et qu'il désire conserver sa liberté d'action dans la discussion.

M. BOINET décline la mission qui lui est confiée. J'ai, dit-il, fait déjà un rapport sur l'ovariotomie qui n'a pas été publié, quoique l'impression en ait été votée, et je ne désire pas en faire un nouveau, qui peut avoir le même sort.

M. LE PRÉSIDENT. Il sera fait droit à la demande de MM. Lefort et Boinet. Je dois dire, toutefois, à M. Boinet que le Bureau ne peut être responsable de faits qui sont antérieurs à son exercice. J'ajoute que le rôle des commissions est de centraliser les travaux qui seront envoyés à la Société, et de faire un rapport s'il y a lieu. M. Lefort sera remplacé par M. Sée et M. Boinet par M. Blot.

LECTURE

De l'intervention des eaux minérales d'Aix (Savoie) dans la pratique chirurgicale et les blessures de guerre. — M. DAVAT, membre correspondant, lit un travail sur ce sujet. (*Sera publié.*)

COMMUNICATION

Suppuration des lésions traumatiques interstitielles. — M. VERNEUIL lit un travail sur ce sujet :

Depuis John Hunter, on sait que les lésions traumatiques se comportent tout différemment, suivant qu'elles sont exposées ou soustraites à l'action de l'air. La suppuration, qui constitue la règle pour les premières, est, au contraire, pour les secondes une rare exception.

Cette vérité générale, signalée par l'illustre chirurgien anglais, a été rééditée par un auteur contemporain qui a poussé l'exagération jusqu'à dire que les lésions sous-cutanées *ne suppuraient jamais.*

L'observation a promptement fait justice d'une assertion aussi absolue. Il n'est donc pas un chirurgien qui n'ait vu le pus se former dans le foyer d'une contusion simple, d'une fracture, d'une luxation, d'une entorse, d'une rupture musculaire, etc., lors même que les désordres primitifs étaient peu graves en apparence et en réalité.

Il faut reconnaître, toutefois, que ces faits sont assez rares, si l'on prend soin surtout de distraire du groupe des lésions sous-cutanées les lésions cavitaires, c'est-à-dire de celles qui intéressent une cavité naturelle ou accidentelle dont le contenu (sécrétion ou excrétion) agit sur nos tissus d'une façon plus nuisible encore que l'air atmosphérique.

Mais ce départ fait, il reste encore des cas où la suppuration se montre, contre toute attente, par le fait d'une exception aux règles générales qui régissent l'évolution des blessures interstitielles.

Cette anomalie ne peut s'expliquer que par l'adjonction à l'action vulnérante commune de quelque cause locale ou générale capable de démentir la bénignité ordinaire du pronostic.

Ces causes sont indiquées : on note une irritation trop forte développée dans le foyer traumatique par un exercice intempestif de l'organe blessé, par une attrition trop considérable des tissus profonds masquée par l'intégrité des téguments, par une thérapeutique intempestive (sangsues appliquées sur une partie contuse, ponction d'un épanchement sanguin, etc.); enfin on accuse un mauvais état de la constitution du blessé, entraînant une disposition toute spéciale à la formation du pus.

Toutes ces explications sont acceptables et journellement confirmées par l'observation clinique; mais elles ne dissipent pas toutes les obscurités; elles ne nous apprennent pas pourquoi les causes précitées restent souvent sans effet, et pourquoi l'anomalie en question, c'est-à-dire la suppuration, se montre dans des foyers traumatiques dépourvus de toute complication et chez des sujets en apparence exempts de toute tare constitutionnelle.

Il faut donc, pour éclairer ce point de pathologie générale, recourir à l'observation, rassembler des faits, les exposer avec détail et en déduire la signification.

Ayant observé plusieurs cas de ce genre, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous les communiquer et d'en chercher avec soin l'interprétation rationnelle.

OBS. I. — *Lésion traumatique multiple. — Pyohémie.—Suppuration dans le foyer d'une fracture simple du péroné.*

Un jeune homme de 21 ans, de petite taille, mais bien constitué et toujours bien portant, entre dans mon service, en 1868, pour des lésions traumatiques multiples.

Il présentait, sur plusieurs points du corps, des contusions plus ou moins étendues, mais nous remarquons surtout une plaie contuse de la région sourcilière gauche, avec dénudation du frontal, et à la partie moyenne du pouce droit, une fracture extrêmement simple sans déplacement, sans contusion de la peau, et qui ne fut reconnue sur le vivant qu'à la douleur circonscrite de l'ecchymose tardive. Le malade fut apporté à l'hôpital immédiatement après l'accident, sans avoir fait un seul pas. Il fut couché aussitôt, et un ap-

pareil très-léger fut appliqué sur la jambe droite dès que la fracture fut reconnue, c'est-à-dire vers le 3e ou 4e jour.

Jusqu'à la mort, cette lésion ne détermina pas le moindre symptôme local appréciable.

La plaie frontale fut le point de départ d'une infection purulente bien caractérisée qui entraîna la mort 25 jours après l'accident et offrit à l'autopsie, outre une méningite suppurée, les abcès viscéreux caractéristiques. J'examinai avec soin la fracture du péroné. Les dégâts étaient aussi minimes que possible. Les muscles, à peine endommagés, étaient colorés par du sang noir dans une petite étendue, et l'infiltration sanguine, dans les interstices musculaires, était également très-limitée. Les deux bouts osseux étaient en contact presque parfait. Une esquille irrégulière, d'un volume d'un pois, était tout à fait libre dans leur intervalle; bouts osseux et esquille baignant dans la suppuration, le périoste avait disparu dans l'étendue de quelques millimètres. La quantité totale du pus ne dépasse pas deux grammes; les veines péronières étaient absolument saines.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

—

Le professeur Laugier.

Dimanche dernier nous avons assisté aux obsèques de notre ancien maître, M. le professeur Laugier. Une assistance des plus nombreuses remplissait l'église de la Trinité. Nous y avons remarqué presque tous les membres de l'Académie des sciences, à commencer par le président M. Faye, le vice-président M. Quatrefages, les deux secrétaires perpétuels, MM. Brongniart et Dumas; presque tous ceux de l'Académie de médecine, dont le président M. Barth se tenait près du cercueil, les yeux pleins de larmes; à peu près tous les professeurs de la Faculté, en grand costume, et une foule de médecins qui, durant la longue carrière de M. Laugier, avaient pu apprécier ses qualités de cœur, comme ses élèves ou ses amis.

Nous reproduisons deux des discours qui ont été prononcés sur la tombe, celui de M. Nélaton, qu'une émotion trop vive ne lui a point permis de lire lui-même, et celui de M. Guyon, qui s'était chargé de représenter les élèves de M. Laugier.

Discours de M. Nélaton.

Messieurs,

Parmi les chirurgiens qui ont occupé une position éminente dans la première moitié de ce siècle, on devra citer le savant confrère dont nous venons aujourd'hui déplorer la perte au bord de cette tombe.

Stanislas Laugier naquit à Paris le 28 janvier 1799. Son père, André Laugier, cousin de Fourcroy, le destina aux carrières scientifiques : véritable tradition de famille qui s'est perpétuée jusqu'à nos jours. Le jeune Laugier voulait entrer à l'École polytechnique, et son succès paraissait assuré, lorsqu'une maladie survenue au moment même des examens vint déjouer ses projets. Détourné de la voie qu'il avait voulu parcourir, il s'adonna avec ardeur aux études médicales.

Pendant son internat, c'est-à-dire au moment où les aptitudes du médecin commencent à se dessiner d'une manière franche, il voit Dupuytren; il est transporté d'admiration pour l'enseignement de ce grand maître, et, désormais, sa carrière est définitivement fixée. De son côté, le maître l'avait distingué, et, malgré sa froideur apparente, il ne cessa jamais de donner à son élève des preuves d'affection.

Bientôt Laugier aborde les concours.

En 1830, il obtient le titre d'agrégé à la Faculté de médecine.

Un an après, il est nommé chirurgien du bureau central.

Mais ces divers titres ne suffisent pas à sa légitime ambition.

Le professorat est le but auquel il aspire et qu'il saura atteindre, grâce à son mérite et à sa persévérance.

En 1814, il est élu membre de l'Académie de médecine, dont il sera bientôt président.

Quelques années après, il pose sa candidature à la place laissée vacante par Auguste Bérard, et, à la suite d'un brillant concours, il devient titulaire de la chaire de clinique chirurgicale.

Placé sur ce nouveau théâtre, il va donner carrière à ses dispositions naturelles.

Chaque fait nouveau qui se présente à lui est l'objet d'une étude approfondie; il recherche, non point le côté brillant du professorat, mais le côté utile. Il laisse voir une prédilection marquée pour les sujets inexplorés. Au lieu de reculer devant les difficultés d'un problème, il aime à lutter avec elles, et parvient souvent à en triompher. Éprouvant un certain éloignement pour les travaux de compilation, c'est l'étude de la nature prise sur le fait qui absorbe toutes ses méditations. Il ne pouvait se résigner au rôle d'historien de la science; il voulait en être un des fondateurs.

Pour justifier le jugement que nous venons d'émettre, il nous suffira de signaler ses nombreuses publications sur :

1° *La saignée des os;*

2° *La localisation de la commotion cérébrale;*

3° *La détermination de la portion d'intestin qui entre dans la composition d'une hernie;*

4° *La guérison des fistules lacrymales par la perforation du sinus maxillaire;*

5° *Sur un signe propre à faire éviter la lésion de l'intestin pendant l'opération de la hernie étranglée;*

6° *Sur les bains d'oxygène employés comme traitement de la gangrène spontanée;*

7° *L'autoplastie par transformation inodulaire appliquée au traitement des anus contre nature;*

8° *Sur l'origine et l'accroissement de l'hématocèle rétro-utérine;*

Etc., etc., etc.

Dans ces divers mémoires, on découvre, il est vrai, un certain nombre d'idées quelque peu spéculatives; mais il savait les défendre avec beaucoup d'art et une grande finesse d'argumentation.

Nous pourrions encore ajouter à la liste des œuvres que nous venons d'énumérer une foule de notes relatives à des points de chirurgie d'une importance secondaire; mais nous préférons suivre Laugier sur le terrain des grandes questions pratiques qu'il a traitées.

Citons d'abord le mémoire sur l'*Écoulement de liquide aqueux par l'oreille à la suite des percussions du crâne.* On se rappelle les discussions qui ont suivi la publication de ce mémoire; bien des opinions ont été émises; bien des théories de ce fait nouveau ont été exposées, mais personne n'en a contesté la réalité et l'importance.

La note sur *la Suture des fragments d'une partie d'une fracture ancienne de l'humérus après leur résection oblique.* Cette opération, indiquée par Achille Flaubert, a été exécutée pour la première fois, avec un plein succès, par notre habile confrère.

Son travail intitulé : *Opérations du trépan sur les vertèbres, dans le cas de fractures compliquées de paraplégie, etc., etc.* Opération éminemment rationnelle qu'il a, le premier, conçue et pratiquée.

Son étude sur la *Ligature de la sous-clavière, suivant la méthode de Brasdor.*

Tous ces travaux constituaient pour notre confrère autant de titres qui devaient attirer sur lui l'attention, et lui ouvrir les portes de l'Académie des sciences, insigne honneur si longtemps désiré et qui vint combler tous ses vœux (1868).

Malgré les atteintes déjà profondes d'un mal qui devait le conduire prochainement au tombeau, Laugier n'interrompt point ses travaux; il continue son service d'hôpital et il se trouve en présence d'un jeune homme atteint d'un anus contre-nature, avec oblitération complète du bout inférieur, variété réputée incurable. Laugier n'en juge pas ainsi, et il invente sa fameuse opération de

l'entérotomie iléo-cœcale, dont il nous exposait le résultat dans une de nos dernières séances, venant, pour ainsi dire à la veille de sa mort, montrer à l'Académie que sa vie, jusqu'à ses derniers moments, avait été consacrée à la science et au soulagement de l'humanité.

Telle a été la vie de cet homme de bien. Appartenant à une famille de savants, il semblait dès sa jeunesse, par la nature de son esprit et l'éducation qu'il recevait, prédestiné à un brillant avenir scientifique. Il a réalisé toutes les espérances que la science avait fondées sur lui, et il comptera désormais parmi les illustrations de notre pays. Il chercha le bonheur, non dans l'éclat de sa réputation, mais dans le travail, dans les joies de la famille, et dans l'exercice d'une profession où il n'a cessé de montrer le plus entier dévouement.

Adieu, Laugier! Adieu!

Discours de M. Guyon.

Messieurs,

C'est au nom de ses élèves que j'adresse un dernier adieu au maître vénéré que nous venons de perdre. M. Laugier, dont la mémoire vivra dans la science, dans les grands corps enseignants et scientifiques auxquels il a appartenu, et qui viennent de lui donner, avec la plus grande autorité, de si hauts témoignages de leur affectueuse estime, a droit à des souvenirs plus intimes. Pendant sa longue et belle carrière, il a su se créer d'inaliénables titres à l'affection et au respect de bien des générations médicales. Ce sont ces titres, qui n'étaient pas les moins précieux pour lui, que ses élèves tiennent à rappeler sur cette tombe qui va les séparer à jamais de leur maître.

C'est d'ailleurs dans la vie privée, c'est dans ces causeri es familières qui unissent le maître à l'élève pendant la visite d'hôpital, qui forment le lien le plus puissant entre celui qui enseigne et celui qui écoute, qui laissent dans le cœur les meilleurs souvenirs et dans l'esprit les plus solides bases de l'éducation médicale, que M. Laugier se livrait tout entier. Les grands traits de son beau et si respectable visage s'animaient alors sous l'éclat de ce regard vif et fin, de ce charmant sourire si expressif, si bien fait pour attirer et attacher l'auditeur. Son esprit ingénieux suivait avec entrainement tous les aspects que revêtait la question qui l'attirait.

Les plus grandes difficultés de diagnostic, les ressources les plus délicates du traitement, la recherche inventive d'instruments, de procédés nouveaux, tels étaient les problèmes qu'il aimait à voir se présenter, à discuter, à résoudre.

Et dans ces conversations familières où le maître s'oubliait près de ses élèves, combien de fois n'avons-nous pas entendu M. Laugier rendre hommage à ceux qui avaient commencé son éducation chirurgicale. Avec quel respect il nous parlait de Dupuytren, comme il aimait à rappeler le temps où il était interne d'une des sections du grand service de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, dans ces mêmes salles où il avait lui-même à transmettre les grandes traditions de la chirurgie. M. Laugier avait eu sur ce théâtre ses premiers succès; c'est avec les observations recueillies dans ce service, dont il était le chef, après en avoir été l'élève, qu'il avait jadis obtenu le prix de l'internat. Aussi la chaire de clinique de l'Hôtel-Dieu fut-elle pour notre cher maître la plus belle récompense de sa vie laborieuse. C'est dans les salles de cet hôpital célèbre qu'il a donné, pendant près de dix-huit ans, à de nombreuses générations d'élèves, l'exemple d'une pratique sage et cependant amie du perfectionnement, des tentatives et des recherches nouvelles; de l'honnêteté la plus absolue, du désintéressement, de la modestie, du dévouement, de la bonté.

Déjà souffrant, M. Laugier voulut reprendre la direction de son service d'hôpital pendant le siége de Paris, et, pour cela, il renonça au repos des vacances pour demeurer dans la capitale, que les événements menaçaient. Son âge et sa santé, la présence de son fils dans les ambulances, qui déjà s'étaient portées sur les points envahis du territoire, lui conseillaient de ne pas s'exposer aux rigueurs de l'investissement. Il voulut en courir les risques et remplir son devoir. « Je mourrai sur la brèche », disait-il souvent aux siens. Il a tenu sa promesse. Il y a à peine quelques semaines, M. Laugier faisait, dans sa dernière visite d'hôpital, une grande opération; quelques jours auparavant, il avait conçu et mis à exécution une nouvelle méthode d'entérotomie que le désespoir et les souffrances d'un de ses malheureux malades l'avaient conduit à imaginer.

Pour plusieurs d'entre nous, les rapports du maître à l'élève ont fait place à des relations amicales auxquelles M. Laugier savait vous convier avec simplicité, et auxquelles on pouvait se confier avec sécurité. C'était, pour lui, un accroissement de famille, et son fils aîné devait, à son tour, prendre place au milieu de ses élèves.

La mort n'a pas rompu le lien qui nous unit à vous, cher et vénéré maître; le respect que vous nous avez appris à avoir pour ceux qui transmettent la science qu'ils ont acquise, nous nous ferons toujours honneur de l'avoir pour vous. Vous avez fait plus encore en nous ouvrant votre foyer, en nous donnant place intime dans votre famille; cette place, nous ne la déserterons pas; nous y viendrons rechercher les souvenirs les plus sympathiques et les moins connus de votre délicate nature, de cet esprit si fin, de toutes ces qualités que vous aimiez si peu à montrer au public dans toute leur expansion. Nous nous estimerons heureux d'être les amis dévoués de la compagne de votre vie et de vos fils; nous nous souviendrons que votre mémoire ne serait pas complétement honorée, si nous n'étions pleins de respect pour elle et remplis d'affection pour ceux que vous avez aimés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté en date du 10 janvier, ont été nommés :

Officiers de l'instruction publique : MM. A Becquerel, Chevreul, Coste, Decaisne, Frémy, Stanislas-Julien, de Quatrefages, Ch. Sainte-Claire-Deville, membres de l'Institut; Desgranges, professeur à l'École de médecine de Lyon; Alph. Milne-Edward, professeur à l'École de pharmacie de Paris; Parise, professeur à l'École de médecine de Lille; Vallet, médecin du lycée d'Orléans; Vignes, médecin du lycée de Tarbes; Colin, Godelier, Perrin, professeurs au Val-de-Grâce; Cressant, médecin du Collége et de l'École normale de Guéret; Ély, secrétaire-adjoint du Conseil de santé des armées; Grellois et Mounier, médecins principaux de 1re classe de l'armée; Vidal, bibliothécaire de l'École supérieure de pharmacie.

Officiers d'académie : MM. Desmarets, préparateur au Muséum; Vulpian, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Bénard, professeur à l'École de médecine d'Amiens; Berriat, professeur à l'École de médecine de Grenoble; Bitot, professeur à l'École de médecine de Bordeaux; Castan, agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Duménil, secrétaire de l'École de médecine de Rouen et professeur adjoint; Gay, chargé de cours à l'École de pharmacie de Montpellier; Gintrac (Henri), directeur et professeur de l'École de médecine de Bordeaux; Gossart, professeur à l'École de médecine d'Arras; Laënnec, professeur à l'École de médecine de Nantes; Lamotte, professeur adjoint à l'École de médecine de Clermont; Personne, chef des travaux physiques et pharmaceutiques à l'École supérieure de pharmacie de Paris; Planchon, professeur adjoint à la même école; Quissac (le docteur), conservateur des collections de la Faculté de médecine de Montpellier; Raymondaud, professeur à l'École de médecine de Limoges; Garnier, médecin du lycée du Mans; Gelez, chirurgien du lycée de Douai; Hubert, médecin du lycée de Laval; Place, médecin du lycée de Bourg; Pros, médecin du lycée de La Rochelle; Tissier, médecin à Paris (inspection et surveillance gratuites des écoles et des salles d'asile du 4e arrondissement de Paris, au point de vue de l'hygiène); Fines, médecin à Perpignan (organisation d'observations météorologiques dans les écoles); Villemin, médecin principal de 2e classe, professeur au Val-de Grâce; Servier, médecin-major,

professeur au Val-de-Grâce; Marquez, médecin à Colmar, ancien membre du bureau d'administration du lycée; Porte (De la), médecin-major du 16e dragons (ouvrages populaires sur l'agriculture et l'histoire naturelle); Lebel, médecin à Paris (ouvrages scientifiques); Boisduval, médecin à Paris, vice-président de la Société d'horticulture (conférences aux instituteurs sur la science agricole).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. V. Cornil, agrégé, commencera, le mercredi 27 courant, une série de leçons sur *l'inflammation considérée en général et dans les tissus*, dans le petit amphithéâtre de l'École de médecine, à huit heures du soir, et les continuera les vendredis et mercredis suivants.

— Clientèle à vendre, dans Seine-et-Oise, au prix d'une année de revenu moyen (10,000 fr.). — Facilités de payement.

Études de Me De'aunay, avoué à Corbeil, et Lamy, notaire à Paris.

VENTE sur licitation, entre majeurs et mineurs, en l'étude et par le ministère de Me Lamy, notaire à Paris, rue Royale-Saint-Honoré, no 10, le lundi 26 février 1872, deux heures,

D'un FONDS DE PHARMACIE exploité à Saint-Michel-sur-Orge (Seine-et-Oise),

Station du chemin de fer d'Orléans, 45 minutes de Paris, comprenant : clientèle, achalandage, matériel.

Mise à prix pouvant être baissée, 2,000 fr.

L'acquéreur prendra en outre les marchandises à dire d'experts.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 24. — MARDI 27 FÉVRIER 1872 45e ANNÉE MARDI 27 FÉVRIER 1872. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu. De la paralysie infantile (M. Ball). — Ovariotomie (M. Le Fort). — Société de chirurgie. — Correspondance. — Nécrologie. — Nouvelles.

HOTEL-DIEU. — M. B. Ball.

De la paralysie infantile.

(Leçon recueillie par M. le docteur Liouville, chef de la clinique de la Faculté.)

Parmi les maladies du système nerveux, dont les progrès incessants de la science nous ont appris à mieux connaître la nature, il en est une qui se place au premier rang dans les préoccupations scientifiques du jour; je veux parler de la paralysie infantile ou paralysie atrophique de l'enfance, affection qui, comme son nom l'indique, se rencontre surtout aux premiers âges de la vie, et qu'on observe le plus souvent dans les hôpitaux d'enfants, mais qui peut aussi se rencontrer chez l'adulte, et dont les vestiges se retrouvent à toutes les époques de l'existence.

Voilà pourquoi, dans un service d'adultes, nous trouvons l'occasion d'étudier avec vous ce sujet, qui semble appartenir surtout à la pathologie de l'enfance; voilà pourquoi les études anatomiques, qui dans ces derniers temps ont jeté le plus de lumière sur cette question, autrefois obscure, ont été poursuivies dans des asiles de vieillards. Mais, dans ces derniers cas, il s'agissait surtout de constater les lésions déterminées par la maladie à une époque déjà fort éloignée des commencements de la vie : aujourd'hui, c'est à un processus morbide en pleine évolution que nous avons affaire; et c'est précisément là ce qui jette un certain doute sur la parfaite exactitude du diagnostic, et nous oblige à dire qu'il s'agit d'une affection appartenant au type de la paralysie infantile, mais qui en diffère à certains égards, tout en offrant une ressemblance frappante avec la physionomie générale de cette maladie.

Au n° 26 de la salle Sainte-Jeanne est couché un enfant de 21 ans : je dis un enfant, et ceux qui l'ont vu ne me contrediront pas. La figure imberbe, les traits peu accentués, la voix grêle de cet individu, tout conspire pour lui donner l'aspect d'un enfant de 7 à 8 ans. Seuls, les organes génitaux, par une bizarre anomalie, ont acquis leur plein et entier développement. Mais n'anticipons pas sur l'exposé régulier des symptômes : l'histoire détaillée du malade vous en apprendra plus que toutes les considérations théoriques auxquelles je pourrais aisément me livrer ici.

D'après la mère du sujet, il serait venu au monde parfaitement bien conformé et au terme régulier de neuf mois; et, sur cinq frères et sœurs qu'il a eus, aucun n'aurait présenté la moindre trace d'une affection semblable à celle qui l'amène dans nos salles.

Il fut mis en nourrice à Château-Thierry, ville que la mère habitait elle-même; et j'attache à ce fait une grande importance, car cette femme, ayant assisté aux débuts de la maladie, a pu nous fournir à cet égard quelques renseignements indispensables.

C'est à l'âge de 6 mois que l'enfant tomba malade. Il n'a présenté, dit-elle, ni fièvre ni convulsions; mais il a ressenti de vives douleurs de tête qui lui arrachaient des cris aigus dès qu'on imprimait le moindre mouvement à l'extrémité céphalique. A la suite de ces accidents, dont on n'a pu préciser la durée, il est resté infirme et presque complétement impotent. Toutefois, il aurait essayé vers l'âge de 11 ans de marcher avec des béquilles, ce qui suppose une certaine action des jambes, et surtout des bras. A cette époque, il se servait des mains pour manger et même pour jouer, quoique assez maladroitement.

Il existe incontestablement, sous ce rapport, une aggravation dans l'état du malade. Cependant il faut se rappeler que pendant longtemps il a fait usage de béquilles, ce qui peut amener quelquefois une altération des muscles par compression des nerfs; c'est ainsi que, dans les fractures qui siégent aux membres inférieurs, on voit quelquefois les membres supérieurs s'atrophier. Dans un cas de ce genre, M. le professeur Verneuil a vu le nerf radial être atteint d'une dégénération complète. L'affaiblissement progressif des deux bras, chez notre sujet, doit-il être rapporté à cette cause? Je ne le pense pas, messieurs, et tout à l'heure je vous en dirai les raisons; mais auparavant, il nous faut observer l'histoire du malade.

C'est vers l'âge de treize ans qu'il a vu se développer la scoliose, qui constitue aujourd'hui une difformité si remarquable. Depuis cette époque, la déviation de la colonne vertébrale n'a pas cessé de faire des progrès, entraînant en même temps la déviation énorme du bassin, et une subluxation consécutive de la bouche.

Enfin, et c'est là un phénomène très-exceptionnel dans la paralysie infantile, il s'est développé un certain degré d'affaiblissement des sphincters. Jusqu'à ces derniers temps, ce jeune homme avait pu retenir ses urines et ses matières fécales; il les perd

aujourd'hui, et c'est encore un des traits les plus remarquables de cette observation.

Tel est, en peu de mots, l'historique des phénomènes qui se sont succédé chez lui. Voyons maintenant quel est l'état dans lequel nous le trouvons actuellement.

Ce qui frappe au premier abord, c'est l'arrêt général de développement que nous avons déjà signalé chez lui, et qui lui donne l'apparence d'un enfant. Sa figure, d'ailleurs assez juvénile par l'expression, est complétement imberbe; je vous demande la permission d'attirer sur ce fait une attention toute spéciale de votre part : c'est la première fois que l'absence de la barbe, chez un adulte, a été signalée comme l'une des conséquences de la paralysie infantile. Le timbre grêle de la voix et la petitesse de la taille concourent à donner cette apparence de jeunesse extrême au sujet.

Quant aux organes génitaux, comme nous vous l'avons déjà fait observer, ils ont acquis leur complet développement : ils sont recouverts de poils qui, nous dit-on, se sont montrés il y a dix-huit mois environ; enfin les renseignements que nous avons obtenus nous portent à croire que le malade s'est adonné à l'onanisme.

Nous n'avons cependant jamais obtenu d'aveux directs à cet égard; et l'examen du sperme, qu'il serait très-intéressant de pratiquer dans un cas pareil, nous fait entièrement défaut.

Je ne me propose pas de vous donner ici une description détaillée des vices de conformation que présentent les membres; je craindrais de fatiguer votre attention bienveillante. Je me contenterai d'indiquer les traits les plus saillants et les plus caractéristiques de cet ensemble de difformités.

Il existe une véritable atrophie des quatre membres, tant au point de vue des muscles que sous le rapport du développement osseux; mais cette atrophie est manifestement plus prononcée à gauche qu'à droite. La longueur du membre inférieur droit, mesurée depuis la malléole externe jusqu'au grand trochanter, est de 57 centimètres; celle du membre inférieur gauche est de 51 centimètres. Une différence analogue existe pour les extrémités supérieures entre le côté gauche et le côté droit.

La déviation du bassin est tellement prononcée, que le diamètre transversal est devenu vertical, l'os coxal gauche étant porté en haut, l'os coxal droit en bas. Il en est résulté une subluxation de la hanche gauche, favorisée d'ailleurs par l'atrophie des muscles qui servent de ligaments actifs dans l'état normal. Le membre est porté dans une rotation forcée en dedans, et fortement appliqué contre la peau qui recouvre les parties génitales, au point d'y déterminer un érythème et des végétations papillaires très-prononcées. Le genou gauche est placé derrière le genou droit, et il ne peut pas quitter cette position. La jambe est à demi fléchie sur la cuisse, et les mouvements du membre sont extrêmement limités.

Le membre inférieur droit est dans une position analogue, mais moins prononcée.

Les pieds sont plats et légèrement renversés en dedans, la pointe du pied étant dirigée en bas (*varus équin*).

Les orteils sont croisés et se placent les uns sous les autres, le second sous le premier et le troisième, le quatrième sous le troisième et le cinquième. Ces déformations sont parfaitement symétriques des deux côtés.

Les mouvements spontanés sont peu étendus, dans l'un comme dans l'autre membre. Quant aux mouvements réflexes, ils sont presque complétement abolis.

Aux membres supérieurs, l'atrophie est surtout prononcée à la main et à l'avant-bras. L'aplatissement des éminences thénar et hypothénar, la flexion des doigts dans la paume de la main, l'effacement des interosseux, enfin la disparition presque complète des muscles de l'avant-bras, à leur partie moyenne, tels sont les traits les plus caractéristiques, dont l'ensemble frappe au premier abord. Au bras et à l'épaule, l'atrophie est moins prononcée, et les muscles, biceps, triceps et deltoïde, quoique très-affaiblis, ont encore conservé un certain volume.

L'abaissement de la température dans toute la partie du membre située au-dessous du coude, est fort remarquable; des deux côtés les mains sont froides et violacées, et cette coloration remonte jusqu'au milieu de l'avant-bras.

Une atrophie prononcée a également envahi les muscles du tronc; elle porte surtout sur les sacro-lombaire et long dorsal. Toutes ces lésions sont beaucoup plus prononcées à gauche qu'à droite, et c'est là probablement la cause de cette déviation si marquée de la colonne vertébrale, qui forme un arc dont la concavité est tournée à droite; on conçoit, en effet, que le peu de tissu musculaire qui reste de ce côté, agissant presque sans contre-poids, a dû courber l'épine dorsale dans le sens que nous venons d'indiquer.

L'exploration électrique révèle la présence de quelques muscles, qui semblent au premier abord ne pas exister, tellement leur relief est effacé. Ainsi, à la jambe droite, le tibial antérieur et le pédieux donnent signe de vie quand on les excite par la faradisation. Du côté gauche, ces muscles ne répondent presque plus à ce mode d'excitation.

En somme, presque tous les muscles des quatre membres et du tronc paraissent frappés dans leur nutrition, à des degrés divers; l'extrémité céphalique seule n'a pas souffert. Mais cette atrophie musculaire ne reste pas stationnaire; elle a fait des progrès, même sous nos yeux. Depuis que le malade est soumis à notre observation, il a perdu complétement l'usage de la main gauche, dont il se servait encore au moment de son entrée, et cela malgré l'électrisation pratiquée tous les jours sur le trajet des muscles de l'avant-bras.

Ce fait démontre jusqu'à l'évidence la marche progressive de cette affection, et nous permet d'affirmer que, si les membres supérieurs se sont atrophiés longtemps après le début de la maladie, ce n'est point par l'usage des béquilles, car aujourd'hui le malade, couché dans son lit, demeure incapable de faire un pas dans la salle, et cependant le processus morbide continue à faire des ravages.

Au milieu de cet ensemble de phénomènes, la sensibilité est restée en dehors de toute atteinte. Ce dernier trait complète le tableau; et si nous ajoutons que toutes les grandes fonctions viscérales s'accomplissent régulièrement, vous connaîtrez suffisamment le malade pour suivre la discussion que je vais maintenant aborder.

J'ai prononcé, au début de cette leçon, le mot de *paralysie infantile*. Sous quelques rapports, le sujet que nous avons sous les yeux présente le tableau le plus complet de cette maladie. Telle a été l'opinion de M. Duchenne (de Boulogne), dont on connaît la grande expérience en pareille matière et qui a examiné ce malade. Mais à d'autres égards, nous sommes au pôle opposé des phénomènes qu'on rencontre habituellement. Permettez-moi donc de vous retracer en quelques mots la marche ordinaire et les symptômes classiques de cette affection. Vous saisirez ainsi, dès le premier abord, les différences et les similitudes qui existent entre le cas actuel et le type régulier de la paralysie infantile.

Un jeune enfant, âgé de six mois à deux ans, est pris subitement d'un ensemble de symptômes dont le point de départ est

manifestement dans le système nerveux. On observe d'abord de la céphalalgie ou du coma. La fièvre vient; une réaction fébrile s'y joint presque toujours; mais elle peut manquer dans quelques cas exceptionnels, ainsi que l'a constaté M. Duchenne. Des convulsions, des contractures se produisent une fois sur cinq, d'après M. Duchenne fils (13 fois sur 70 observations). Il y a des douleurs, des fourmillements, de l'engourdissement; enfin, la paralysie du mouvement se déclare, tantôt d'emblée, tantôt après quelques jours ou même quelques semaines.

Au point de vue de la localisation, cette paralysie frappe tantôt un seul membre, tantôt plusieurs. Il y a des *monoplégies*, des *paraplégies*, des *hémiplégies*, des *paralysies croisées*, enfin des paralysies complètes des quatre membres. Ce dernier cas est de beaucoup le plus rare. Il existe chez notre malade et se complique d'une atrophie des muscles du tronc, fait encore plus exceptionnel.

La contractilité électro-musculaire est abolie, selon M. Duchenne, même avant l'altération de texture dont le muscle deviendra bientôt le siége. Volkmann soutient au contraire que c'est là une affection consécutive et qui peut tarder pendant une année entière.

Sans nous prononcer sur ce point controversé, nous dirons, avec tous les observateurs, que l'atrophie des muscles paralysés s'opère très-rapidemement, et qu'elle s'accompagne d'un abaissement rapide de la température locale.

Tels sont les phénomènes de la première période, ou période de destruction. Survient ensuite la seconde période, ou période de réparation, qui souvent fait plus de mal que de bien. Elle est caractérisée par le retour des mouvements volontaires, de la contractilté électrique et de la force tonique dans certains muscles, tandis qu'une dégénérescence rapide en fait disparaître certains autres et vient même atrophier les os.

La nutrition des faisceaux charnus restés sains ou rendus à la santé s'améliore de jour en jour; ils augmentent de volume tandis que les autres s'atrophient. C'est alors que la rétraction des muscles dont l'action n'est plus équilibrée par celle de leurs antagonistes amène ces déformations permanentes, qui sont au nombre des conséquences les plus fâcheuses de la maladie, et dont les principales sont le pied bot varus équin, et plus tard la déviation de la colonne vertébrale.

Au milieu de tous ces désordres, il y a conservation de la sensibilité, et, comme le fait observer Volkmann, les jeunes enfants, qui ne sauraient rendre compte de leurs sensations, se mettent à crier lorsqu'on les électrise, ce qui prouve au moins qu'ils ont conservé la faculté de percevoir la douleur.

En même temps il existe, d'après tous les auteurs, une immunité complète de l'intestin et de la vessie, à toutes les périodes de l'affection, et quels que soient le degré et l'étendue de la paralysie.

(*Sera continué.*)

OVARIOTOMIE

(Note présentée par M. Le Fort à la Société de chirurgie dans la séance du 14 février 1872.)

Dans la dernière séance, notre collègue M. Panas nous a présenté une femme opérée d'ovariotomie et guérie dans l'un des chalets d'isolement de l'hôpital Saint-Louis. Aucun cas de guérison n'avait encore été observé, nous dit notre collègue, dans les salles ordinaires de nos hôpitaux. M. Panas avait raison, car cette observation n'avait pas été publiée, et c'est ce qui m'engage à vous présenter cette malade.

La nommée L... (Augustine), âgée de 20 ans, non mariée, est entrée le 20 août 1871 dans mon service, à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jacques, n° 20.

Réglée à 11 ans et demi, elle n'a éprouvé aucun trouble du côté des fonctions menstruelles, et n'a eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans.

Le ventre commença à grossir quatorze mois avant l'entrée à l'hôpital, et tout d'abord du côté gauche. Pour la première fois alors se montrèrent quelques troubles dans la menstruation, les règles étaient plus fréquentes. Quatre mois après le début apparent de la maladie, des douleurs sourdes, continues, se montrèrent dans le côté gauche du ventre, et la malade resta huit mois à l'hôpital de Cambrai. Elle en sortit pour venir à Paris se faire opérer. Un mois avant l'opération, les douleurs devinrent plus vives, il y eut tous les signes d'une légère péritonite, ce qui nous fit retarder l'ovariotomie.

La malade est petite, pâle, délicate, mais au demeurant d'une bonne constitution. Le ventre est très-volumineux, sans bosselures, sans traces de tumeurs solides; on trouve tous les signes ordinaires d'un kyste de l'ovaire. Au toucher vaginal, le col est porté en arrière, un peu ramolli; le corps de l'utérus est immobile. Fonctions digestives bonnes, souffle anémique au premier temps à la base du cœur et dans les vaisseaux.

L'opération fut faite le 7 décembre, à neuf heures du matin, dans une des salles du service d'accouchement, salle à ce moment vide de femmes en couches malades; nos collègues MM. Boinet et Guéniot voulurent bien me servir d'aide et de conseil dans cette opération.

L'incision, faite tout d'abord, commençait à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic et descendait à 2 centimètres au-dessous du pubis; nous dûmes la prolonger jusqu'à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, en contournant la cicatrice ombilicale.

La paroi abdominale incisée couche par couche, j'arrivai sur le péritoine, qui paraissait avoir une extrême épaisseur; mais cette apparence tenait à cette circonstance qu'il y avait adhérence complète entre le péritoine et les parois du kyste. Je me défiais beaucoup de cette particularité, qui m'eût conduit à entrer dans le kyste à mon insu; aussi je cherchai à séparer les feuillets superficiels des feuillets profonds de cette sorte de séreuse épaisse. Je fis bien, car j'avais déjà, sur une partie de l'incision, entamé la paroi du kyste. En décollant de proche en proche, je séparai le péritoine du kyste et j'arrivai sur une partie où les adhérences étaient plus faibles. Je pus les séparer avec la main introduite dans le ventre et glissant à plat sur la face externe de la poche. Une seule bride dut être coupée entre deux ligatures. Une ponction fut faite alors avec le trocart et donna issue à un liquide d'un brun rougeâtre.

Lorsque le kyste fut en partie vidé, je l'attirai au dehors; nous pûmes avec précaution achever de décoller la poche des adhérences qu'elle avait contractées à la partie supérieure avec le péritoine. Cela fait, nous appliquâmes le clamp, et au-dessous du clamp une ligature fortement serrée.

Il nous fallut alors, avec de petites éponges, éponger et arrêter le sang qui découlait en nappe de la surface des adhérences détruites. Une petite artériole que nous dûmes lier près du pellicule nous donna même une certaine quantité de sang, qui s'épancha dans le petit bassin, d'où il fallut le retirer avec des éponges. La plaie fut fermée par six points de sutures métalliques à points séparés comprenant le péritoine. Dans l'intervalle, nous plaçâmes des sutures entortillées ne comprimant que la peau et la couche musculaire. La surface du pédicule fut ensuite touchée avec un pinceau imprégné de perchlorure de fer, et la plaie recouverte de compresses trempées comme je le fais toujours dans de l'eau alcoolisée, de ouate et d'un bandage de corps exerçant une légère compression.

Également, suivant mes habitudes apre .es grandes opérations, la malade prit à différents intervalles du vin de madère et *un* ou

deux centigrammes d'opium, dont elle continue l'usage les six ou sept premiers jours, à la dose de *six* à *dix* centigrammes par jour; la dose de vin de madère était à peu près d'une demi-bouteille par jour, alternant avec du vin de Frontignan ou de Bagnols.

Il me paraît inutile d'entrer dans le détail de l'observation et de donner jour par jour l'état du pouls, de la température, etc. Jusqu'au sixième jour on ne fit aucun pansement, et l'on se contenta d'humecter les compresses avec de l'eau alcoolisée. Le huitième jour, je commençai à enlever les points de suture, et j'applique des bandelettes de linge tendues, adhérentes par le collodion aux parties latérales de l'abdomen, de manière à soutenir le ventre.

Qu'il me suffise de dire que la malade, abondamment nourrie, ayant toujours à sa libre disposition des vins généreux, dont elle fit largement usage, ne présenta aucun symptôme inquiétant. Le pansement ne consista jamais qu'en compresses imbibées d'eau alcoolisées, recouvertes d'une large plaque de taffetas gommé. La malade se leva pour la première fois le 30 décembre, et elle vint me rejoindre à Lariboisière le 3 janvier, pour y achever sa convalescence. Elle est aujourd'hui parfaitement guérie, comme vous pouvez le constater; la paroi abdominale ne cède sur aucun point de la cicatrice, et une simple ceinture de coutil suffit pour protéger l'abdomen. Elle doit retourner demain dans son pays pour y reprendre ses fonctions domestique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

Obs. II. — *Fractures multiples. Phlegmon sous-pectoral. — Pleurésie, péricardite, méningo-encéphalite. — Suppuration d'un foyer de fracture non exposée.*

(Notes recueillies par M. Robert, interne du service.)

D..., 27 ans, chauffeur, adonné à la boisson, tombe, étant en état d'ivresse, d'une hauteur de 4 mètres, sur un amas de fonte. Relevé sans connaissance, et apporté immédiatement à l'hôpital Lariboisière, salle Saint-Louis, nº 8, le 20 novembre 1671, à dix heures du matin.

L'examen, fait sur-le-champ, constate : écorchures multiples de la face, — plaie contuse de la région malaire gauche, — écoulement sanguin abondant par les deux oreilles, — plaie contuse du thorax, du côté gauche, au niveau du 5e espace intercostal, vers le mamelon. Le grand pectoral est ouvert dans l'étendue de 5 à 6 centimètres et dans toute son épaisseur. — Le cœur bat à l'angle interne de la plaie, — fracture du sternum avec détachement complet des 3e, 4e et 5e côtes gauches, — enfoncement de la poitrine dans la région sous-claviculaire, — emphysème limité dans ce point, — fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche avec déplaecment modéré.

Malgré ces désordres, le blessé a repris sa connaissance d'une manière complète et n'a ni délire ni agitation, aucune trace de choc traumatique. Les mouvements de la sensibililté sont partout conservés. L'urine est rendue claire, sans mélange de sang. La respiration seule est un peu gênée. La température axillaire est à 37°,5. Pouls régulier, petit, sans fréquence.

Le pansement ouaté est appliqué avec beaucoup de soin sur la plaie contuse du thorax et immobilise toute la poitrine sans la comprimer péniblement. Un appareil est posé sur l'avant-bras, la fracture étant la plus douloureuse de toutes ces blessures.

Les premières heures se passent assez bien. A cinq heures du soir, délire violent, le blessé s'agite, veut se lever, parle de boire, etc. Deux centigrammes d'opium amènent un peu de calme sans collapsus.

21 nov. Parole un peu brève, respiration un peu gênée. Quelques pulsations de plus que la veille. La température reste à 37°9; mais, le soir, elle monte à 39°. La fièvre s'allume; on donne de l'opium, qui semble prévenir l'agitation.

22 nov. Ecchymose de la paupière inférieure gauche s'étendant à la conjonctive. L'issue du sang par les oreilles a cessé depuis la veille. On soupçonne cependant une fracture du crâne s'étendant jusqu'au rocher, du côté droit, et comprenant également le rocher gauche; mais on se fonde uniquement sur la double hémorrhagie auriculaire, car aucun nerf de la joue n'est paralysé; l'oppression a augmenté. La toux survient, rare, mais laborieuse; les crachats sont visqueux, hémoptoïques, d'une expulsion difficile. L'auscultation est rendue difficile par le pansement ouaté. Cependant on constate à la base, des deux côtés, une diminution considérable du bruit respiratoire avec sub-matité. A gauche, souffle au niveau de la pointe de l'omoplate. Point d'égophonie. Bruits du cœur faibles, sans frottement ni souffle; fièvre forte; pouls à 104. Température du matin, 39°,3; le soir, 40°,2. Constipation, soif vive; inappétence. Subdélirium. On prescrit un purgatif, et la potion de Todd. La face est pâle, et les plaies superficielles, y compris celle de la région malaire, ne paraissent le siége d'aucune inflammation. Elles sont recouvertes d'un croûte mince.

23. Les symptômes thoraciques augmentent, les crachats renferment toujours du sang; partout où l'oreille parvient, on trouve des râles sous-crépitants. Pouls petit à 132; température axillaire 39,5. Le matin et le soir toujours le même délire; constipation persistante.

24. État désespéré; pouls petit, tremblant, impossible à compter. Respiration de plus en plus laborieuse; frémissements au niveau de la région cardiaque.

Le délire se rallume avec violence; on n'a pu obtenir de selles par aucun moyen. La température à 46 le matin, tombe à 39 le soir. La mort survient dans la nuit suivante, à une heure du matin.

Le pansement ouaté avait été levé le 23, parce que le malade, se plaignant d'oppression, l'attribuait à la constriction trop forte des bandes. La plaie contuse était en pleine suppuration, mais non délayée encore; un pansement à l'eau alcoolisée fut appliqué et maintenu à l'aide d'un bandage de corps.

Autopsie. — Injection vive de la dure-mère; en l'incisant à gauche, on donne issue à un liquide séro-purulent, qui s'écoule en nappe. En détachant cette membrane de la base du crâne, on constate dans la fosse temporale un épanchement sanguin de quelques millimètres d'épaisseur, correspondant à une fracture de la base. Cette fracture, partie de la région lombaire, se dirige en dedans, divise la partie la plus reculée de la face horizontale du frontal, traverse la ligne médiane et va aboutir au rocher du côté droit, qu'elle divise parallèlement à son axe de ce même os malaire fracturé verticalement par un autre bout de fracture, qui divise longitudinalement l'arcade zygomatique et aboutit à la paroi antérieure du conduit auditif externe du côté gauche. Les deux rochers étaient donc fracturés par suite de la propagation en arrière et en dedans du choc porté sur l'os malaire.

Au niveau de la fracture directe de ce dernier os, il y avait un peu de suppuration, mais on ne pouvait suivre le pus de ce point jusque dans la cavité crânienne; la méningo-encéphalite paraissait donc s'être développée spontanément et sans propagation directe de la suppuration extérieure.

Les vaisseaux de la pie-mère sont fortement gorgés de sang de toute la surface du cerveau à gauche; l'arachnoïde est infiltrée d'un liquide séro-purulent dans une assez notable étendue. La pulpe cérébrale est contusionnée dans un point circonscrit de la face inférieure du lobe antérieur gauche au niveau de la fracture du frontal.

La plaie contuse de la poitrine conduit dans un vaste foyer purulent, qui occupe toute la face profonde du grand pectoral et communique en même temps avec le médiastin antérieur, rempli lui-même de foyers purulents épars; fracture de la deuxième côte gau-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

che sans déplacement, fracture double du cartilage de la troisième côte; le fragment, d'un centimètre et demi de longueur, est tout à fait libre et refoulé dans le médiastin.

Lésion tout à fait analogue de la quatrième côte, à 5 centimètres du sternum. Ce dernier os est fracturé transversalement au niveau de la quatrième côte; les fragments sont restés en place.

La surface externe du péricarde est très-épaissie; la surface interne est dépassée en plusieurs points et recouverte en d'autres de fausses membranes minces, récentes, se détachant facilement.

Point d'épanchement notable.

Cœur normal.

Dans la plèvre gauche, épanchement très-abondant d'une sérosité jaunâtre, avec fausses membranes épaisses traversant le feuillet pariétal. Poumon comprimé, refoulé vers le rachis; adhérence ancienne au diaphagme. Plèvre droite saine; poumon correspondant fortement congestionné. On ne trouve ni à droite ni à gauche traces d'infarctus ni d'abcès métastatiques.

Rate volumineuse, sans altération sensible.

Foie volumineux et gras; en certains points, plaques jaunâtres qui pénètrent à une profondeur d'un demi-centimètre.

Substance corticale des reins pâle et jaunâtre.

J'ai rapporté avec détails cette longue observation, caractérisée par la tendance générale à la suppuration et aux inflammations diffuses. J'ai réservé pour la fin la description de la fracture sous-cutanée de l'avant-bras, sur laquelle je vais appeler particulièrement l'attention.

L'avant-bras, malgré l'application régulière d'un bandage roulé et d'une attelle palmaire, était le siége d'un gonflement assez prononcé. A la dissection, nous trouvons une fracture de l'extrémité inférieure du radius à 1 centimètre et demi de l'articulation. Fracture transversale avec léger écrasement du fragment inférieur; l'apophyse styloïde du cubitus est fracturée à sa base; le *foyer est rempli de pus* et de sang, ainsi que les articulations radio-carpienne et radio-cubitale inférieure. Les gaînes tendineuses des extenseurs et des fléchisseurs sont remplies de sérosité louche; l'infiltration sanguine remonte à une certaine hauteur sous la peau et dans les interstices musculaires.

Obs. III. — *Plaie contuse du périnée. — Contusions multiples. — Fracture du tibia. — Septicémie aiguë. — Double arthrite tibio-tarsienne. — Mort.*

Recueillie par M. Richelot, interne du service.

Eugène-Louis Toussard, 11 ans, entre à l'hopital Lariboisière le 21 août, salle Saint-Augustin, n° 28.

Cet enfant est tombé dans un puits le matin même de son entrée. Il ne porte actuellement aucune trace de contusion sur les membres, dont les mouvements paraissent libres; mais il existe au périnée une plaie contuse, large et profonde, sur le côté gauche de l'anus; le doigt pénètre jusqu'à la tubérosité de l'ischion, dont le périoste est d'ailleurs intact.

Sauf la douleur que lui cause l'exploration de la plaie, l'enfant ne se plaint pas; on n'aperçoit aucune lésion.

Pendant les premiers jours, on panse la plaie avec de la charpie alcoolisée.

Le troisième jour, 23 août, un peu de fièvre se déclare. La peau est chaude, la langue blanche. Cependant la température n'est pas encore très-élevée (37°,8).

Le 25, la plaie étant blafarde, les bourgeons charnus ne se formant pas, on explore de nouveau avec attention et on reconnaît la nécessité de débridements multiples. Il existe, en effet, des décollements étendus : en avant, de chaque côté du scrotum, le doigt pénètre jusqu'aux éléments du cordon; d'autre part, dans toute la fosse ischio-rectale; enfin, sous les téguments de la fesse, dans une étendue de près de 10 centimètres. A l'aide du bistouri, on incise la peau dans toutes ces directions, et on met à nu une large surface qui est ensuite cautérisée au fer rouge. On a soin de passer le cautère actuel sur les bords des incisions, pour empêcher autant que possible l'absorption des matières septiques.

Pansements à l'acide phénique, et injections de même nature plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

T. m. 38°,9 (avant l'opération); t. s. 39°.

Le 26, la fièvre est plus vive. Langue sèche, anorexie, céphalalgie légère, malaise général. Pas de frissons. T. m. 40°,5.

L'enfant accuse pour la première fois une douleur très-vive dans tout le membre inférieur droit, surtout au niveau du pied et des malléoles, très-légèrement œdématiés. Le membre est immobile; le moindre mouvement arrache des cris au malade. M. Verneuil pense aussitôt à une arthrite tibio-tarsienne, suite de contusion, et devenue plus grave, suppurant peut-être, selon l'influence de la septicémie. L'autre jambe n'est douloureuse ni à la pression ni aux mouvements. Frictions avec l'onguent napolitain, ouate autour du membre.

T. s. 39°,6.

Le 27, la douleur de la jambe droite est toujours aussi violente. Fièvre plus forte, sans frissons; la face s'amaigrit, les traits sont tirés, l'aspect typhique se prononce; un peu d'agitation la nuit.

T. m. 40°,1; t. s. 40,1.

Le 28, même état général. Le membre inférieur gauche, qui jusqu'ici n'avait pas attiré l'attention, est aujourd'hui aussi douloureux et aussi impotent que l'autre. Le moindre attouchement arrache des plaintes au malade. A peine un peu de gonflement du pied; on ne trouve sur la jambe aucune trace d'ecchymose ni de rougeur. Même traitement.

Pendant ce temps, la plaie du périnée est blafarde, la suppuration est très-peu abondante, fétide; il ne se forme pas de granulations, malgré les pansements et les injections phéniqués.

T. m. 40°,5; t. s. 40,3.

Le 29, même état. Amaigrissement extrême de la face.

T. m. 40°,6; t. s. 40°,2.

Le 30, t. m. 39°,1; t, s. 39°.

Mort le 31.

Autopsie. — La plaie du périnée occupe les régions indiquées plus haut : pourtour de l'anus, fosse ischio-rectale, fesse gauche. Elle s'étend en arrière et sur la ligne médiane, plus loin qu'on ne l'avait constaté les premiers jours. Le décollement occupe presque toute l'étendue du sacrum. La nerf sciatique du côté gauche est à nu et baigné par la suppuration. Le rectum et l'anus sont intacts.

En incisant les parois thoraciques, on constate dans leur épaisseur quelques ecchymoses, sans pouvoir décider si elles sont le résultat de contusions primitives ou d'hémorrhagies interstitielles septicémiques.

Les poumons offrent deux ou trois petites ecchymoses très-superficielles, quelques adhérences du poumon droit avec la plèvre costale. Légère hyperémie bronchique. Le parenchyme est d'ailleurs sain.

Cœur. Coloration et consistance normales.

Foie. Volumineux et complétement gras.

Rate. Volumineuse (13 centimètres sur 8). Son tissu est ramolli, et les glandules de Malpighi paraissent hypertrophiées.

Ganglions lymphatiques du mésentère augmentés de volume. La muqueuse intestinale, examinée dans toute son étendue, n'offre rien d'anormal. Les ganglions inguinaux sont également hypertrophiés.

Les *reins* offrent des dimensions normales; leur substance tuberculeuse est pâle, jaunâtre. Examinés au microscope, ils offrent à un haut degré la dégénérescence granuleuse de l'épithélium des tubuli.

Cerveau. Œdème sous-arachnoïdien prononcé et ecchymoses sous-arachnoïdiennes. Quelques grammes de liquide trouble dans les ventricules.

Les deux *articulations tibio-tarsiennes* contiennent une quantité notable de pus; celui du côté gauche est sanguinolent. Les cartilages ne sont pas érodés; mais sur le bord du côté externe de la poulie astragalienne du côté droit on remarque un fragment carti-

lagineux arraché, véritable *fracture intra-articulaire*. En disséquant les muscles de la jambe, on trouve de vastes ecchymoses intermusculaires, surtout sur la jambe gauche; et enfin, de ce côté on découvre une *fracture du tibia* au quart inférieur, presque transversale, et communiquant par une scissure longitudinale avec l'articulation du pied. Le péroné est intact.

(A suivre.)

CORRESPONDANCE

Continuons nos révélations.

Parmi les membres du Conseil de santé, celui qui s'est de tous les temps et particulièrement intéressé à la question de l'héméralopie, c'est M. le baron Larrey. En 1864, je lui ai écrit de Strasbourg, lui offrant de venir à Paris et d'opérer devant lui. Ma proposition est acceptée; j'arrive; les expériences sont instituées à la caserne Napoléon et, quand tout fut prêt, M. le baron vint, accompagné d'un médecin civil. Je ne puis moi-même suivre vos expériences, me dit-il, mais voici en ma place un ophthalmologiste distingué, faisant un cours à l'École de médecine, M. Édouard Meyer. J'étais enchanté de pouvoir montrer les faits à un praticien compétent. Huit héméralopes nous sont présentés par un médecin-major de régiment. M. Meyer les interroge, les examine, de jour, de nuit, dans toutes les conditions possibles d'éclairage et se convainc d'abord de la réalité de leur affection, eu égard notamment à l'état des pupilles; c'est ainsi que chez un de ces malades, nommé Alexandre, les pupilles se dilataient d'une manière démesurée en face d'endroits à peine sombres; aussi le soir venu, la cécité survenait-elle bien plus tôt que chez les autres, et la nuit, dans la cour, fallait-il l'amener sous la vive clarté d'un bec de gaz pour qu'il pût reconnaître les objets qu'on lui montrait. « Si vous guérissez celui-ci, me dit M. Meyer, je déclare que ce sera un miracle.— Pour celui-ci, répondis-je, il me faudra deux séances, et une seulement pour les autres. » Et tout arriva comme je l'avais annoncé; Alexandre notamment, examiné dans la cour la nuit qui suivit la première séance, était aveugle comme devant; mais ayant été renfermé le lendemain dans le cabinet noir, sa vue s'y développa graduellement, et ramené la nuit dans la cour, il distingua tout aux plus grandes distances. « Voici un succès dont vous devez être content, me dit M. Meyer. Voulez-vous, ajouta-t-il, que je vous donne ces résultats par écrit? — C'est inutile, lui répondis-je, vous en ferez part demain à M. Larrey. » Comment M. le baron accueillit-il la communication? c'est ce que M. Meyer pourra dire.

Pour moi, après avoir pris congé de ces messieurs, je retournai à mon poste de Strasbourg, et de là j'envoyai au Conseil de santé un court mémoire sur les *conditions du traitement*, racontant incidemment les faits de la caserne Napoléon.

Deux mois environ se passent et puis je reçois la lettre suivante :

MINISTÈRE DE LA GUERRE. « Paris, le 7 octobre 1864.

« Monsieur le médecin-major,

« M. l'inspecteur baron Larrey a pris, au nom du Conseil de santé, connaissance du mémoire que vous avez adressé au Conseil et qui porte le titre suivant : *Du traitement de l'héméralopie par les cabinets ténébreux*.

« Il résulte du rapport de M. le barron Larrey, auquel le Conseil tout entier s'associe, que le mode de traitement que vous préconisez peut donner des résultats satisfaisants; mais que vous êtes trop affirmatif, aux yeux des personnes qui ont assisté à vos démonstrations. Cette question paraît donc avoir besoin d'être étudiée plus longtemps *avant qu'on y donne place au Recueil des mémoires de médecine militaire*.

« Si votre intention était de confier votre manuscrit à la presse scientifique, le Conseil appelle votre attention sur deux points, dont l'un est un détail insignifiant, mais dont l'autre est plus sérieux :

« 1° Vous donnez à M. le docteur Éd. Meyer le titre de professeur à l'École de médecine de Paris. Ce titre est faux; M. Meyer est professeur libre et ne tient en rien à la Faculté de médecine. (Mon mémoire porte qu'il *professait*; voilà tout.)

« 2° Vous dites plus loin : *Si vous guérissez celui-ci, m'a dit le docteur Meyer, je déclare que ce sera un miracle : le miracle a été produit.*

« Il est indispensable de donner une démonstration rigoureuse de ce miracle, qui ne peut être cru sur une simple affirmation.

« Recevez, etc.

« *Le secrétaire du Conseil de santé,*

« EUG. GRELLOIS. »

J'étais stupéfait, ne comprenant absolument rien à cette lettre. J'adresse alors à M. Meyer une copie de mon mémoire, et je lui demande en quoi les faits de la caserne Napoléon étaient inexacts. M. Meyer me répond :

« Le lendemain de votre départ de Paris, j'ai rendu compte à M. le baron Larrey :

« 1° Des résultats immédiats de vos expériences *tels que vous les donnez dans votre mémoire*;

« 2° De mon appréciation personnelle de votre traitement, que je regarde toujours comme le plus rationnel de tous ceux appliqués contre l'héméralopie;

« Appelé *plus tard* à constater la non persistance des guérisons obtenues d'abord dans les cas indiqués, il n'y avait certes aucune raison pour m'y refuser. Mais, je le répète, ces *récidives* ne peuvent guère changer mon opinion sur votre mode de traitement; elle est toujours la même que celle que j'ai dû exprimer lors de votre présence à Paris.

« *Signé* : Ed. MEYER. »

En admettant même qu'après mon départ de Paris, il y ait eu *plus tard des récidives*, de la réalité desquelles M. Meyer ne semble pas avoir été convaincu, était-ce une raison pour que M. Larrey me fît écrire une lettre si intentionnellement blessante et si contraire à toutes les convenances civiles et militaires? lettre du reste fort singulière au point de vue de l'importance que le Conseil ajoute au *Recueil de médecine militaire!!!*

Morale de l'histoire. — Dans la médecine militaire, les professeurs doivent avoir raison quand même. M. Baizeau est un professeur, M. Larrey est un ancien professeur, M. Poncet est un répétiteur, et moi je n'appartenais pas à l'enseignement. Dans la médecine militaire, les professeurs constituent un Etat dans l'Etat, et l'Eglise du Val-de-Grâce n'est pas seulement dans la coupole.

A. NETTER.

P.-S. Ayant vu semblable opposition se produire dans la question si grave de la pourriture d'hôpital, j'ai exigé ma retraite, et maintenant, je cherche un emploi en dehors de la hiérarchie militaire.

Montpellier, 22 février 1872.

A M. Le Sourd, directeur de la Gazette des hôpitaux.

A tout prix, pour les gargarismes de la fièvre typhoïde, pour le camphre, pour le cabinet noir, il faut du bruit à M. Netter. Je n'en ferai pas et j'aurais gardé le silence sans une accusation que je m'étonne de voir insérée dans la *Gazette des Hôpitaux.*

Je dois dire à M. Netter que personne, de *sa part,* ne m'a adressé l'invitation dont il parle. Pourquoi ne me l'a-t-il pas adressée luimême? nous étions voisins à Strasbourg. Pourquoi n'a-t-il pas posé la question devant la Société de médecine de Strasbourg, devant notre regretté maître, le professeur Stœber? Pourquoi ne publie-t-il pas le résultat de l'enquête faite par le Conseil de santé avec l'assistance de M. E. Meyer?

Mais il a raison ; j'aurais peut-être refusé cette invitation, comme je refuse tout débat dans les termes où il le pose.

Agréez, Monsieur le rédacteur, mes salutations confraternelles et dévouées.

F. Poncet (de Cluny),
Médecin major, répétiteur de chirurgie à l'École de Montpellier.

L'invitation dont il s'agit plus haut a été transmise de ma part à M. Poncet par l'intermédiaire de M. Lereboullet, répétiteur, qui m'a apporté pour réponse que M. Poncet ne voulait pas s'occuper présentement d'héméralopie.

Pour ce qui concerne les expériences faites en 1864 à Paris, en présence de M. E. Meyer, M. Poncet trouvera plus haut toute satisfaction.

Dr A. Netter.

NÉCROLOGIE

Le corps médical de Paris vient de perdre un de ses membres le plus justement estimés. M. le docteur Deslonchamps Deville vient de succomber, à l'âge de 75 ans, aux suites de la longue maladie qui le tenait depuis plus d'un an éloigné de ses nombreuses occupations. M. Deville, qui a rempli longtemps d'importantes fonctions auprès de l'administration de la ville de Paris, s'était acquis, auprès des administrateurs et des administrés, comme auprès de tous ses confrères, des titres à l'estime et à la considération générales.

M. Deville a laissé plusieurs travaux très-estimés, entre autres un très-remarquable mémoire relatif à l'influence de l'usage inopportun et de l'abus du seigle ergoté dans la pratique des accouchements sur la mortalité des enfants nouveau-nés. Ses titres scientifiques et sa carrière si honorable comme praticien seront appréciés et jugés comme ils le méritent au sein de la Société de médecine de Paris, dont il était un des membres les plus anciens et les plus honorés.

En attendant cette justice, qui ne peut lui manquer, M. le docteur Perrin, qui lui a donné ses soins dévoués jusqu'à la dernière heure, son collègue à la Société de médecine et à la commission des logements insalubres, a prononcé sur sa tombe, au nom de ces deux corps et en présence de ses nombreux amis, quelques paroles émues qui répondaient au sentiment de toute l'assistance.

Dr B...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 1er mars 1872, à trois heures et demie très-précises, au palais du Luxembourg (préfecture de la Seine).

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance.

2° Discussion des conclusions du rapport de la commission sur la loi de 1838 concernant les aliénés.

3° Discussion des conclusions du rapport de la commission de l'enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la dernière guerre.

4° Lecture d'un travail inédit à l'appui de sa candidature, par M. le docteur Blumenthal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. De la paralysie infantile (M. Ball). — De l'application du pansement ouaté de M. Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, à la chirurgie d'armée (M. Louis Fiaux). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nécrologie. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Que l'Académie ait raison de se préoccuper de son recrutement, cela ne fait pas l'ombre d'un doute.

Mais que les grandes questions de science en soient par le fait écartées jusqu'à nouvel ordre, c'est là ce qu'on constate et ce qu'on déplore.

Hier il s'agissait d'élire un membre dans la section de pharmacie; M. Le Fort et M. Personne avaient l'un et l'autre de chauds partisans : 72 académiciens, parmi lesquels on remarquait M. Dumas et M. Andral, étaient venus prendre part au vote. M. Le Fort l'a emporté de 6 voix sur son concurrent.

On a ensuite consacré quelques minutes au tannate de quinine, puis l'Académie s'est formée en comité secret.

Ce qui se passe en comité secret n'est jamais un bien grand mystère; c'est par discrétion que d'ordinaire nous n'en parlons pas.

Aujourd'hui même nous n'en dirons que quelques mots.

Il s'agissait de classer par ordre de mérite les candidats à une place vacante dans la section de chirurgie. Le rapporteur était M. Verneuil.

Comment choisir entre des hommes qui tous ont des titres suffisants pour être admis et dont la plupart doivent entrer, tôt ou tard, à l'Académie? La commission et le rapporteur chargés de ce classement délicat sont plutôt à plaindre qu'à blâmer.

Mais on peut regretter qu'ils aient, peut-être à jamais, déclassé, en le rejetant au dernier rang, un des chirurgiens les plus habiles, un des professeurs les plus brillants dans son enseignement d'hôpital que nous ayons vus depuis longtemps, M. Voillemier, qui naguère encore était présenté en première ligne par une commission académique.

Il est vrai que l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu retentissait alors des applaudissements enthousiastes de ceux qui venaient admirer la sûreté de son coup d'œil et de sa main. Par ses qualités, tout autant que par la netteté de son exposition et l'élégance de sa parole, il attirait à lui la foule des élèves, bien que la Faculté officielle ne le comptât pas parmi ses membres.

Mais, n'étant pas professeur en titre, il a été atteint par la limite d'âge, et l'heure de la retraite a sonné pour lui.

Est-ce donc aussi déjà l'heure de l'oubli!

Ne se rappelle-t-on plus ce jour où il taillait, en véritable artiste, un scrotum pour les testicules et un fourreau pour la verge, au milieu d'un éléphantiasis énorme qui descendait plus bas que les genoux?

Ne se rappelle-t-on plus toutes ces opérations dont le récit remplit les thèses de ses élèves? Le crût-on trop dans le passé pour espérer sérieusement figurer à l'Académie?

Nous qui avions en grande estime nos professeurs de cette génération, nous nous croyons encore excusable de les préférer aux plus jeunes.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. B. Ball.

De la paralysie infantile (1).

(Leçon recueillie par M. le docteur Liouville, chef de la clinique de la Faculté.)

Il est facile maintenant d'établir, comme nous avions projeté de le faire, le tableau comparatif des points de contact qui rapprochent de la paralysie infantile le fait que nous avons sous les yeux, et des différences qui l'en éloignent.

Le cas de notre malade se rapproche de la paralysie infantile :

1° Par le mode de début;

2° Par l'atrophie de plusieurs groupes musculaires et d'une partie des os longs;

3° Par la diminution et même l'abolition, sur certains points, de la contractilité électrique;

4° Par la conservation de la sensibilité;

5° Par la déformation des membres inférieurs et par la scoliose.

Mais il diffère du type de cette maladie :

1° Par la paralysie de l'instestin et de la vessie;

2° Par l'arrêt de développpement de l'individu, qui porte sur tout l'ensemble de l'économie et en fait un enfant de vingt et un ans;

3° Par la marche évidemment progressive de la maladie, qui va sans cesse en s'aggravant. Or s'il existe un point bien démontré et sur lequel tous les observateurs soient d'accord, c'est

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

qu'une fois le coup frappé, lorsqu'on a fait la part du feu, le mal s'arrête, et on ne voit plus se produire de nouvelles lésions. S'il se développe des difformités consécutives, elles sont la conséquence des pertes subies dès le début par le système musculaire, et ne se rattachent à aucune lésion nouvelle.

Que ferons-nous donc de notre malade? et quel diagnostic porterons-nous sur un cas aussi singulier? Pour nous éclairer, il faut nous inspirer des données dont l'anatomie pathologique s'est enrichie depuis quelques années.

Il y a déjà plusieurs années que Heim et Brunniche ont cherché à expliquer les phénomènes de la paralysie infantile par une lésion de la moelle épinière; mais ces médecins s'appuyaient sur des considérations purement théoriques, sans rapporter aucun fait à l'appui de leurs idées. D'ailleurs, il faut en convenir, le mot de *moelle* épinière est une expression bien grossière aujourd'hui, et ne répond nullement à l'état actuel de la science.

Il existe, en effet, dans l'axe médullaire plusieurs appareils parfaitement distincts: les cordons postérieurs, les cordons antéro-latéraux, les cornes antérieures et postérieures de la substance grise, les racines nerveuses, sont autant d'organes chargés de remplir des fonctions différentes. Il ne suffit donc plus de parler en termes vagues d'une lésion de la *moelle épinière*, il faut aujourd'hui préciser davantage, et dire sur quel point du centre nerveux elle est située.

On arriva donc bientôt à chercher cette localisation. En 1864, M. Cornil signalait, dans la paralysie infantile, une atrophie des cordons antéro-latéraux de la moelle, avec dégénérescence amyloïde. Plus tard, M. Laborde, dans un travail resté célèbre, décrivait, dans cette maladie, une lésion de nature irritative, occupant plus spécialement les parties de l'axe spinal qui président à la motilité. Mais c'est à une autre région de la moelle épinière que se sont adressés les observateurs, qui nous ont enfin livré la clef du problème.

Dès 1861, M. Luys avait signalé, dans l'atrophie musculaire progressive, une lésion toute spéciale des cornes antérieures de la substance grise. Plus tard, M. Lockhart Clarke, en Angleterre, a publié un travail fort remarquable sur cette question; mais, dans le mémoire du savant Anglais, il est question, dans la première observation, d'un cas de paralysie infantile, décrite à tort comme un fait d'atrophie musculaire progressive, ainsi que M. Charcot l'a fort bien démontré.

Un peu avant cette époque, MM. Prévost et Vulpian avaient publié une observation de paralysie infantile, dans laquelle la lésion des cornes antérieures était très-nettement signalée.

Le terrain était donc préparé, et les premiers jalons étaient posés, lorsque MM. Charcot et Joffroy, Hayem et Parrot, sont venus nous apprendre d'une manière définitive la véritable nature des lésions qui caractérisent la paralysie infantile.

Ces altérations ont pour siége principal la substance grise centrale; mais, bien que les cornes postérieures puissent être atteintes partiellement dans quelques cas, elles ne le sont jamais au même degré que les cornes antérieures. Dans ces dernières, la lésion s'annonce par une diminution de tous les diamètres et une déformation plus ou moins complète de la corne affectée. Une étude plus attentive permet de reconnaître que des groupes entiers de cellules nerveuses, et parfois toutes les cellules d'une même région, ont disparu sans laisser de traces. A leur place se trouve tantôt une substance transparente finement grenue, traversée çà et là par des fibrilles nerveuses délicates, tantôt un lacis très-dense, formé par des fibrilles plus épaisses, entrecroisées dans toutes les directions.

Dans les cornes postérieures, ces lésions ne se montrent, en général, qu'à l'état rudimentaire. On peut suivre, sur une même coupe, les racines antérieures des nerfs de chaque côté, et constater que les plus atrophiées de ces racines correspondent aux points les plus altérés de la substance grise, et les régions dans lesquelles les cornes antérieures ont subi les lésions les plus profondes sont précisément celles qui président à l'innervation des membres les plus endommagés.

Quant à la substance blanche, elle est beaucoup moins altérée que la substance grise. Les faisceaux postérieurs ne présentent aucune altération; les faisceaux antérieurs sont sensiblement atrophiés, mais sans offrir aucune des lésions qui constituent la sclérose proprement dite.

Il est extrêmement probable que le processus morbide qui donne naissance à ces diverses altérations est de nature inflammatoire: des travaux inédits, et auxquels je ne puis faire allusion qu'en passant, paraissent le démontrer. Mais le point réellement intéressant dans l'histoire anatomique de cette maladie, c'est la corrélation manifeste qui relie les atrophies locales à la destruction des cellules des cornes antérieures de la substance grise.

L'origine de ces diverses altérations, d'après MM. Charcot et Joffroy, serait l'atrophie primitive, ou atrophie d'emblée, des cellules des cornes antérieures. A la suite de cette lésion primordiale, on observe une dilatation des vaisseaux, signalée d'ailleurs par la plupart des observateurs; puis, à une période beaucoup plus avancée, une métamorphose fibreuse de la névroglie; enfin une atrophie des cordons antéro-latéraux, qui correspond très-exactement aux points où la substance grise est le plus profondément altérée. Rien d'ailleurs, dans cette manière de voir, ne contredit l'hypothèse d'un travail inflammatoire au début de la maladie.

Je me permettrai de vous rappeler ici la théorie si brillamment développée par M. Brown-Séquard. La suppression de l'innervation d'un organe a bien moins d'influence pour en déterminer l'atrophie, que l'irritation des centres nerveux (ou des nerfs) dont il dépend. La physiologie expérimentale a vu ses conclusions confirmées, à cet égard, par l'anatomie pathologique, et la paralysie infantile paraît rentrer, sous ce rapport du moins, dans cette grande famille de lésions atrophiques, qui comprend déjà l'atrophie musculaire progressive et la paralysie glosso-labio-laryngée, et à laquelle il faudrait peut-être rattacher les *trophonévroses* de Remberg, sur lesquelles le travail récent de M. Louis Lande vient de rappeler l'attention.

Appliquons maintenant ces données aux phénomènes cliniques que nous présente la paralysie infantile. L'absence de fièvre dans quelques cas, ainsi que l'apparition subite de la paralysie, s'expliquent par l'atrophie d'emblée des cellules des cornes antérieures. La conservation de la sensibilité s'explique par l'intégrité presque complète des cornes postérieures. C'est par la même raison qu'on peut expliquer l'absence des eschares, qui sont le cortége habituel de tant d'autres paralysies. Mais le point le plus important, c'est le travail de destruction qui envahit les muscles et qui peut même atrophier les os; il se rattache évidemment à l'altération des cellules des cornes antérieures, et c'est là que se trouve la véritable découverte; c'est le point le plus intéressant de l'histoire de la paralysie infantile.

Il nous reste maintenant à déterminer dans quelle mesure les données que nous venons d'exposer peuvent s'appliquer au fait que nous avons en ce moment sous les yeux.

Chez notre malade, il est très-probable qu'il y a eu (du moins au début) une altération semblable à la paralysie infantile. Mais

cette affection, au lieu d'en rester là, semble avoir continué à faire des progrès; elle paraît même être en voie de progression à l'époque actuelle, puisque la paralysie des membres supérieurs tend de jour en jour à devenir plus accentuée; elle semble même avoir touché des points qui sont presque toujours respectés, puisque nous assistons à une paralysie du rectum et de la vessie, qui n'a jamais (ou presque jamais) été observée dans cette maladie. Il est donc évident qu'il serait très intéressant de faire, en ce moment même, l'autopsie de notre malade; mais il paraît peu disposé à nous procurer cette satisfaction, car, quelque estropié qu'il soit, il jouit d'une assez bonne santé, et, comme vous le savez, si la paralysie infantile détermine des infirmités incurables, elle ne doit pas être placée au rang des maladies qui abrégent directement l'existence; et l'on voit souvent les sujets qui en sont frappés atteindre un âge assez avancé.

N'oublions pas, après tout, que les maladies ne sont pas des espèces à caractères nettement déterminés, comme nous en trouvons en botanique ou en zoologie; mais que la description générale ne peut résulter que de la juxtaposition des faits individuels, avec lesquels il faut toujours compter en dernière analyse.

Le fait qui nous occupe rentre évidemment dans la catégorie des cas exceptionnels; il n'en est que plus digne de votre attention; et peut-être l'observation, lorsqu'elle sera complète, jettera-t-elle un certain jour sur quelques points encore obscurs de l'histoire de la paralysie infantile.

Un dernier mot et j'ai fini. Existe-t-il un traitement applicable aux accidents que présente notre sujet? Bien qu'il n'y ait pas lieu de concevoir des espérances trop flatteuses à cet égard, nous croyons devoir tenter l'application de l'électricité aux membres supérieurs. Les succès tardifs obtenus dans quelques cas de paralysie infantile par M. Duchenne (de Boulogne), nous autorisent à penser que, si nous ne pouvons revenir sur les faits accomplis, nous pourrons, du moins, retarder les progrès de la maladie.

DE L'APPLICATION DU PANSEMENT OUATÉ

De M. ALPHONSE GUÉRIN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu

A LA CHIRURGIE D'ARMÉE (1)

Par M. Louis FIAUX, externe des hôpitaux.

M. Alph. Guérin, tout en appelant ses pansements ouatés pansements rares, puisqu'ils ne sont renouvelés qu'au bout d'une période qui varie de vingt-cinq à quarante jours, prescrit de surveiller le pansement tel qu'il vient d'être appliqué, car généralement, au bout de deux ou trois jours, par suite du tassement de la ouate comprimée, il se produit un relâchement des bandes, auquel il est remédié par l'application d'une bande nouvelle appliquée identiquement comme les précédentes, ce qui généralement suffit à la solidité et au maintien de l'appareil jusqu'au jour où le chirurgien en aura décidé l'enlèvement. Dans le cas où l'on s'apercevrait que ce pus sécrété par la plaie filtre à travers l'appareil ou que l'air pénètre du côté de l'extrémité libre du manchon, de nouvelles feuilles de ouate seraient surajoutées, ainsi qu'une nouvelle bande; mais nous devons dire que ces accidents sont rares et que nous ne les avons observés que lorsque l'appareil avait été appliqué par une main encore inexpérimentée, les couches de ouate n'étant point assez nombreuses, les bandes point assez serrées, ou lorsque le malade lui-même avait tenté de défaire son pansement par curiosité.

(1) Fin. — Voir le numéro du 22 février 1872.

M. Alph. Guérin, non sans être obligé de calmer plus d'une fois l'impatience du malade, souvent même son inquiétude, au sujet du long repos dans lequel il demeure, laisse la plaie sous son pansement pendant un espace de temps jamais moindre de vingt jours et pouvant aller jusqu'à quarante, ainsi que nous l'avons dit. En règle générale, il lui a toujours fallu regretter d'avoir enlevé trop tôt le pansement, l'état de la plaie marchant avec une rapidité singulière vers la cicatrisation, et étant ainsi fort loin de justifier les craintes que faisaient naître les obsessions du malade, alléguant souvent une douleur imaginaire, afin de voir la plaie si longtemps cachée à ses yeux.

On s'étonnera sans doute que ce même appareil, laissé si longtemps en contact avec une quantité assez notable de liquide purulent, n'exhale pas une odeur fétide, insupportable, dangereuse pour le malade et ses voisins : il n'en est rien. Au bout de plusieurs jours, dans le cas où l'appareil est bien placé et remplit exactement toutes les conditions indiquées, à peine une faible odeur est-elle exhalée, odeur *sui generis,* rappelant peut-être celle de vieux linge, mais nullement celle de matières organiques en putréfaction, et qui est facilement combattue en saupoudrant le pansement de poudre de camphre ou en l'arrosant d'eau phéniquée.

L'enlèvement de l'appareil a lieu dans un endroit également éloigné des salles; il s'exécute avec une facilité et une rapidité semblables à celles qui ont accompagné la première application; il doit être fait naturellement avec douceur et précaution, surtout lorsque, ayant déchiré les premières couches de ouate, on arrive aux environs de la plaie, car, dans un grand nombre de cas, l'application a été si immédiate, qu'une adhérence des plus fortes s'est établie entre la peau voisine de la plaie et la dernière couche de coton : ce feutrage solide, dur, résistant, ne doit être enlevé, nous le répétons, qu'avec une grande précaution, de crainte d'arracher les lèvres de la plaie et de faire saigner les bourgeons charnus; aussi un abondant lavage avec de l'eau tiède, toujours additionnée d'alcool camphré, doit-il être pratiqué; souvent même il est nécessaire d'immerger quelque temps le membre dans le liquide (cas de plaies de main, d'avant-bras, par exemple). La plaie apparaît alors rosée, bourgeonnante, et il est évident que le travail réparateur de la cicatrisation s'est opéré d'une manière plus accélérée qu'avec les pansements ordinaires. La quantité de pus presque inodore trouvée dans l'appareil est en général, pour les plaies étendues, peu considérable, étant donné le laps de temps écoulé; quelquefois même, lorsque la lésion est de peu d'étendue, la suppuration est nulle. Quant aux petits fils de ligature, on n'en trouve pas de trace, ils sont entraînés, dans la levée de l'appareil, par les couches de ouate mise immédiatement en contact avec la plaie.

Tel est le pansement de M. Alphonse Guérin : d'une application simple, rapide, comme on voit, propre, solide, supprimant la douleur, commode pour le blessé, dont les mouvements sont ainsi rendus faciles et sans inconvénient, puisque le pansement est aussi une enveloppe assez protectrice pour rendre, dans un grand nombre de cas, l'emploi du cerceau inutile; léger, inodore, peu coûteux, ne demandant après l'application qu'une surveillance intelligente mais sans fatigue; enfin d'une rareté singulière, avantage inappréciable qui ménage en même temps le blessé, à qui le fréquent renouvellement d'un pansement cause toujours une fatigue et une douleur, et le médecin sou-

vent, comme dans les crises dernières, excédé de travail et véritablement épuisé; enfin, mettant à l'abri de l'infection purulente et des périls résultant de l'encombrement, de l'air vicié de l'hôpital, etc. Quel pansement permettrait, en effet, de ne plus s'arrêter à considérer l'encombrement des malades si tristement inévitable, surtout avec le système des grands hôpitaux à construction permanente? Quel pansement permettrait de transporter au loin avec plus de facilité, moins de souci, moins de danger, les malades rangés sous la dénomination de grands blessés? Ce ne seraient certes point les pansements employés communément, soit le pansement simple ou cérató, soit le pansement avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée, soit l'irrigation continue, soit les bains prolongés et autres d'une installation difficile et que l'on change presque quotidiennement.

Toutes ces conditions ne sont-elles point celles que l'on peut exiger d'un pansement des plaies dans la chirurgie d'armée, où la rareté du personnel médical (du moins en France), la presse et la hâte qui suivent les opérations de guerre nécessitent à la fois l'application rapide de pansements faciles, solides, conjurant les dangers de l'encombrement et de l'infection purulente, auxquels il n'est plus nécessaire de revenir par des changements et des renouvellements presque quotidiens pendant un laps de temps considérable, amoindrissant enfin tout ce que présentent de pénible, de dangereux même, des traversées par mer, de longs voyages en chemin de fer, des transports par cacolets ou arabas?

« La chirurgie d'armée, dit-on, exige encore d'autres conditions ; les appareils qui lui sont destinés ne sauraient être lourds ni encombrants. Il faut qu'ils soient assez légers pour ne pas surcharger le matériel des ambulances toujours trop pesant et trop encombrant (1). »

Ces qualités ne sont-elles point réalisées par la ouate? Et si l'on objecte la grande quantité de cette matière à transporter dans les hôpitaux, dans les ambulances de premier et de second ordre, pour suffire aux pansements d'un grand nombre de blessés, nous objecterons que les linges, le cérat, etc., etc., nécessaires pour les pansements employés communément, tiennent aussi large place et pèsent d'un bon poids. D'ailleurs, il serait bien facile de réduire encore le volume des grandes masses de ouate amoncelée en la comprimant avant de l'empaqueter, à l'aide de machines puissantes, et d'en augmenter ainsi la quantité.

Ces avantages ne sont point les seuls à noter dans le pansement de M. Alphonse Guérin. Tous les médecins militaires ont signalé les états morbides se rapportant aux influences climatériques et saisonnières; les relations médico-chirurgicales de l'armée d'Orient, notamment, ont justement insisté sur cet important sujet. Les variations de température, les ouragans, les neiges, les pluies agissent d'une façon nuisible et incontestable sur l'état général des malades et des blessés qui, dans ces conditions presque toujours insuffisantes d'installation des ambulances de guerre provisoires, se trouvent encore plus exposés et en reçoivant un contre-coup plus brutalement immédiat et bien plus funeste. Le pansement ouaté contribue, dans toutes les limites désirables, à préserver les plaies des atteintes de ces variations atmosphériques, climatériques et saisonnières, en les maintenant à une température invariable, constante, égale à la température humaine. Cette assertion ne saurait être contredite, le pouls du malade, au bout de quelques jours, variant de 60 à 80 pulsations, et sa chaleur animale de 36° à 37°.

(1) V. *Du traitement des fractures des membres par coups de feu à l'aide d'appareils nouveaux, dits appareils modelés en toile métallique*, par M. le docteur Sarrazin, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg. Mémoire communiqué à la Société de chirurgie, et publié dans les *Archives générales de médecine*, septembre 1871.

Avec ces données, il n'est pas besoin de dire que l'alimentation du blessé doit être substantielle, tonique, fortifiante, naturellement sans excès. Une telle hygiène coïncidant avec le minimum de suppuration que nous avons indiqué, c'est-à-dire le minimum de cause débilitante, assure au blessé les forces suffisantes pour résister avec succès aux causes morbides diverses et arriver à une prompte cicatrisation. Aussi, dans le service de M. Alph. Guérin, il n'est point rare de voir nos grands blessés se lever après quelques jours d'alitement, descendre même jusque dans les cours de l'hôpital, vivre enfin presque de la vie d'un être actif et bien portant.

Quelque léger que soit notre témoignage à côté de celui de nos maîtres, en présence des statistiques et des succès obtenus, nous nous permettrons de croire que les avantages inespérés du pansement ouaté de M. Alphonse Guérin réalisent dans la thérapeutique chirurgicale une vériable révolution, dont les chirurgiens de nos armées ne seront point les derniers à apprécier la valeur scientifique et pratique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements des Alpes-Maritimes, des Pyrénées orientales et de la Dordogne (Comm. des épidémies).

2° Un rapport de M. le docteur Rougé-Rieuton sur le service médical des eaux minérales de Rennes-les-Bains, Aude, en 1870-1871 (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend une lettre de M. le docteur Empis, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie pathologique.

M. Larrey présente un mémoire sur *les propriétés du sylphium de l'ancienne Cyrénaïque*, par M. le docteur Laval.

M. Behier présente, au nom de M. Henri Liouville, un travail sur *la généralisation de l'anévrysme miliaire*.

M. Chauffard présente, au nom de M. le docteur Ernest Besnier, le 3e fascicule des *comptes rendus mensuels des maladies régnantes*.

M. le Président annonce que M. le professeur Sedillot (de Strasbourg), membre associé, assiste à la séance.

ÉLECTIONS

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

La commission proposait :

En 1re ligne, M. Lefort,
En 2e — M. Personne;
En 3e — M. Planchon;
En 4e — *ex æquo*, MM. Jeannel et Soubeyran.

Le nombre des votants étant de 72, dont la majorité est de 37.

M. Lefort obtient 39 suffrages,
Et M. Personne 33.

En conséquence, M. Lefort est proclamé membre de l'Académie.

L'Académie procède ensuite à la nomination d'une commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places vacantes d'associés et de correspondants étrangers.

Sont nommés : MM. Larrey, Gubler, Roger, Giraldès, Boudet, Daremberg.

PROGRAMME D'UN COURS D'HYGIÈNE.

M. VERNOIS, au nom de la commission nommée pour rédiger un projet de programme pour les cours d'hygiène à faire dans les lycées, donne lecture de la rédaction proposée. Ce travail sera imprimé et distribué pour être discuté dans la prochaine séance.

DISCUSSION SUR LE TANNATE DE QUININE

M. MIALHE. On m'a fait dire que le tannate de quinine était insoluble. J'ai soutenu seulement qu'il était peu soluble, et qu'en outre, n'étant pas comme le sulfate basique, apte à devenir *complétement soluble* à la faveur des acides gastriques, il est par conséquent impropre à introduire dans le sang, *en temps opportun*, une dose de quinine suffisante pour effectuer une action énergique, alors que cette action est impérieusement commandée par l'affection que le praticien est appelé à combattre.

Là est toute la question.

M. VULPIAN. M. Briquet avance que M. Guyochin se trompe quand il évalue la solubilité du tannate de quinine à 1 pour 950 parties d'eau distillée à la température ordinaire, et il assure que le tannate de quinine n'est soluble que dans 3 ou 4 mille fois son poids d'eau distillée.

M. Guyochin a cherché le coefficient de solubilité du tannate de quinine de trois provenances : M. Stock, droguiste, M. Castalhaz, droguiste, et la Pharmacie centrale. La solubilité a varié, pour chacun de ces échantillons, mais dans de faibles proportions.

100 grammes d'eau distillée, à la température ordinaire ont dissous de 11 à 14 centigrammes de tannate, de telle sorte que le coefficient de solubilité varie de 1/714 à 1/909.

Pour constater ces chiffres, M. Guyochin fait évaporer 100 grammes de solution saturée et filtrée, et il pèse le résidu.

On peut voir que cette solution donne un abondant précipité par l'iodure de potassium ioduré et par l'iodure double de mercure et de potassium.

Quant à ce qui concerne l'absorption, la quantité de tannate trouvée dans les urines, faible le premier jour, augmente les jours suivants, et on peut voir que cette quantité est assez notable dans l'urine d'un malade qui prenait depuis trois jours quatre grammes de tannate de quinine chaque jour. Cette urine précipite assez notablement par les deux réactifs.

Il est certain du reste que l'urine des malades qui ingèrent depuis le même temps du sulfate de quinine à la dose d'un gramme donnerait une réaction encore plus forte.

Il est probable qu'il faut chercher la raison de cette différence dans l'action différente comme degré des acides sur ces sels, car le tannate de quinine est presque aussi soluble dans les solutions neutres, mais beaucoup moins dans les acides.

Quant à l'action thérapeutique du tannate de quinine, en définitive, c'est une question d'expérimentation et non de raisonnement.

M. REGNAULT. Le tannate de quinine n'est nullement insoluble dans le sens propre de ce mot. Sa solubilité croît assez rapidement avec la température, et devient très-notable à la température du corps humain, vers 38 degrés centigrades. Une solution saturée à 38 degrés se trouble au point d'être opaque par la présence d'un précipité assez abondant lorsqu'on la laisse refroidir, puis redevient claire et transparente lorsqu'on la ramène à la température de 38 degrés, et ainsi de suite.

On n'est donc point en droit d'affirmer *àpriori* l'inertie du tannate de quinine ; et pour en revenir à l'origine de cette discussion, l'expérience seule peut nous apprendre s'il est efficace ou non contre la diarrhée cholérique.

M. HÉRARD. Je viens de recevoir à ce sujet une lettre d'un médecin distingué, M. le docteur Lambron de Bagnères, que l'Académie avait chargé d'expérimenter au moment où Bareswill le proposa, le nouveau tannate de quinine, concurremment avec deux autres praticiens qui, comme M. Lambron lui-même, exerçaient dans des lieux où règnent d'ordinaire les fièvres de marais.

On retrouverait dans les archives de l'Académie le rapport que M. Lambron avait adressé à cette époque, et dont voici les conclusions :

1° Le tannate de quinine coupe parfaitement bien la fièvre intermittente, seulement il faut le donner à plus hautes doses que le sulfate de quinine.

(En effet, le sulfate de quinine renferme 1 atome de quinine et 1 atome d'acide sulfurique, tandis que le tannate renferme 2 atomes d'acide tannique pour 1 atome de quinine).

2° En donnant le tannate de quinine à dose double du sulfate, on obtient à peu près les mêmes résultats curatifs qu'avec ce dernier sel.

3° Dans ces conditions, on voit très-bien diminuer la rate, seulement un peu plus lentement qu'avec le sulfate.

4° L'action physiologique du tannate est moins rapide que celle du sulfate; donc, dans les cas de fièvre intermittente *pernicieuse*, je considère comme très-prudent de préférer le tannate de quinine.

5° Le tannate irrite moins l'estomac et surtout les glandes à pepsine ; il nuit donc moins à la digestion et amène bien plus tardivement la satiété que le sulfate; conséquemment, l'usage peut en être continué plus longtemps, et c'est la condition essentielle pour obtenir la cure des fièvres intermittentes *rebelles* et le retour de la rate à ses proportions normales, indication presque toujours certaine d'une réelle guérison.

6° Lorsque la fièvre intermittente est accompagnée de diarrhée, le tannate doit être préféré au sulfate, en ce qu'il modifie heureusement l'état intestinal, tandis que le sulfate souvent l'exagère (cela viendrait à l'appui des observatioes de l'auteur du mémoire n° 3).

7° Lorsque les accès de fièvre se terminent par des sueurs profuses, le tannate de quinine modifie bien plus sûrement que le sulfate les déperditions excessives. (Cette observation m'a conduit à administrer le tannate dans les sueurs nocturnes des phthisiques, et j'ai eu, non toujours, mais très-souvent, lieu de m'en louer.)

M. BRIQUET. Je n'ai que deux mots à répondre. La solubilité et la composition du tannate de quinine paraissent très-variables, et c'est une raison pour ne pas l'employer en médecine. Le tannate de quinine que j'ai expérimenté était vieux et sec ; je l'ai fait dissoudre dans l'eau froide; de là, sans doute, son peu d'absorption. Les faits que j'ai avancés sont rigoureusement vrais.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Verneuil sur les titres des candidats à une place vacante dans la section de chirurgie.

NÉCROLOGIE

Discours prononcé sur la tombe de M. le docteur DEVILLE, *par* M. le docteur E. R. PERRIN.

Messieurs,

En acceptant, au nom de la Société de médecine de Paris et de la Commission des logements insalubres auxquelles M. Deville appartenait en même temps, le douloureux honneur d'adresser, sur le bord de cette tombe encore entr'ouverte, quelques paroles d'adieux à notre regretté collègue, je sens, à l'émotion qui me domine, combien il me sera difficile de louer, selon ses mérites, l'homme estimable à tant d'égards qu'une famille éplorée, que des confrères et des amis attristés, accompagnent en ce moment à sa dernière demeure. Je n'en essayerai pas moins de remplir envers lui ce pieux et pénible devoir, en retraçant devant vous, en quel-

ques mots, les principales circonstances d'une vie aussi honnête que laborieuse, aussi modeste qu'utile.

Jean-Joseph-Louis-Auguste Loiseleur-Deslongschamps Deville naquit le 2 février 1797, à Arles (Bouches-du Rhône). Après avoir fait avec succès ses humanités au collége de sa ville natale, il vint à Paris étudier la médecine sous les auspices de son protecteur Loiseleur-Deslongschamps, qui en fit plus tard son fils adoptif et le plaça à l'hospice de la Charité, dans le service de Mérat, l'auteur bien connu, avec de Lens, du *Dictionnaire universel de matière médicale et de thérapeutique générale*.

Au début de ses études en médecine, comme en font foi plusieurs publications ultérieures de lui, il cultiva avec distinction et avec une prédilection marquée les sciences naturelles, se préparant ainsi à réaliser dans sa personne le type futur du médecin accompli, c'est-à-dire du médecin qui ne doit rester étranger à aucune science accessoire, parce que toutes offrent, en effet, de précieuses et indipensables ressources à l'art de guérir.

Il eut d'ailleurs l'heureuse chance de se trouver d'emblée à bonne école, puisque ses premiers maîtres, avec Loiseleur-Deslongschamps, furent précisément Mérat, dont nous rappelions le nom tout à l'heure, puis de Lens, qui, plus tard, l'accueillait dans sa propre famille, en lui donnant en mariage sa fille aînée, aussi distinguée par les qualités du cœur et de l'esprit qu'ornée par les richesses inestimables d'une instruction largement cultivée et hors ligne.

Le premier, en France, M. Deville a appelé l'attention des médecins sur le choléra épidémique qu'il eut, en 1818, le rare privilége d'observer au Bengale, où il était allé accompagner le beau-fils de Cuvier, M. Duvaucelle, chargé par le Muséum de rapporter de cette contrée éloignée de précieuses collections d'histoire naturelle. Pendant cinq mois, de mai à septembre, c'est-à-dire pendant toute la durée de l'épidémie, M. Deville résida à Calcutta même, où la maladie sévissait. Il eut ainsi l'heureuse occasion de l'étudier avec soin sur un grand nombre de malades. A son retour en France, il s'empressa de communiquer à l'Académie des Sciences, dans la séance du 21 juin 1819, le résultat de ses intéressantes observations. Par la nouveauté du sujet, la lecture de son mémoire eut un véritable retentissement dans le monde savant et lui valut de nombreuses félicitations, et notamment une lettre très-flatteuse de l'illustre de Humbolt.

M. Deville soutint sa thèse pour le doctorat devant la Faculté de médecine de Paris le 4 février 1828. Elle avait pour titre : *Dissertation sur le choléra morbus au Bengale.* Notre confrère ne pouvait guère choisir pour sujet de sa thèse une question autre que celle de la maladie qui, depuis dix ans, avait sans cesse occupé son esprit. Personne d'ailleurs, sans contredit, à cette époque, n'était plus que lui au courant des idées et de la pratique des médecins de tous les pays sur la nature, les symptômes et le traitement de cette affection. Aussi, lorsque, quelques années plus tard, en 1832, le choléra vint faire sa première apparition au milieu de nous, comprend-on facilement quels services signalés dut rendre à ses confrères et aux malades un médecin qui, à quatorze ans d'intervalle et à 3,000 lieues de distance, avait pu observer l'épidémie cholérique sur deux théâtres aussi remarquables, à Paris et à Calcutta, sur les bords du Gange et sur les rives de la Seine! D'un commun accord, il fut choisi par ses collègues comme secrétaire de la commission sanitaire du quartier de l'Hôtel-de-Ville, et le compte rendu qu'il publia des travaux de cette commission, travaux auxquels il prit la plus légitime comme la plus grande part, lui valut en récompense la croix de chevalier de la Légion d'honneur, qu'à la suite de nouveaux services rendus dans la seconde épidémie de 1849, il échangea contre celle d'officier.

En dehors de ses études sur le choléra, M. Deville a publié de nombreux articles, brochures, mémoires, analyses, sur divers sujets de médecine, et notamment sur de graves et importantes questions d'hygiène publique relatives à l'accroissement continu, à Paris, des mort-nés, à l'usage abusif du seigle ergoté dans les accouchements, à la mortalité dans la ville de Paris, de 1840 à 1863, etc., questions qu'il a traitées avec d'autant plus d'autorité, qu'en sa qualité de médecin de la préfecture de la Seine depuis plus de trente ans, d'inspecteur du service de la vérification des décès, de membre de la commission des logements insalubres, il avait toutes facilités pour puiser à son gré aux meilleures sources d'information.

Si les écrits de M. Deville dénotent sûrement le médecin instruit, l'hygiéniste éclairé, le praticien judicieux et expérimenté, en même temps qu'ils témoignent des habitudes laborieuses de toute sa vie, ils laissent également deviner les qualités morales de l'homme et la haute considération dont il jouissait dans le public, parmi ses confrères et parmi ses clients. On peut dire de lui que, dans tous les actes de sa vie, il n'a jamais su obéir à d'autres mobiles qu'à celui de l'honneur et du devoir! Aussi, si l'honnêteté, l'abnégation, le désintéressement jusqu'à l'oubli de ses plus justes intérêts, doivent constituer les qualités essentielles du médecin, on peut affirmer que M. Deville a réuni ces rares qualités au plus haut degré. Nul autre, d'autre part, ne déplorait plus amèrement les formes honteuses qu'à notre époque le charlatanisme médical a su revêtir. Par contre, il applaudissait de grand cœur à toute mesure qui tendait à rehausser la dignité de la profession, à assurer la protection de ses membres, en les abritant par l'association contre les mauvaises chances de la fortune. L'Association de prévoyance des médecins de la Seine, dont il a été l'un des premiers secrétaires annuels, l'a toujours compté au nombre de ses partisans les plus chaleureux.

Nous ajouterons, enfin, que M. Deville était un des médecins les plus anciens de la Société de médecine de Paris, société à laquelle il appartenait depuis près de quarante-deux ans, et dont il a eu l'honneur, en 1843, de diriger les travaux comme président. Il est mort juste au moment où ses collègues reconnaissants se proposaient de lui accorder l'honorariat pour prix de ses bons et loyaux services.

Dans la commission des logements insalubres, dont M. Deville faisait partie depuis l'origine, notre collègue s'est toujours également fait remarquer par son zèle et son exactitude bien connus, par le soin qu'il prenait dans la rédaction de ses rapports et par la prudence qu'il apportait dans les prescriptions à proposer à l'appréciation de ses collègues et à soumettre à leur adoption.

Pourquoi faut-il, après une vie aussi noblement et aussi laborieusement remplie, que notre pauvre confrère ait eu à endurer mille morts avant que de mourir ? Il eût pourtant été si heureux, malgré ses vives souffrances, de vivre quelques jours encore, pour jouir d'un bonheur de famille qu'il n'a fait qu'entrevoir, et que le mariage de son fils était venu apporter à son foyer, aussi heureusement que gracieusement agrandi! Mais non, le sort en avait décidé autrement. Les dernières années de sa vie, les derniers mois surtout, durent être éprouvés par les suites les plus cruelles d'une maladie que ni la science que lui-même avait reconnue impuissante dès le premier jour, ni les soins délicats d'une épouse aussi courageuse que dévouée, ne purent conjurer un seul instant. Mais du moins, et c'est la seule consolation qu'il ait jamais éprouvée, il est mort en chrétien, en paix avec Dieu, laissant à sa famille, à la douce compagne de sa vie, à ses enfants et petits enfants en pleurs, un nom respecté et aimé, sans tache ni souillure, dont chacun de nous, comme un talisman, gardera le précieux souvenir.

Adieu, cher et vénéré collègue, adieu! Je n'oublierai jamais pour ma part les témoignages d'amitié et d'affectueuse sympathie que vous m'avez donnés, il y a longtemps déjà, et qui m'ont procuré l'honneur d'avoir été choisi par vous comme médecin, parmi tant d'autres confrères plus habiles, qui, comme moi, étaient vos amis, et qui, comme moi aussi, auraient eu hâte de vous offrir le fruit de leur expérience et de leur dévouement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les épreuves de la première série du concours d'agrégation viennent de se terminer. Les candidats ont eu à traiter, comme question écrite d'anatomie et de physiologie, du *lobule pulmonaire;* et comme questions orales, après trois quarts d'heure de préparation, de l'insuffisance tricuspide; varioles anomales; stomatite ulcéro-membraneuse; rhumatisme noueux; péricardite aiguë; lithiasie rénale; rhumatisme cérébral.

La deuxième série d'épreuves a commencé vendredi 23 février.

Les candidats, MM. Beaumetz et Damaschino, ont eu à traiter l'un l'algidité, l'autre les roséoles.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le docteur A. Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les *maladies mentales et nerveuses* le dimanche 3 mars, à neuf heures du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— Dans sa séance du 23 février, la Société médicale des hôpitaux a souscrit à l'unanimité, pour la libération du territoire, une somme de dix mille francs, qui doit être versée indépendamment de tous les dons particuliers.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur R..., à Eymet. — Votre offre est agréée.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 26. — SAMEDI 2 MARS 1872 45e ANNÉE SAMEDI 2 MARS 1872. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. L'épidémie d'ictère. Plaie de la moelle épinière ; paralysie du mouvement ; anesthésie, hyperesthésie, eschare, arthropatie, perte de l'excitabilité électro-musculaire et incoordination des mouvements. — De l'intervention des eaux minérales d'Aix (Savoie) dans la pratique chirurgicale et les blessures de guerre. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Souscription nationale pour la libération du territoire. —Concours. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

L'épidémie d'ictère.

En exposant, dans l'une des précédentes revues, une rapide esquisse de l'état actuel de la science sur la nature et la pathogénie de l'ictère simple, et en signalant plus particulièrement quelques-unes des idées qui semblent réunir aujourd'hui le plus grand nombre d'adhésions, nous n'avons eu réellement d'autre but, ainsi que nous l'avons explicitement dit, que de provoquer l'étude, l'examen et, au besoin, la discussion sur ce point de pathologie, n'ayant personnellement aucun parti pris à ce sujet autre que celui de la vérité. Nous ne pouvons donc que nous féliciter que nos observations aient pu entrer, pour quelque minime part que ce soit, dans le choix que M. le professeur Sée a fait de ce sujet comme texte de l'une de ses dernières leçons cliniques à l'amphithéâtre de la Charité. M. le professeur Sée, en effet, au commencement de sa leçon du 28 février, s'est élevé contre la théorie trop facilement admise aujourd'hui, suivant lui, du catarrhe gastro-duodénal comme cause de l'ictère bénin. Il l'a fait dans les termes suivants, qui ont été recueillis et qui nous ont été communiqués par son chef de clinique, M. le docteur Choyau.

« Vous avez vu dans nos salles, depuis un an environ, un certain nombre de malades atteints de jaunisse ; la plupart sont sortis guéris, quelques-uns sont encore à l'hôpital et ne tarderont pas à nous quitter complétement rétablis.

« En ville, j'ai eu aussi l'occasion d'observer plusieurs personnes ictériques ; et comme des faits de ce genre ont été signalés par bien d'autres médecins, il est permis d'affirmer qu'il existe actuellement à Paris une épidémie d'ictère. Voici en quelques mots quelle a été, dans la plupart de ces cas, la succession des phénomènes morbides.

« Trois ou quatre jours avant que la coloration jaune des sclérotiques se soit montrée, les malades perdent l'appétit, éprouvent un profond dégoût pour les aliments et vomissent une fois ou deux, puis leurs urines prennent une coloration caractéristique et tachent le linge en jaune. Mais leur langue est nette, sans enduit blanchâtre ; elle a son volume habituel ; elle n'est ni large ni tuméfiée, et n'offre pas sur ses parties labiales l'empreinte des dents comme dans l'embarras gastrique. La coloration jaune se montre d'abord, sur les sclérotiques, sur la muqueuse palatine, sur la face inférieure de la langue et sur les parties cutanées qui présentent la plus grande finesse, comme la face interne des membres. L'ictère se généralise, s'accompagne souvent d'une décoloration complète des *feces* qui ont le plus souvent leur aspect habituel. La constipation est de règle. Le foie n'est ni volumineux ni douloureux, et la pression faite au niveau de la région épigastrique et du pylore ne réveille aucune sensation pénible. Le pouls n'augmente point de fréquence, il est au contraire un peu ralenti ; et la peau n'offre aucune modification dans sa transparence.

« Au bout de dix, quinze ou vingt jours, l'ictère diminue, la coloration des urines est moins prononcée ainsi que leur réaction par l'acide nitrique ; l'appétit revient, les vomissements ont cessé depuis longtemps ; tous les phénomènes que nous avons énoncés disparaissent peu à peu et les malades ne tardent pas à être rendus à la santé.

« J'ai peut-être eu tort de dire que les malades sont rendus à la santé, car si ce n'est leur coloration jaune, ils ne viendraient pas pour la plupart réclamer nos soins. Hier encore, vous avez vu à la consultation un jeune homme qui a refusé d'entrer à l'hôpital en disant qu'il n'était pas malade, qu'il était seulement jaune depuis trois ou quatre jours, ce qui ne l'empêchait en rien de continuer ses travaux, qu'il n'avait pas quittés un seul instant ; vous avez vu comme moi que sa langue était très-nette, sans enduit saburral.

« Tous les cas que vous avez pu observer se sont terminés par la guérison; c'est vous dire que cette épidémie d'ictère est extrêmement bénigne, et cette guérison n'a jamais été entravée par une complication que l'on pût rattacher à l'ictère même. Ainsi, parmi nos malades de la salle Sainte-Anne, vous vous rappelez la femme qui est couchée au n° 9; elle était atteinte d'ictère bénin depuis huit ou douze jours, lorsqu'elle accoucha prématurément d'un enfant de sept mois, qui n'offrait point de coloration jaune au moment de sa naissance. Cet accouchement prématuré, qui ne s'accompagna et ne fut suivi d'aucun accident, doit-il être mis sur le compte de l'ictère ou bien de la syphilis dont cette malade présente des manifestations tertiaires non douteuses (exostoses sur la face postérieure du cubitus gauche et sur la face externe du péroné du même côté)? Cette femme a fait déjà, il y a plusieurs années, une fausse couche de quatre mois, probablement sous la dépendance de la vérole ; aussi je crois que l'ictère n'a joué qu'un rôle bien peu important dans son accou-

chement avant terme, qui doit être attribué en grande partie à la syphilis.

« Quelle est maintenant, messieurs, la pathogénie de cet ictère? Avons-nous affaire à un ictère qui serait dû à l'oblitération du canal cholédoque dans un point de son trajet ou à son orifice dans le duodénum par un bouchon muqueux, produit de sécrétion du duodénum ou du canal cholédoque enflammés, presque toujours consécutive à l'inflammation catarrhale de l'estomac, à un embarras gastrique? C'est une opinion qu'a émise Virchow et qui a rencontré de nombreux défenseurs.

« Les troubles digestifs qui précèdent la coloration ictérique pourraient le faire croire. Vous vous rappelez, en effet, que les malades avant d'être jaunes ont perdu l'appétit et vomissent quelquefois, tout en ayant la langue nette. Ces désordres fonctionnels sont-ils suffisants pour faire croire à un embarras gastrique? Assurément non, car ils ne ressemblent en rien à ceux qui se trouvent dans le catarrhe de l'estomac. Dans cette dernière affection, les malades ont la bouche pâteuse, amère, l'haleine saburrale, la langue blanche; ils ont des nausées, des renvois nidoreux très-rarement, mais jamais de vomissements; ils se plaignent d'une sensation de pesanteur, quelquefois même de douleur dans la région épigastrique. A ces troubles digestifs se joignent des désordres nerveux toujours très-manifestes, céphalalgie vive, courbature et brisement dans les membres, faiblesse très-grande, frissonnements irréguliers suivis ou non de chaleur à la peau. Eh bien, dans tous les cas d'ictère que nous avons vus, tous ces phénomènes faisaient défaut, et il m'est impossible d'assigner à l'épidémie actuelle de jaunisse la pathogénie de l'ictère dit catarrhal, de l'ictère consécutif à un catarrhe gastro-duodénal.

« Les phénomènes gastriques qui précèdent l'ictère de deux, trois ou quatre jours au plus, c'est-à-dire le temps nécessaire pour que la bile soit en assez grande quantité dans le sang pour colorer les urines, les muqueuses et la peau, sont pour moi le résultat de l'action des acides biliaires sur les nerfs du goût.

« L'action directe de la bile sur les nerfs de la sensibilité spéciale de la langue donne lieu à la perte d'appétit et par une action réflexe à des vomissements. Quant au mécanisme de l'ictère qui règne aujourd'hui, il m'échappe complétement; mais je ne puis me croire obligé pour cette raison d'accepter la théorie du bouchon muqueux oblitérant le canal cholédoque, consécutivement à un catarrhe gastro-duodénal, catarrhe qui, dans tous les cas que j'ai observés jusqu'à présent, a complétement fait défaut. Je préfère reconnaître mon ignorance plutôt que me reposer confiant dans une erreur et accepter comme vraie une opinion que l'examen attentif des faits m'oblige à rejeter. »

Plaie de la moelle épinière. — Paralysie du mouvement, anesthésie, hyperesthésie, eschare, arthropathie, perte de l'excitabilité électro-musculaire et incoordination des mouvements.

L'attention des anatomo-pathologistes a été particulièrement appelée, dans ces dernières années, sur l'étude des lésions du système nerveux, et en particulier de la moelle et des symptômes qui les traduisent. Nous aurons très-prochainement à présenter le résumé de quelques faits et de quelques considérations d'ensemble sur ce sujet, à l'occasion de la publication des dernières livraisons du bel atlas d'anatomie pathologique de MM. Lancereaux et Lackerbauer. Nous allons nous borner aujourd'hui à exposer les points principaux d'un fait très-remarquable de traumatisme de la moelle épinière recueilli par MM. Joffroy et Solmon, et communiqué à la Société de biologie.

Un homme âgé de 43 ans fut blessé, dans la nuit du 15 au 16 février 1871, par un coup de couteau-poignard au niveau de la troisième vertèbre dorsale, la pointe ayant pénétré à 5 centimètres à gauche de la ligne des apophyses épineuses et dirigée vers le canal vertébral. Le blessé s'affaissa immédiatement, ayant une paralysie complète du membre inférieur gauche. Porté immédiatement à l'hôpital Lariboisière, il présentait le lendemain les symptômes suivants :

Dans le membre inférieur gauche, paralysie complète du mouvement.

La sensibilité offre des modifications importantes dans les deux membres. Dans le membre inférieur droit, la sensibilité au simple contact est abolie. Le chatouillement est à peine perçu. La sensibilité à la douleur a complétement disparu.

Dans le membre inférieur gauche (paralysé), les phénomènes sont tout différents : le contact, le chatouillement déterminent de la douleur. Les excitations douloureuses, telles que piqûres, pincements, produisent des sensations très-pénibles; l'hyperesthésie est considérable.

Le malade est complétement gâteux : les sphincters sont relâchés.

Dans la semaine qui suivit son admission à l'hôpital, le malade vit peu à peu l'insensibilité de la jambe disparaître, les autres phénomènes restant sensiblement les mêmes.

Le 13 mars suivant, il survint sur la fesse droite, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane, une plaque rouge, érythémateuse, avec commencement de desquamation épidermique en quelques points. Le malade accusait, en outre, une douleur assez vive dans le genou gauche, s'exagérant par les mouvements et s'accompagnant de rougeur et de gonflement des parties molles, avec épanchement assez abondant dans l'articulation.

Les jours suivants, l'ulcération, après avoir creusé un peu plus profondément, s'était couverte de bourgeons charnus; l'arthrite avait augmenté d'intensité.

Le 27, l'eschare était guérie. Il ne restait d'autre trace de l'arthrite qu'un peu de liquide dans le genou. On examina pour la première fois la motilité électrique; elle était complétement abolie dans le membre inférieur gauche. A partir de ce même jour, on électrise chaque matin tous les muscles de la cuisse et de la jambe; et, dès le 30 mars, les muscles de la région antérieure de la cuisse commencent à répondre à l'excitation.

Le 2 avril, il y a des progrès sensibles dans le retour de la contractilité des muscles de la jambe et de la cuisse. On prescrit trois bains sulfureux par semaine.

Le 28 avril, voici quel est l'état de ce malade: 1° La motilité est normale au membre inférieur droit, tandis qu'elle est toujours amoindrie au membre gauche. Il existe toujours de ce côté un certain degré d'incoordination des mouvements et une perte de la notion de position. Les mouvements réflexes, normaux à droite, sont exagérés à gauche.

2° La sensibilité reste toujours abolie dans toute la longueur du membre inférieur droit. L'anesthésie, a subi, à très-peu de chose près, les mêmes modifications dans la moitié droite du tronc; tandis qu'elle continue, au contraire, à être exagérée au membre inférieur gauche. L'hyperesthésie se retrouve avec la même intensité dans la moitié gauche du tronc.

Le malade quitte l'hôpital vers le milieu du mois de mai, étant à peu près dans le même état.

Ainsi, pour résumer cet ensemble si complexe de phénomènes, on voit dans cette observation, à la suite d'une blessure qui a atteint une portion de la moelle, dont il n'a pas été possible de mesurer exactement l'étendue, mais qui, suivant toutes les apparences, avait dû compromettre plus particulièrement le côté gauche, la série des symptômes suivants :

1° Paralysie du mouvement dans le membre inférieur gauche; 2° troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs et la moitié inférieure du tronc, consistant principalement dans l'anesthésie du côté droit et l'hyperesthésie du côté gauche; 3° eschare fessière unilatérale droite; 4° arthropathie du genou gauche; 5° disparition de l'excitation électro-musculaire dans le membre inférieur gauche; 6° incoordination appréciable du mouvement dans le membre inférieur gauche, après retour de la motilité.

Nous reviendrons sur quelques-uns de ces phénomènes, pour en faire ressortir la signification, à l'occasion de l'examen de la question générale des lésions de la moelle que nous aurons à faire prochainement.

DE L'INTERVENTION DES EAUX MINÉRALES D'AIX (SAVOIE) DANS LA PRATIQUE CHIRURGICALE ET LES BLESSURES DE GUERRE

Par M. DAVAT.

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 14 février 1872.)

Très-sûrement, messieurs, nulle localité ne pouvait être mieux choisie que la station thermale d'Aix-les-Bains pour offrir aux blessés de nos malheureuses campagnes contre les Prussiens des ressources puissantes.

Nous avions, comme nous l'avons toujours, un climat favorable, une tranquillité profonde, des soins assurés, et par-dessus tout des sources minérales chaudes d'une action reconnue. Cette action, messieurs, demande à prendre rang dans la science, et c'est à titre de son intervention comme moyen adjuvant sérieux à l'art chirurgical que je viens vous présenter un résumé succinct de ma pratique sur plus de 130 malades traités à l'ambulance de l'hôpital dans les conditions suivantes :

1re classe. Atrophie musculaire : 16 cas. Trois causes les ont produites : les plaies, les contusions, le passage d'un projectile à travers les tissus. Vingt jours de traitement local à l'aide d'une douche à 36 degrés le matin, et d'une vapeur à 32 degrés le soir, de vingt minutes de durée chaque, ont suffi pour ramener la circulation capillaire dans les muscles, où la nutrition a complété la guérison trois mois après.

2e classe. Adhérences articulaires et tendineuses : immobilité, roideur. 12 cas variés. Ces lésions combattues quotidiennement par des vapeurs locales et des douches d'eau, aidées par une gymnastique lente et progressive, ont été guéries d'autant plus promptement qu'elles étaient plus récentes.

Il n'y a rien à espérer dans les ankyloses.

3e classe. Plaies. 60 pour 100 de nos malades en portaient. L'application des eaux d'Aix sur les plaies demande un grand discernement; leur température élevée active la circulation locale, congestionne les bourgeons et pousse à leur mortification. Il faut s'en abstenir quand la plaie est enflammée, douloureuse, quand les bourgeons charnus sont mats, quand les corps étrangers sont logés dans le bas-fond et que le foyer ne se vide que par des fistules, quand il y a des abcès sous-aponévrotiques.

Dans ces cas, il faut débrider largement, drainer de même avant de les employer; dès lors l'action thermale devient utile et applicable sans accident. On voit bientôt le travail de réparation s'accomplir, chasser les débris étrangers qui l'incommodent, et la cicatrisation clore, entre 15 et 25 jours, les déchirures les plus grandes et les plus profondes.

4e classe. Blessure des os. Je me bornerai, dans cette classe si débattue actuellement, à appeler votre attention sur le mode de se comporter du périoste sous l'action de nos sources thermales, et surtout de l'eau dite d'alun.

Le périoste devient le siége actif d'un travail de réparation, soit qu'il s'agisse de carie, soit qu'il s'agisse de nécrose, avec séquestre invaginé ou autre.

La carie se modifie, les qualités de la suppuration changent et les quantités diminuent. L'impulsion d'amélioration est généralement donnée par un traitement de 40 jours et se continue, de façon que cinq ou six mois plus tard l'ulcération osseuse est terminée. Onze cas.

Lorsqu'il s'agit d'une portion d'os mortifiée à la surface, les douches d'alun hâtent le bourgeonnement sous-fragmentaire, ébranlent l'os détaché, le repoussent au dehors et facilitent au chirurgien son extraction. L'os enlevé, le périoste se reproduit. 30 à 40 jours ont suffi pour obtenir une guérison durable. Deux cas sur des tibias.

Quand le séquestre est invaginé, les phénomènes physiologiques ne sont plus les mêmes; le périoste détaché de son os se dilate, s'agrandit, se gonfle dans ses parois, et déverse rapidement sur sa paroi interne sa substance primogène, qui s'organise lentement en tissu aréolaire, et plus tard osseux. Pendant cette période, les muscles du membre affligé jouent, par leur contraction, un rôle important qu'il est très-utile de connaître.

Si la nécrose a envahi la diaphyse d'un os conique, aussitôt que celle-ci a perdu toutes ses attaches avec l'os vivant, les muscles, par leur contraction, poussent la diaphyse en dehors et raccourcissent le membre.

C'est ainsi que B..., âgé de 19 ans, à qui j'ai enlevé la diaphyse de l'humérus au tiers supérieur de l'os, avait avant son opération perdu 4 centimètres de la longueur de son bras, et qu'il a continué à en perdre encore 6 après l'opération.

B... avait pris sa nécrose sur la neige; il était guéri quatre mois après son opération, précédée et suivie d'un traitement thermal de vingt jours.

Je ne dois pas oublier, comme preuve de la puissante intervention des eaux minérales sur la sécrétion périostale, de signaler deux fractures de deux os de la jambe droite et une de l'humérus droit, restées inconsolidées après plus de quatorze mois d'existence, chez des hommes de 30 ans, malgré l'emploi de l'électricité et de toutes les frictions. Deux fois trente jours de traitement, espacés de vingt pour le repos, ont occasionné la coaptation et une consolidation successivement complète.

Les esquilles erratiques méritent aussi, par leur originalité, d'être connues. Ce sont des fragments d'os voyageurs sans manifestation suppurative, qui font des étapes et donnent lieu à des symptômes proportionnels aux tissus qu'ils traversent.

Un chef de bataillon en portait un détaché de la tête du radius, qui s'était logé dans l'épaisseur du fléchisseur commun des doigts; il avait le volume d'un pois.

Un soldat en avait un, parti de la crête de l'os des iles, qui avait gagné jusque dans l'épaisseur du triceps crural. Ces deux corps n'étaient là qu'à titre de gêne, mais il n'en était pas de même de celui qui voyageait dans le bras de T...

Ce brave soldat, blessé à Reischoffen, avait eu le bras contourné par une balle, qui, pénétrant par le bord de l'acromion, avait fait son chemin sous l'aisselle et était sortie en arrière.

Les conséquences de ce passage cicatrisé étaient une paralysie incomplète des muscles de l'avant-bras avec une sensation de chaleur ardente dans la main.

Le blessé entra dans mon service dans ces conditions, trois mois après son accident. J'essayai des bains thermaux, mais bientôt la douleur devint plus aggravante, plus continue, plus intolérable. L'électricité, les injections sous-épidermiques ne la calmèrent pas, et le patient réclamait avec instance l'amputation de sa main.

Le diagnostic d'une névrite franche, confirmé du reste par la propagation de la douleur jusque dans la région du cou, excluait le succès de cette opération. Je me décidai donc à rouvrir la cicatrice et à la fouiller dans son trajet. Le stylet que j'y promenai ne me signala rien ; mais le surlendemain les douleurs furent moindres, et huit jours plus tard la suppuration que j'y entretenais amena la sortie d'une petite aiguille aiguë sur ses deux extrémités; les douleurs continuèrent à s'améliorer, et quinze jours après le blessé quitta mon service.

5e classe. Les grandes plaies, les contusions violentes, les opérations chirurgicales, laissent souvent après elles de l'inertie dans les membres, de l'insensibilité à la peau, une sensation de froid pénible. Ces symptômes revêtent quelquefois un caractère de ténacité incommode, qui cesse toujours sous l'influence de nos sources. Quinze de nos blessés ont été guéris par un traitement de vingt jours.

6e classe. Enfin les cachexies, suite de résorption purulente ou paludéenne, ou rhumatismale, ont été utilement attaquées par nos bains, et le groupe de nos malades, au nombre de 19 appartenant à cette catégorie, est la preuve concluante de l'absorption des éléments thermaux par l'organisme, car les constitutions appauvries, détériorées, s'y alimentent, s'y modifient au point que les fièvres cèdent, que les rhumatismes s'effacent, que les infiltrations s'en vont et que les peaux terreuses et pâles redeviennent colorées et roses.

Toutefois, trois malades affectés d'une anémie profonde ont succombé, l'un à une hémoptysie intercurrente et les deux autres à une lienterie indomptable avec ulcération des muqueuses du bas des intestins.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

Obs. IV. — *Lésions multiples. — Fracture de la paroi antérieure du sinus frontal et de la lame criblée de l'ethmoïde. — Fracture du rebord postérieur de la surface articulaire du radius droit. — Délire violent le quatrième jour, méningo-encéphalite de la base du cerveau. — Suppuration de la fracture du radius.*

Un homme de 40 ans, adonné aux boissons alcooliques, fit une chute sur la face, et entra à l'hôpital dans le courant de décembre 1871. Le visage était couvert d'érosions superficielles sans profondeur et sans gravité apparente.

Le blessé accusait également des douleurs vives dans la région des lombes, et criait en quelque point du corps qu'on le touchât. Une seule lésion me parut sérieuse. Un peu au-dessus de la racine du nez, existait une plaie oblique de 16 à 18 millimètres, comprenant toute l'épaisseur de la peau, et au fond de laquelle l'os était à nu. Je constatai facilement, avec l'ongle, l'existence d'un sinus osseux qui répondait à la paroi antérieure des sinus frontaux.

La plaie fut recouverte d'une couche de baudruche maintenue par du collodion, ce qui réalisa le but recherché, car, le 4e jour, la réunion était complète, et s'était effectuée sans suppuration. La face, qui pendant les premiers jours était uniformément gonflée, reprit peu à peu ses dimensions, et on pouvait espérer la guérison lorsque, vers le 5e jour, éclata un délire violent. Jusque-là le blessé avait conservé sa raison, ou du moins répondait distinctement aux questions qui lui étaient faites. Toutefois sa parole était brève et les nuits un peu agitées.

Le jour où le délire survint, le blessé se plaignit d'une vive souffrance au niveau du poignet droit. Il n'y avait que du gonflement et de la sensibilité au toucher, sans déformation, sans crépitation, en un mot les signes d'une fracture étaient si douteux que je crus plutôt à la formation d'un abcès métastatique dans la gaine des tendons extenseurs. Le lendemain survint une épistaxis assez abondante. La fièvre augmenta, le délire devint continuel, avec agitation, sécherese de la langue. Enfin, la mort survint 8 jours après l'accident et 3 jours après l'apparition de la fièvre.

L'autopsie ne put être complète. Nous ne pûmes ouvrir que la tête et même l'articulation du poignet droit.

La fracture avait largement ouvert le sinus frontal, qui était rempli de sang coagulé, mélangé çà et là avec du pus. Une esquille assez volumineuse était libre dans le foyer qui communiquait assez librement avec le sommet des fosses nasales. La fissure osseuse se prolongeait en arrière et à gauche à la voûte de l'orbite en traversant la lame criblée de l'ethmoïde. Toute la base du cerveau était tapissée de pus infitré dans la pie-mère.

L'articulation radio-carpienne était en suppuration, ainsi que les articulations de la première rangée du carpe et la synoviale de l'extenseur commun; un fragment du radius, long de 15 millimètres environ, était arraché transversalement du rebord postérieur de la suface articulaire ; il avait 5 à 6 millimètres d'épaisseur et restait encore adhérent au ligament postérieur. Il est vraisemblable que cet arrachement s'était effectué dans une flexion forcée de la main.

Ces quatre faits se rapprochent naturellement par certaines conditions communes. Dans tous il y avait plusieurs lésions traumatiques fort distantes les unes des autres; dans tous encore, une au moins de ses lésions était exposée, c'est-à-dire naturellement vouée à la suppuration. En revanche, les foyers profonds dans lesquels on a trouvé du pus, contre toute prévision, étaient simples, présentant peu de désordres primitifs, et, dans trois cas sur quatre, auraient pu presque passer inaperçus. Il s'agissait de fracture sans déplacement, qu'on ne distingue pas toujours aisément des contusions ou des entorses. Mais dans tous les cas, des accidents généraux graves, septicémie ou pyohémie, sont partis des plaies exposées, révélant sans aucun doute une intoxication du sang d'origine locale. Ces remarques permettent d'expliquer la déviation dans la marche naturelle des lésions non exposées.

Le sang, empoisonné par les matières infectieuses puisées dans les foyers ouverts, est venu baigner les foyers profonds que leur position dans les circonstances ordinaires aurait soustrait aux chances de la suppuration. Il s'est fait là une véritable inoculation interne dans laquelle la lésion traumatique antérieure, représentant l'action de la lancette, a ouvert d'avance la voie à l'insertion tonique, d'où la formation d'un foyer purulent secondaire ; localisation facile à prévoir d'une maladie générale, dont la tendance à produire du pus n'est ni contestable ni contestée.

Sauf l'effraction préalable qui, dans ces cas, est manifeste, nous reconnaissons le mécanisme des suppurations dites métastatiques, qui, elles aussi, reconnaissent bien souvent pour causes de véritables inoculations septiques intra-vasculaires effectuées à la faveur des embolies.

En résumé, ces faits prouvent que des lésions primitivement simples, chez des sujets dont la constitution n'était pas délabrée, ont été envahies par la suppuration sous l'influence d'une altération du sang provoquée par d'autres lésions contemporaines, qui, elles aussi, étaient vouées à l'inflammation et à la formation du pus.

L'influence exercée par l'altération du sang, ici de date récente et de cause si manifeste, peut jeter une certaine lumière sur la suppuration des lésions interstitielles survenant sans autre lésion exposée contemporaine et chez des sujets antérieurement malades. C'est également dans cette voie qu'il faudra chercher l'explication de certaines manifestations diathésiques qui se montrent à la suite de lésions traumatiques légères chez des sujets syphilitiques ou scrofuleux.

Cette note peut donc servir de point de départ à une discussion, qui serait à coup sûr fort intéressante si elle éclairait la grande question de *l'influence des altérations du sang sur la marche du travail réparateur dans les lési ns traumatiques.*

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 24 et 27 février 1872.

Bien que l'esprit comprenne sans difficulté la théorie que je propose et que les cas que je relate ne semblent pas être rares, les auteurs n'ont pas pris la peine de les signaler; je dois faire une exception pour Billroth, qui a inséré dans un de ses mémoires sur les fièvres traumatiques le paragraphe suivant :

« *Fracture avec suppuration.* — Il est de notoriété que les fractures simples ne s'accompagnent pas de suppuration. Lorsque des individus sont atteints de plusieurs fractures, les unes légères, sous-cutanées, et une autre à la jambe, communiquant avec l'extérieur et devenant le point de départ de l'infection, lorsque, dis-je, ces individus meurent après plusieurs semaines, on trouve les fractures sous-cutanées en voie de suppuration. Il me semble que dans quelques-cas, sous l'influence de l'infection, j'ai vu un cal assez solide se ramollir. J'en ai 4 cas dans mes notes et j'en ai certainement observé d'autres que je n'ai point notés (1). »

Je suis arrivé aux mêmes résultats et aux mêmes conclusions que le chirurgien de Vienne.

M. BLOT. Je solliciterai un éclaircissement de M. Verneuil. Je ne sais si j'ai mal compris, mais il me semble que ses observations prouvent l'inverse de sa proposition. En effet, les blessés dont il parle avaient tous une plaie ouverte qui suppurait et une plaie sous-cutanée qui a suppuré ensuite; pour le cas où il y a eu infection purulente, l'exemple ne me paraît pas bien choisi, car on peut se demander si la suppuration de la plaie cachée n'est pas le fait de l'infection purulente. Pour prouver la thèse de M. Verneuil, il faudrait des cas où il n'y aurait point de plaie ouverte.

M. VERNEUIL. J'ai voulu démontrer que sous l'influence d'une septicémie causée par une plaie exposée, une plaie non exposée suppurait.

M. BLOT. Mais c'est précisément ce que j'avais compris, et c'est parce que je trouvais la chose si simple que je ne voyais pas la nécessité d'une démonstration. En effet, on ne saurait admettre qu'un endroit contus chez un septicémique ne pût pas ou ne dût pas suppurer quand on voit des endroits sains être le siége de suppurations.

M. VERNEUIL. J'ai admis que des contusions peuvent suppurer seules sans plaie ouverte ailleurs, lorsque par exemple, un individu atteint de contusion avec épanchement sanguin abondant à la jambe marche, le foyer hémorrhagique suppure. Mais ce que l'on n'avait point établi au moyen d'observations rigoureuses, c'est l'influence de la septicémie sur les plaies cachées. Si M. Blot a des observations, qu'il les produise; jusqu'à ce jour on n'en a point publié.

M. BLOT. M. Verneuil n'a pas pris les meilleurs arguments; il aurait dû chercher les exemples en dehors de la septicémie.

M. TRÉLAT. Sur plusieurs points, je partage l'avis de M. Blot. Je vois dans les faits signalés par M. Verneuil des cas de septicémie chirurgicale à propos d'une plaie exposée, et une suppuration consécutive dans les plaies sous-cutanées, c'est-à-dire non exposées. La question qui se pose naturellement à l'esprit est celle-ci : vous avez un septicémique, il va faire du pus à cause d'une infection purulente qui naît d'une plaie exposée. Y a-t-il du pus dans le foyer de la fracture ou dans la plaie non exposée avant la septicémie? On n'en sait rien. J'avoue même que j'aimerais mieux voir la question ainsi posée : dans le cours de la septicémie, les plaies sous-cutanées suppurent parfois; mais ce point est connu, comme il est reconnu que les plaies non exposées suppurent dans de certaines conditions.

Ce que propose notre collègue M. Verneuil est une théorie qui serait à peu près semblable à celle-ci. Il y a des synovites suppurantes chez les individus qui ont une septicémie. Cette phrase alors semblerait entraîner une distinction entre les infections purulentes compliquées d'arthrites suppurées et les synovites suppurantes au cours d'une infection purulente, lesquelles ont été connues depuis fort longtemps.

M. VERNEUIL. Les causes des suppurations profondes dans les contusions chez les individus atteints de plaies exposées ont été bien décrites pour certains cas, mais il y a une étiologie vague pour les autres cas; il est dit que le phénomène tient aux mauvaises conditions du sujet. C'est de cette étiologie vague que j'ai dégagé mon sujet. J'ai fait un chapitre à part pour la septicémie. Mais ce n'est pas seulement pour la diathèse purulente que le fait est vrai. La syphilis, elle aussi, est une cause de suppuration, ou au moins de manifestations spéciales dans les plaies. Même à une époque éloignée du début du mal, les plaies prennent un caractère spécial; on dirait que la syphilis est réveillée par une plaie ou un traumatisme. Des faits de ce genre ont été déjà publiés, et j'en ai vu de semblables.

M. GIRALDÈS. Nous sommes tous d'accord pour reconnaître l'influence des diathèses sur la suppuration des plaies non exposées. Dans les endroits meurtris, on voit la suppuration se produire chez les individus cachectiques; les plaies sous-cutanées chez les scrofuleux et les rachitiques suppurent avec la plus grande facilité; mais la généralisation ne s'y manifeste point, et ce que M. Verneuil a voulu montrer certainement, c'est la généralisation de la tendance à former du pus; c'est l'empoisonnement de l'organisme, ou, le poison agissant d'abord sur le sang, puis sur la plaie couverte, a pris naissance dans une plaie exposée.

M. VERNEUIL. J'ai pris pour commencer des exemples simples. Je ne dis point que rien de semblable n'a été vu, mais je crois qu'il faut montrer des observations probantes complètes et déterminer l'influence des altérations du sang dans les affections chirurgicales.

M. CHASSAIGNAC. La communication de M. Verneuil touche à toutes sortes de questions. Notre collègue a pris pour exemple des sujets dont les lésions sont si complexes qu'on ne sait à quoi attribuer la suppuration. Dans deux cas au moins le malade semblait être empoisonné avant que la suppuration fût établie. Il y a des individus qui, après de grands traumatismes, ont le sang décomposé par la violence de coups qu'ils ont reçus. On a vu ainsi des suppurations s'établir dans les os fracturés sans qu'il y ait aucune espèce de plaie. Un ostéo-myélite survient et suppure : c'est de cette façon qu'une fracture même simple, sans lésion du tégument, peut causer l'infection purulente. Mais ce n'est pas le cas le plus fréquent; des malades atteints de grands traumatismes, chez lesquels des gaz se forment pour ainsi dire immédiatement dans les plaies, et dont le cadavre se décompose dans les vingt-quatre heures au point que l'on croirait que la mort date de plusieurs jours, sont empoisonnés plus par le choc et l'ébranlement général que par la suppuration, et ces malades n'ont point la diathèse purulente telle que nous la décrivons. Toutefois cette diathèse est chez nos opérés le résultat de l'opération et de la suppuration, et non pas le fait d'une tendance à former du pus. Nous en connaissons, des diathèses de ce genre. Il y a chez les individus qui travaillent les peaux de lapin, et qui manient ces peaux encore fraîches et les trempent dans des substances minérales, une disposition telle à former du pus que la moindre piqûre ou la moindre contusion occasionne des abcès.

M. VERNEUIL. Je n'ai jamais nié l'intoxication avant la suppuration, mais il était inutile de la faire intervenir dans cette question.

M. CHASSAIGNAC. Personne avant moi n'avait parlé de cette intoxication. M. Verneuil aurait pu citer mon *Traité de la suppuration;* je rappelle les faits que j'ai publiés sur ce point (*Empoisonnement subit du sang par violence mécanique,* séance Soc. ch. 11 octobre 48; — *Thèse sur les fractures compliquées,* 1850, p. 81 et Soc. chir. 29 octobre 51; — *Diathèse purulente, traité de la suppuration,* t. I, p. 50; — *Fracture de la jambe par torsion sans plaie, mort par ostéo-myélite,* Soc. ch. 14 novembre 55.)

M. VERNEUIL. M. Chassaignac sait que je n'ai jamais négligé de citer ses travaux que j'ai dans la plus grande estime; mais qu'il veuille bien remarquer que l'intoxication chirurgicale ne rentrait point dans mon sujet, puisque l'un de mes malades n'est mort qu'au bout de huit jours, c'est-à-dire en pleine période de suppuration.

(1) Billroth, *Archiv. Langenbeck* 9. *Bd.* 1 *Hist.*, p. 105.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Angio-Fibrome utérin. — M. BRACHET, d'Aix, présente l'observation et la pièce d'une tumeur vasculaire occupant tout le corps de l'utérus et ne renfermant pas moins de 5 litres de sang à l'autopsie de la tumeur. (Renvoyée à une commission composée de MM. Blot, Tarnier et Lefort.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Ovariotomie. — M. LEFORT présente une malade qu'il a opérée pour un kyste de l'ovaire et qui est guérie. (Sera publié.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

SOUSCRIPTION NATIONALE POUR LA LIBÉRATION DU TERRITOIRE

M. le docteur G. Raymond, de Longjumeau, nous prie de déclarer qu'il s'engage à verser — au crédit de la souscription — le dixième de ses recettes au bout de six mois, à partir du 1er janvier 1872.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

Aux termes d'un arrêté, en date du 14 février 1872, signé par le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Une session extraordinaire de baccalauréat s'ouvrira le 18 mars prochain, devant les facultés des lettres.

Seront admis à s'inscrire pour cette session : Les candidats à l'école militaire de Saint-Cyr; les aspirants à l'école militaire de santé déjà bacheliers ès sciences.

Seront également admis à s'inscrire pour cette session, ainsi que pour la session du baccalauréat ès sciences, qui fait l'objet de l'article suivant : Les candidats ayant atteint l'âge de vingt ans avant le 1er janvier 1872; — les candidats établissant, par certificats des doyens des facultés, qu'ils ont déjà subi deux ajournements.

Exceptionnellement et eu égard aux circonstances, les candidats qui justifieront de s'être déjà présentés pendant la période écoulée depuis le 1er août 1870 jusqu'au 31 décembre 1871 pourront aussi prendre part aux épreuves.

Une session extraordinaire de baccalauréat s'ouvrira, le 29 avril prochain, devant les facultés des sciences.

Seront admis à s'inscrire pour cette session : Les candidats à l'école militaire de Saint-Cyr; — les aspirants à l'école militaire de santé déjà bacheliers ès lettres; — les étudiants en droit régulièrement inscrits à une faculté; — les officiers de santé et les étudiants en médecine régulièrement inscrits à une faculté ou à une école préparatoire; — les pharmaciens de deuxième classe et les étudiants en pharmacie régulièrement inscrits à une école supérieure ou à une école préparatoire.

CONCOURS

Un concours public pour la nomination à trois places de médecins au Bureau central sera ouvert le mercredi 3 avril 1872, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 2 mars 1872, et sera clos le mardi 19 mars, à trois heures.

CONDITIONS DU CONCOURS

(*Extrait du règlement sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris.*)

Les médecins qui se présentent au concours pour les places du Bureau central doivent justifier de cinq années de doctorat.

Néanmoins, le temps du doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années dans les hôpitaux et hospices en qualité d'élèves internes.

Sera dispensé de justifier d'une année de doctorat le candidat qui aura obtenu la médaille d'or au concours des prix des internes de troisième et de quatrième année, s'il compte quatre années d'internat.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats est close.

Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration pour connaître la composition du jury.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit, et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamations.

Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury, donne lieu à une récusation d'office de la part de l'administration.

Le jury des concours pour les places de médecins du Bureau central d'admission se compose de six médecins et d'un chirurgien, en tout sept membres, qui sont pris parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux en exercice ou honoraires.

Lorsque le nombre des places mises au concours sera de trois, le nombre des membres du jury sera augmenté de deux médecins.

Les épreuves du concours pour les places de médecin du Bureau central d'admission sont réglées de la manière suivante :

Épreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve clinique sur un malade : il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade, et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade, après cinq minutes de réflexion.

2° Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie ; il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon ;

3° Une consultation écrite sur un malade, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après dix minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement.

Épreuves définitives. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie, dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie, et pour laquelle il sera accordé trois heures ;

2° Une épreuve clinique sur deux malades.

Il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit ;

Pour chaque épreuve d'admissibilité. . . . 26 points.
Pour chaque épreuve définitive. . . . . . . 30 —

Les épreuves de la première série sont communes à tous les concurrents. Toutefois, lorsque ne nombre des candidats inscrits pour les concours aux plares de médecin dépassera vingt-quatre, chacune des épreuves de la première série sera éliminatoire. A la

suite de la première épreuve, les candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points seront éliminés jusqu'à concurrence du quart du nombre total.

A la suite de la deuxième épreuve, une élimination semblable aura lieu jusqu'à concurrence du quart des concurrents restants. La troisième épreuve fixera le nombre réglementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives.

Dans les deux premières épreuves, le jury aura la faculté d'étendre l'élimination à un plus grand nombre de candidats.

Les épreuves de la seconde série seront subies seulement par les candidats qui auront été déclarés admissibles.

Paris, le 24 février 1872.

Le Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique,

Signé : F. BLONDEL.

Pour copie conforme :

Le secrétaire général : BAILLY.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, comprenant la chimie organique et inorganique, la chimie appliquée à l'industrie, à l'agriculture et aux arts, la chimie analytique, la chimie physique et la minéralogie; par AD. WURTZ (de l'Institut), avec la collaboration de MM. Bouis, Caventon, de Clermont, Debray, Dehérain, etc. — Le 11e fascicule (feuilles 1-6 du 2e vol.) vient de paraître. — Prix : 3 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔTEL-DIEU. Des troubles de la sécrétion salivaire (M. Dujardin-Beaumetz). — De la ponction de la vessie à l'aide du trocart capillaire et de l'aspiration pneumatique (M. Watelet). — ACADÉMIE DES SCIENCES. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 4 mars 1872.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS (1)

Un décret de la Convention nationale, en date du 14 frimaire an III, mettait à la disposition de l'École de Santé les bâtiments et terrains dépendant de l'ancien et vaste couvent des Cordeliers. Héritière de l'École de Santé, alors établie dans le beau local de l'ancienne Académie de chirurgie, la Faculté de médecine a occupé jusqu'en 1835 l'ensemble de ces bâtiments et terrains, séparés par la rue de l'École-de-médecine, et occupant, du côté des Cordeliers, tout l'espace bordé, au nord, par la rue et la place de l'École, à l'ouest, par l'ancienne rue de l'Observance, à l'est, par la rotonde de l'École de dessin, au sud, par une ligne partant des bains Racine pour aller rejoindre la rue de l'Ancienne-Comédie.

Elle avait établi ses salles de dissection dans l'ancien réfectoire du Couvent, emplacement actuel du musée Dupuytren, trois de ses cliniques dans les bâtiments du Cloître, son jardin botanique dans les terrains qui s'étendaient derrière ces bâtiments. En 1835, ayant perdu une partie de ce vaste emplacement, à l'occasion du percement de la rue Racine, elle a transféré son jardin botanique au Luxembourg, dans une partie de la pépinière dépendant de l'ancien couvent des Chartreux. Les sommes versées par la Ville de Paris pour l'acquisition des terrains de la rue Racine ont été affectées à des dépenses devenues urgentes : la construction des pavillons actuels de dissection dans la cour de l'École pratique, et l'achèvement de la façade de l'hôpital des Cliniques. Un progrès notable avait été réalisé à cette époque et a porté ses fruits : les études anatomiques ont pris un grand essor à la Faculté. Mais, depuis 1836, de nouveaux besoins se sont manifestés ; car la médecine s'est engagée elle-même dans de nouvelles voies.

Conformément aux principes de la méthode scientifique, l'expérimentation est entrée de plain-pied dans le domaine des sciences biologiques et les moyens d'observation se sont multipliés et perfectionnés. Les études microscopiques prenant un magnifique essor, ont sinon créé, du moins agrandi et transformé toute une branche de l'anatomie, qui est devenue une science distincte sous le nom d'histologie. Dans ce champ nouveau, chaque année amasse une riche moisson de faits dont l'anatomie et la physiologie normales et pathologiques tirent le plus grand profit.

Ce n'est pas tout : deux autres sciences ont pris part au mouvement qui entraîne les sciences médicales ; la chimie et la physique ont apporté à ces sciences de riches matériaux et leur ont prêté le secours de leurs méthodes exactes. Ai-je besoin de rappeler ici les progrès accomplis en physiologie par la connaissance de la composition des tissus et des humeurs de l'économie animale, par l'étude chimique des phénomènes de la digestion, de la respiration, de la nutrition ? La part de la physique n'a pas été moins belle, et des méthodes aussi exactes que délicates sont employées journellement dans les laboratoires et même dans les hôpitaux, soit qu'il s'agisse de mesurer les battements du pouls ou la température dans les fièvres, ou la force des contractions musculaires, soit qu'il s'agisse d'explorer le fond de l'œil ou l'état du larynx, ou encore de déterminer la marche des rayons lumineux dans l'œil, ou d'analyser les conditions qui produisent la voix humaine et qui en déterminent le timbre.

A de si grands progrès, doivent correspondre des moyens multipliés et perfectionnés de démonstration, car dans l'enseignement scientifique la représentation des phénomènes par l'expérience est le complément nécessaire de leur exposition par la parole. Les démonstrations et exercices pratiques se placent donc au premier rang parmi les moyens d'instruction, comme, d'un autre côté, l'installation de laboratoires bien disposés et bien dotés est la condition indispensable du progrès scientifique.

Les divers services de la Faculté présentent-ils à cet égard les ressources désirables, et l'organisation de l'enseignement pratique a-t-elle marché de front avec les progrès des sciences expérimentales ? L'examen le plus superficiel permet d'affirmer qu'il n'en est pas ainsi et que l'installation matérielle de ces services se trouve dans un état déplorable d'insuffisance et d'infériorité.

A l'École pratique, des pavillons de dissection trop étroits, mal éclairés, mal chauffés, mal ventilés, mal disposés pour le service et la surveillance ; des caveaux et des salles d'injections sans air, sans lumière, sans espace : en un mot un état misérable au point de vue scientifique et indécent au point de vue du respect que l'on doit à des dépouilles humaines ; plus loin

(1) Extrait de la *Revue scientifique*.

une salle de microscopie tout à fait insuffisante; des cabinets de physiologie et d'histologie indignes du nom de laboratoires; un musée d'anatomie pathologique, dont les richesses sont inaccessibles à l'étude et compromises par l'humidité et le défaut d'espace.

A la Faculté elle-même, des amphithéâtres mal éclairés et en trop petit nombre; des collections entassées dans des galeries trop étroites et transformées en salles d'examen; une riche bibliothèque dont le trop-plein moisit dans des dépôts ou dans des caisses; point de salles de lecture spéciales, soit pour les professeurs, soit pour les élèves; des laboratoires de chimie comme on pouvait les construire il y a cinquante ans, à l'usage exclusif du professeur et de quelques élèves privilégiés; point de laboratoires d'enseignement pour exercer les étudiants aux manipulations de la chimie et de la pharmacie; point de laboratoire de physique; l'administration et les bureaux, qui admettant tant de visiteurs, resserrés dans un espace quatre fois trop petit. Ainsi les maîtres, aux prises avec des difficultés sans nombre, naissant de l'insuffisance des locaux et de l'exiguïté des crédits; les élèves laborieux exclus des laboratoires et privés de conférences, alors qu'il serait si nécessaire de compléter l'enseignement oral par la démonstration pratique des choses, de faire fructifier les leçons magistrales par des entretiens familiers, de rehausser l'influence des maîtres par des relations personnelles avec les élèves : tel est le tableau de notre situation matérielle. Chose triste, elle n'est guère meilleure dans les autres établissements d'instruction supérieure. Presque partout la science oubliée au milieu des splendeurs et des richesses de la capitale, et, avec le débordement des intérêts matériels, l'abandon des choses de l'esprit et la misère scientifique !

La Faculté de médecine n'est pas responsable de cet état de choses. Ce n'est pas d'hier qu'elle s'est émue de l'insuffisance des locaux et des ressources matérielles dont elle dispose.

Dès 1855, sous le décanat de M. Paul Dubois, des plans de reconstruction de la Faculté et de l'École pratique ont été préparés par les soins de M. de Gisors, architecte de l'Université. Ils étaient grandioses, dignes de la France. S'ils avaient été exécutés, nous n'en serions pas réduits aujourd'hui à chercher des exemples et des modèles en Allemagne; nous lui aurions prêté les nôtres.

Les plans de M. de Gisors embrassaient à la fois la reconstruction de l'École pratique sur une vaste échelle et l'agrandissement de la Faculté. Cette dernière occupait tout l'espace comprise entre la rue Hautefeuille, la rue des Écoles prolongée et le boulevard Saint-Germain. Les bâtiments de l'École pratique, très-heureusement disposés pour les études anatomiques, s'élevaient sur une surface de 13,333 mètres, comprise entre la rue Voltaire prolongée, la rue de l'École-de-Médecine rectifiée, la rue Monsieur-le-Prince et la rue Racine. La réalisation d'un aussi vaste plan eût entraîné une dépense très-considérable. Pour la seule reconstruction de l'École pratique elle était évaluée, expropriations comprises, à la somme de 11,225,000 francs.

Ces beaux projets ont avorté, comme ceux qui concernaient l'agrandissement de la Sorbonne, lequel s'est borné à la première pierre, solennellement posée en 1855.

En 1864, on a repris une partie du projet de M. de Gisors. M. Tardieu, alors doyen, a fait remanier les plans d'agrandissement de la Faculté, dans la pensée de réunir dans le même périmètre les locaux de l'École et ceux de l'Académie. Le grand espace triangulaire compris entre la rue Hautefeuille, le boulevard Saint-Germain et la rue des Écoles est assez vaste, en effet, pour contenir à la fois une Faculté agrandie et une Académie convenablement installée.

Les plans dressés par M. Ginain, architecte de la ville de Paris, comprenaient, indépendamment des salles affectées au service de l'Académie, de beaux locaux pour la bibliothèque, pour les collections, pour le sécrétariat et les bureaux, les salles de conférences et d'examens et des laboratoires de chimie, de physique et de pharmacie.

Le doyen actuel, tout en approuvant hautement le projet d'agrandissement de la Faculté et l'idée heureuse de rapprocher l'Académie de l'Ecole, a pensé que ce projet, qui avait été imposé au doyen et à la Faculté, ne donnait pas satisfaction aux besoins les plus urgents de l'enseignement et de la science. Invité à faire connaître les améliorations strictement nécessaires, il a pensé que la reconstruction de l'Ecole pratique devait prendre le pas sur l'agrandissement de l'Ecole théorique. Il lui a semblé, en outre, que celle-ci se trouverait plus à l'aise si l'on transportait dans les nouveaux bâtiments quelques-uns des services actuellement établis dans les locaux de la Faculté. Guidé par cette pensée, et ayant pris l'avis de MM. les professeurs Sappey, Robin, Vulpian, Longet, il a rédigé un programme détaillé sur les bases suivantes :

I. Reconstruction des pavillons de dissection et de leurs annexes dans des conditions satisfaisantes au triple point de vue des besoins de l'enseignement, des intérêts de la science et des exigences de l'hygiène.

II. Installation d'un certain nombre de salles consacrées aux études microscopiques.

III. Création d'un Institut physiologique comprenant :

1° Des laboratoires de recherches et d'enseignement disposés à la fois pour l'expérimentation sur les animaux et les études de chimie et de physique biologiques ;

2° Une cour avec aquarium et stalles pour les animaux ;

3° Un petit amphithéâtre pour les démonstrations physiologiques.

IV. Transformation du bâtiment des Cordeliers en un véritable institut pathologique ; le rez-de-chaussée tout entier formant un vaste musée destiné à recevoir nos richesses en pièces pathologiques; le premier étage renfermant, indépendamment d'une grande salle pour les démonstrations microscopiques, une série de laboratoires consacrés aux recherches d'anatomie et de chimie pathologiques et un musée d'anthropologie.

V. Construction de laboratoires de recherches à l'usage de MM. les professeurs de médecine légale, de thérapeutique, de pathologie comparée, etc.

VI. Construction d'un grand et d'un petit amphithéâtre pour les cours d'anatomie normale et pathologique, et de physiologie ; salles de conférences et d'examen pour toutes les branches de la médecine qui comportent le secours de démonstrations pratiques ;

VII. Installation de locaux attribués à l'enseignement libre et pouvant recevoir, dans certaines éventualités, une autre destination ;

VIII. Construction d'appartements et de logements de divers ordres.

Le programme qui vient d'être tracé sommairement a été exécuté avec un rare talent par M. Ginain.

Un premier projet dressé par lui comprenait le même périmètre que celui de M. de Gisors. On conservait une partie des bâtiments et notamment le cloître de la Clinique et le réfectoire

des Cordeliers. La dépense était évaluée à 9,400,000 francs. Ainsi réduite, elle a paru encore trop élevée.

M. Ginain a donc été invité à dresser un second projet, qui, en donnant le nécessaire, pouvait satisfaire aux besoins réels et urgents, tout en permettant de réaliser une économie notable.

Tirant parti des constructions déjà existantes à l'hôpital des Cliniques et du bâtiment des Cordeliers qui était restauré et dégagé; évitant, dans la mesure du possible, les expropriations dispendieuses et le luxe des constructions et des façades monumentales, M. Ginain a tracé les plans d'une belle École pratique d'anatomie et de physiologie, occupant une surface de 11,700 mètres. La dépense pour la construction et les expropriations ne s'élève plus qu'à la somme de 6,300,000 francs, dont il faut déduire 2,200,000 francs pour opérations de voirie. Ainsi, le projet réduit ne comportait en réalité qu'une dépense de 4,100,000 fr., qui devait être supportée, de compte à demi, par l'État et par la Ville et répartie sur quatre exercices.

Les plans de M. Ginain ont été approuvés par le Conseil des architectes de la Ville, adoptés par le préfet et le ministre de l'instruction publique et soumis par ce dernier, au commencement de l'année 1870, au Conseil des ministres, qui a décidé l'exécution à bref délai, exécution forcément ajournée par le malheur des temps. Elle ne le sera pas indéfiniment, nous en avons la ferme confiance. Le gouvernement prendra en considération des vœux si souvent et si inutilement exprimés. Il trouvera sans aucun doute un concours empressé dans l'administration de la Ville de Paris. L'une et l'autre autorité reconnaîtront qu'il s'agit là d'un intérêt pressant, élevé. De son côté, l'Assemblée nationale, souveraine et maîtresse de nos destinées, comprendra que, dans les efforts que le pays est appelé à faire pour son relèvement, les travaux de la science, les progrès de l'enseignement à tous les degrés et, en général, la culture sérieuse des choses sont appelés à jouer le premier rôle.

A. Wurtz,
Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

HOTEL-DIEU. — M. Dujardin-Beaumetz.
Suppléant M. Vigla.

Des troubles de la sécrétion salivaire.

(Leçon recueillie par M. Campenon, interne du service.)

Vous savez tous, messieurs, que la salive est le résultat de la sécrétion des glandes salivaires, qu'il s'agisse des glandules ou des glandes proprement dites et que ce liquide offre une composition variable, suivant que l'on examine celui qui provient de toutes les glandes salivaires à la fois ou bien de quelques-unes en particulier. On donne le nom de salive mixte au premier de ces liquides; il est opalin, légèrement visqueux, toujours alcalin et renfermant, comme le montre le microscope, un grand nombre de cellules épithéliales; l'analyse chimique y décèle la présence d'une grande quantité d'eau, de quelques sels et en particulier de ceux de soude et d'une substance que nous ne retrouvons que dans cette sécrétion, le sulfocyanure de potassium; mais ce qu'il faut surtout retenir à propos de la composition chimique de cette salive mixte, c'est qu'elle seule renferme le diastase salivaire.

Claude Bernard a caractérisé d'une façon concise la caractère de la sécrétion de chacune des glandes en particulier, en le divisant en glandes aquipares, c'est-à-dire produisant une salive très-fluide et peu chargée de matières organiques (salive masticatoire) et glandes mucipares, c'est-à-dire fournissant un liquide riche en mucus (salive de déglutition). Les premières sont les parotides et les glandules labiales et buccales, et les secondes sont les glandes sous-maxillaires, sublinguales et palatines. La sécrétion salivaire est rémittente; presque nulle dans l'état de repos, elle acquiert dans certaines circonstances une grande activité. Ce sont là des exacerbations toutes physiologiques qui se produisent soit sous l'influence de la mastication, soit sous l'influence du goût, de la vue ou du désir de certains aliments, et jamais l'expression vulgaire de l'eau qui vient à la bouche ne fut plus conforme à la réalité des faits.

Mais il est un fait que je veux mettre en lumière, c'est le lien intime qui unit la sécrétion qui se produit à la surface de l'estomac, de celles dont les glandes salivaires sont le siége. Ce fait, basé non-seulement sur les recherches si intéressantes de de Beaumont sur son Canadien, mais encore par la relation de Maillot, qui, sur un homme qui s'était coupé l'œsophage, avait remarqué que toutes les fois que l'on introduisait par le bout inférieur de ce conduit des liquides dans l'estomac, on voyait aussitôt s'écouler de la salive par le bout supérieur; ce fait, dis-je, nous explique comment la salivation peut survenir dans les maladies de l'estomac.

Mais au sujet du mécanisme de la sécrétion salivaire, vous savez tous qu'on a été plus loin et que c'est même une des conquêtes les plus importantes de la physiologie moderne. L'illustre professeur du Collége de France a montré, en effet, que pour la glande sous-maxillaire, la sécrétion était sous la dépendance de la corde du tympan, tandis que pour la glande parotide, le nerf sécréteur serait celui de Wrisberg. Quant à la quantité de salive sécrétée en 24 heures, nous n'avons des données précises que sur les animaux.

Colin, par la section de l'œsophage chez les ruminants, a vu chez le bœuf que la quantité de salive sécrétée en 24 heures pouvait atteindre le chiffre de 56 kilogrammes.

Nuck, Donné, estiment de 360 à 390 grammes la salivation de l'homme en 24 heures.

Laissant de côté l'action mécanique et l'action chimique de la salive, ce qui nous entraînerait trop loin, j'arrive au but même de cette leçon, c'est-à-dire aux modifications qu'apportent les maladies à la sécrétion salivaire. Ces modifications peuvent être classées en trois chapitres distincts : ou bien les états pathologiques amènent une augmentation dans le flux salivaire, ou bien au contraire sa diminution, ou bien encore des modifications dans les qualités physiques ou chimiques de ce liquide.

On a proposé des noms divers pour caractériser l'exagération de la sécrétion salivaire; ce sont les mots de ptyalisme, salivation, flux salivaire, sialorrhée.

C'est là un phénomène connu depuis la plus haute antiquité, et si vous voulez avoir un aperçu à peu près complet des auteurs qui ont traité cette question, consultez Franck, qui a consacré à la salivation un chapitre important. A cette longue liste d'auteurs anciens, vous devrez joindre les travaux plus modernes de Donné et l'Héritier en France, de Golding Bird, de Simon, de Wright en Angleterre, et de Landerer en Allemagne.

La salivation est un phénomène facile à constater, bien qu'il ne se présente pas toujours sous le même aspect; tantôt, en effet, la salive s'écoule au dehors d'une façon constante, soit par la bouche entr'ouverte, soit par la commissure des lèvres; le malade bave, comme on dit, et cela se produit ou chez les enfants, ou bien encore quand la salivation est trop abondante.

Tantôt, au contraire, elle est rejetée par un crachottement, une sputation continuelle, tantôt enfin elle provoque des mouvements incessants de déglutition.

Le liquide qui s'écoule ainsi au dehors est très-fluide, le plus souvent alcalin ou neutre, et en général sans odeur spéciale; cependant, dans certains cas, la salivation mercurielle par exemple, il peut devenir fétide. Une sécrétion aussi abondante, et qui peut atteindre le chiffre énorme de 2, 3 et même 4 kilogrammes en 24 heures, doit avoir un retentissement fâcheux sur l'économie; il se produit de l'affaiblissement général, de la dyspepsie, de l'amaigrissement; et que l'on ne dise pas que ces phénomènes tiennent à la cause qui produit la salivation, car Wright, lorsqu'il fit ses expériences sur lui-même, constata qu'en huit jours il avait perdu 11 livres de son poids.

Le diagnostic de la salivation est des plus faciles, et je ne vous en parle ici que pour me mettre en garde contre deux causes d'erreurs : l'une, chez les jeunes sujets qui salivent parce qu'ils négligent d'avaler ce liquide; l'autre, chez les individus d'hémiplégie faciale et qui, par cela même qu'une portion des lèvres a perdu sa ténacité habituelle, voient le liquide salivaire s'écouler par la commissure des lèvres du côté paralysé.

- (*A suivre.*)

DE LA PONCTION DE LA VESSIE

A L'AIDE DU TROCART CAPILLAIRE ET DE L'ASPIRATION PNEUMATIQUE (1)

Par le docteur J. WATELET.

Conclusions : 1° La ponction capillaire est une opération d'une parfaite innocuité;

2° Dans tous les cas, elle doit être substituée à la ponction hypogastrique ordinaire;

3° Enfin, et c'est ce qu'il faut retenir, elle peut être pratiquée trois et quatre fois par jour, et remplacer ainsi le cathétérisme dans les cas où celui-ci est impossible.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 février 1872. — Présidence de M. FAYE.

M. BALARD lit un travail sur l'invention de la méthode de conservation des vins par le chauffage.

Selon l'honorable académicien, M. Pasteur serait réellement l'inventeur, le propagateur convaincu de la méthode de conservation des vins par la chaleur.

M. THÉNARD écarte la question de priorité; mais il déclare que c'est à tort que l'on confond le but et les effets du chauffage avec ceux de la congélation.

La congélation est un moyen de concentration, le chauffage un moyen de conservation. Sur une bonne table, on ne servira jamais de vin chauffé, tandis qu'à l'occasion on servira, même avec avantage, des vins congelés.

MÉMOIRES LUS

Physiologie. — M. MAREY lit une note sur la détermination des inclinaisons du plan de l'aile aux différents instants de sa révolution.

M. MÉGNIN adresse deux observations cliniques qui viennent à l'appui des idées émises récemment par M. Coze sur la fragmentation des balles et leur fusion probable dans les plaies d'armes à feu.

M. E. LANTIER soumet au jugement de l'Académie un Mémoire imprimé, accompagné d'une note manuscrite sur la conservation des membres blessés par les armes à feu perfectionnées.

Ces deux pièces seront transmises, comme documents, à la Commission nommée pour le mémoire de M. Coze, Commission qui se compose de MM. Morin, Phillips, Larrey, Dupuy de Lôme.

CORRESPONDANCE

M. FONSSAGRIVES prie l'Académie de vouloir bien le comprendre parmi les candidats à la place de correspondant pour la section de médecine et de chirurgie, place devenue vacante par le décès de M. Guyon. (Renvoi à la section.)

Physiologie. — M. CLAUDE BERNARD présente :

Au nom de M. P. Bert, des recherches expérimentales sur l'influence que les changements dans la pression barométrique exercent sur les phénomènes de la vie;

Au nom de M. N. Gréhaut, des recherches sur la respiration des poissons;

Au nom de MM. Labbé et Guyon, une note sur l'action combinée de la morphine et du chloroforme (*sera publiée*).

M. BÉCHAMP adresse une note sur la nature essentielle des corpuscules organisés de l'atmosphère et sur la part qui leur revient dans les phénomènes de la fermentation.

Médecine expérimentale. — M. VULPIAN présente, par l'intermédiaire de M. Claude Bernard, une note sur les modifications anatomiques qui se produisent dans la moelle épinière à la suite de l'amputation d'un membre ou de la section des nerfs de ce membre. (*Sera publiée.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 février 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux.* — *L'Union médicale.* — La *Gazette hebdomadaire.* — *Le Lyon médical.* — *Le Bulletin médical du nord de la France.* — *Bulletin de médecine pratique de Paris.* — Une brochure intitulée : *Histoire de nos relations avec l'Académie de médecine.*

La circulaire n° 4 du département de la guerre de Washington, intitulée : *Report on Barracks and hospitals with descriptions of military post, in-f°.* Washington, 5 décembre 1870.

M. ROCHARD (de Brest), membre correspondant, adresse à la Société la statistique intégrale de sa pratique chirurgicale comprenant 25 années d'exercice.

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Trois candidats sont inscrits : M. Champenois, membre correspondant; M. Dubrueil et M. Lannelongue.

La commission présentait, en première ligne, *ex æquo*, et par ordre alphabétique, MM. Dubrueil et Lannelongue.

Au premier tour de scrutin, 30 votants. Majorité absolue, 16.

M. Champenois obtient .... 12 voix.
M. Dubrueil.......................... 10 —
M. Lannelongue...................... 8 —

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50.

Au deuxième tour de scrutin, 30 votants. Majorité, 16.

M. Champenois obtient............. 13 voix.
M. Dubrueil........................ 12 —
M. Lannelongue..................... 5 —

Au troisième tour, 31 votants. Majorité, 16.

M. Dubrueil obtient................ 17 voix.
M. Champenois...................... 14 —

En conséquence, M. Dubrueil est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

ÉLECTION DE TROIS MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

La commission chargée d'examiner les titres des candidats présente :

M. Delacour (de Rennes),
M. Baizeau (d'Alger),
M. Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine, à Gorée.

Sur 29 votants, au premier tour de scrutin, ont obtenu :

M. Delacour......................... 27 voix.
M. Bérenger-Féraud.................. 26 —
M. Baizeau.......................... 25 —
M. Pamard........................... 4 —
M. Chipault......................... 3 —
M. Augé............................. 1 —
M. Lacroix.......................... 1 —
M. Cazin............................ 1 —
M. Vast............................. 1 —

En conséquence, MM. Delacour, Bérenger-Féraud et Baizeau sont nommés membres correspondants.

LECTURE

Trépanation. — Aphasie. — Abcès du cerveau. — M. BOINET lit l'observation d'un malade dont il a déjà entretenu la Société, le nommé C... (Denis), 25 ans, chasseur à cheval. (*Sera publié.*)

COMMUNICATION

Mort subite pendant le cours d'une opération, et due au chloroforme ou à l'introduction de l'air dans les veines.— M. TRÉLAT. J'ai déjà annoncé à la Société le fait dont je vais l'entretenir, et sur lequel je ferai un autre jour une communication dans un autre ordre d'idées. Je veux parler aujourd'hui du fait saisissant de la mort subite qui a emporté le malade. C'était un homme de 32 ans, ayant eu une tumeur de la région sous-maxillaire, un lympho-sarcome dont j'avais fait l'ablation sans encombre et avec l'aide du chloroforme. Six semaines après l'opération, une petite récidive s'est montrée sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, dans un coin de la plaie de la première opération. Le malade était d'ailleurs très-bien portant; il se levait et descendait tous les jours dans les cours. Le 19 novembre je me décidai à enlever la petite tumeur. Le malade fut soumis au chloroforme; il y a eu la période d'agitation habituelle, et principalement de la loquacité; puis vint la résolution et la respiration stertoreuse, et la résolution fut complète. Une incision était à peine faite que le malade changea de couleur : il n'y avait plus de pouls, les bruits du cœur avaient disparu. Je plaçai en toute hâte les doigts sur l'incision. Je pratiquai la position horizontale, la respiration artificielle par des pressions sur le thorax, l'insufflation même de bouche à bouche; l'électricité fut appliquée sur le diaphragme et les origines du nerf phrénique à l'aide d'un, puis de deux appareils. Au bout de quinze minutes la face reprit un peu de couleur, il y eut quelques inspirations. Un quart d'heure après il y eut encore quelque chose comme une respiration. Une heure durant les tentatives de toutes sortes ont été poursuivies, et le malade était probablement mort depuis demi-heure lorsque nous avons renoncé à ces tentatives.

A l'autopsie, nous avons trouvé qu'une petite veine se rendant dans la jugulaire externe était ouverte obliquement par rapport à son axe. Celle-ci contenait un caillot noir. La jugulaire renferme un long caillot segmenté par quelques bulles d'air. D'autres bulles existent dans une des veines médiastines, dans la veine cardiaque postérieure. Le ventricule droit renfermait une très-notable quantité d'air. Il n'y avait rien dans les poumons, sauf de petites ecchymoses. La rate contenait des tumeurs qu'on est dans l'habitude de rencontrer dans la rate chez les malades atteints de lympho-sarcome; il y avait aussi des ganglions engorgés dans le mésentère, mais il n'y avait rien dans le reste du corps qui pût se rapporter à la mort du malade.

Est-ce l'entrée de l'air dans les veines ou l'action du chloroforme qui est la cause de la mort subite? J'hésite encore aujourd'hui. Quoique l'on ait trouvé de l'air dans les veines, je pense que le chloroforme n'est pas étranger à la mort rapide du malade. L'entrée de l'air dans les veines est chose fort rare, je ne l'ignore point, puisque M. Sédillot dit qu'il n'en a jamais vu. Une des raisons qui me pousseraient à admettre que le chloroforme a surtout agi est ce fait, que la mort n'a pas été instantanée, qu'il y a eu à deux reprises une appel à la vie. Dans la mort par introduction de l'air dans les veines, la mort est instantanée, c'est un fait accompli; dans la mort par le chloroforme, on peut rappeler un instant les malades à la vie, ce qui n'a point lieu pour les cas de mort par entrée de l'air dans les veines. Malgré cela cependant, on ne peut méconnaître qu'il y avait de l'air dans les veines en quantité relativement considérable, qu'il y avait du gaz dans le cœur droit et que le sang renfermait des bulles de gaz.

Je vous ai exposé les motifs qui me font balancer entre deux interprétations. Le pour et le contre de chaque manière d'envisager les faits est plus ou moins puissant, et j'ai cru devoir soumettre à mes collègues cette observation, afin d'éclairer mon jugement.

M. PERRIN. Est-ce le chloroforme, est-ce l'introduction de l'air qui a causé la mort du malade? La première interprétation me paraît l'expression de la vérité. Depuis qu'on y a regardé de près, on a reconnu qu'il y avait beaucoup moins de cas de mort par l'introduction de l'air dans les veines. Des expériences ont été faites, j'en ai fait moi-même avec M. Claude Bernard, et nous avons vu que, chez les animaux, l'entrée de l'air dans les veines à la suite des plaies du cou est rare; que, au contraire, les plaies des veines du rachis, en vertu de la disposition que je n'ai pas besoin de rappeler à nos collègues, sont exposées à l'introduction de l'air. Dans les cas d'introduction d'air dans les veines, la mort est foudroyante et est due à l'arrêt instantané du cœur.

Comme les vaisseaux du cou étaient ouverts chez le malade de M. Trélat, je ne crois pas à l'introduction de l'air dans les veines. L'air qui était contenu dans les veines du cou peut être dû à la putréfaction, même dans les vingt-quatre premières heures et en dehors de toute apparence de putréfaction extérieure; s'il y a décomposition du sang, c'est dans les petits vaisseaux que l'on voit le plus souvent des gaz. Cette considération montre amplement que la présence de gaz dans les veines ne préjuge pas l'origine de la mort. Il y a donc un doute. Je regrette d'ailleurs que les gaz n'aient pas été analysés, on aurait pu avoir ainsi un renseignement précieux. En somme, je crois que nous sommes dans le cas présent en face d'une de ces syncopes inévitables, malgré la prudence et l'habileté du chirurgien, qui surviennent pendant l'application du chloroforme.

A propos de l'insufflation des poumons de bouche à bouche, je ne puis m'empêcher de dire qu'elle est tout à fait illusoire. La respiration artificielle à l'aide de pressions exercées sur les parois thoraciques, par le procédé de Marshall-Hall, est loin d'être aussi bonne que l'insufflation directe à l'aide d'une sonde passée dans la trachée et d'un soufflet. Il ne faut pas craindre que ce procédé cause des déchirures des cellules pulmonaires et de l'emphysème; cette crainte est peu fondée. Aussi, sans vouloir juger en rien la pra-

tique de notre collègue, je me demande si, dans un cas semblable, où la vie semblerait un instant reparaître, il ne serait pas bon de poursuivre la respiration artificielle pendant longtemps par le procédé de l'insufflation trachéale.

M. LE FORT. Je ne suis ni de l'avis de M. Trélat, ni de l'avis de M. Perrin. Je ne m'éloigne pourtant pas autant de M. Trélat que de M. Perrin. Les vivisections, les expériences sur les animaux ne prouvent pas ce qu'on veut leur faire prouver. Il y a un fait net dont il faut tenir compte dans l'observation de M. Trélat, c'est l'air dans les veines. J'ai observé peu de temps après M. Trélat un fait analogue d'entrée de l'air dans les veines. Des veines du cou avaient été coupées; il y avait de l'air dans les veines du cou, dans les veines cardiaques, et il n'y avait pas d'air dans le cœur gauche : aucune autre veine ne renfermait de gaz. Je crois que le malade de M. Trélat a succombé à l'entrée de l'air dans les veines, et que le chloroforme ne peut être incriminé. Nous n'opérons pas aujourd'hui dans les conditions où l'on opérait autrefois; le sifflement indiqué dans les observations anciennes comme étant très-net peut manquer si les veines ouvertes sont d'un petit volume.

Dans le cas que j'ai observé, il s'agissait d'une trachéotomie pour un cas d'asphyxie dans le cours d'une phthisie laryngée : la trachée-artère était très-courte et le corps thyroïde était très-volumineux. J'ai incisé sur la ligne médiane, j'ai ouvert la trachée; le sang coulait en abondance; le malade s'assied sur son séant; le visage change de couleur, et le malade retombe sur son lit, mort. Ce n'est pas comme cela que succombent les malades qui asphyxient par le chloroforme; ils deviennent bleus, puis ils pâlissent, et la mort survient dans un espace de temps moins court. A l'autopsie de mon malade, j'ai trouvé sur la ligne médiane une veine assez grosse coupée en deux, suivant l'axe du vaisseau et dans lequel l'air avait pénétré, car cette veine renfermait de l'air, et, comme elle se jetait dans le tronc brachio-céphalique, il y avait de l'air dans le gros tronc veineux; il y en avait aussi dans le cœur. Il n'y avait d'air dans aucune autre veine, et ceci est tout à fait aussi significatif et a autant de valeur que dans l'observation de M. Trélat.

Pour ce qui est de la respiration artificielle, je crois que les pressions sur le thorax sont utiles, surtout si l'on y joint l'élévation des bras par la méthode de Sylvestre, dont l'effet est de dilater la poitrine.

M. GIRALDÈS demande à M. Trélat s'il y avait de l'emphysème pulmonaire.

M. TRÉLAT. Il n'y avait que quelques ecchymoses dans les poumons, et ceux-ci n'étaient point emphysémateux.

M. GIRALDÈS. En 1848, j'ai fait un travail pour la Société de chirurgie sur trois cas de mort par le chloroforme et l'éther, deux par le chloroforme, un par l'éther; et j'avais trouvé dans les trois cas des gaz dans le cœur et les veines caves; il y en avait même dans les veines du bassin. Les gaz dans les vaisseaux étaient tellement évidents, que je me demandais si la mort n'avait pas été causée par l'introduction de l'air dans les veines. Les poumons des malades présentaient aussi des ecchymoses et de l'emphysème; et voilà pourquoi j'ai adressé ma question à M. Trélat.

Dans le service de Roux, un cas de tétanos, traité par le chloroforme et suivi de mort, a présenté à l'autopsie des lésions du même genre; il a été trouvé de l'air dans les veines, quoiqu'il n'y eût pas de putréfaction apparente du cadavre. Depuis, chez des malades qui avaient succombé par le chloroforme on a vu de l'air dans les veines. Je crois que le malade de M. Trélat a succombé au chloroforme.

M. Perrin a cité des expériences; je désire faire remarquer que, physiologiquement, les vaisseaux du cou chez l'homme et chez les animaux ne se comportent pas de la même manière. Chez les petits animaux soumis aux expériences, les veines sont horizontales; elles sont verticales chez l'homme, et chez ce dernier la possibilité de l'entrée de l'air dans les veines cervicales est tout à fait démontrée; aussi ne serais-je pas éloigné de penser qu'il a pu entrer un peu d'air dans les veines du malade de M. Trélat.

M. SÉE. Je suis de l'avis de M. Perrin sur le cas actuel. Pour trois motifs, je ne crois pas à l'entrée de l'air dans les veines. D'abord la veine était petite, superficielle, elle n'était pas béante; le sifflement, le glouglou caractéristique ne s'est point fait entendre. A l'autopsie, on n'a point trouvé ce mélange intime de sang et d'air, cette spume signalée dans les observations et qui existe dans les grosses veines et même quelquefois dans les artères pulmonaires.

La putréfaction commence dans le sang avant d'exister dans les tissus; ces marbrures que nous voyons sur les veines des cadavres encore frais sont l'indice de la formation de gaz dans les vaisseaux. Je suis donc porté à penser que les gaz trouvés dans les veines du sujet de l'observation de M. Trélat indiquent seulement la putréfaction commençante du cadavre.

M. PANAS. Les annales de la science renferment un bon nombre de faits d'entrée de l'air dans les veines. Malgaigne avait bien noté que les veines maintenues béantes par les aponévroses pouvaient laisser pénétrer l'air, il avait même cité un fait d'entrée de l'air dans les veines pendant une opération d'ablation d'un ganglion. Il avait ajouté que les veines renfermées dans des tissus indurés étaient susceptibles de se laisser pénétrer par l'air. Il ne s'agit pas, on le voit, d'invoquer ici les expériences sur les animaux.

Je crois que le malade de M. Trélat est mort du chloroforme; l'air contenu dans le cœur est dû à la décomposition du sang noir du ventricule droit; l'air qui n'était point battu avec le sang infirme l'idée de la mort par introduction de l'air dans le système veineux.

Le malade de M. Trélat est mort d'une syncope prolongée qui est devenue mortelle. Cette syncope est survenue dans les conditions où on l'a observée, c'est-à-dire après que le malade s'est agité et a eu la respiration stertoreuse; le malade est mort par le cœur, mais après des troubles respiratoires. Ainsi, lorsqu'on chloroformise les malades, on ne doit pas seulement s'occuper du pouls, mais encore de la respiration.

M. SÉE. Une des conditions de l'entrée de l'air dans les veines est que ces vaisseaux soient béants; c'est là l'opinion de Malgaigne.

MM. TRÉLAT ET LE FORT font remarquer que la section longitudinale de la veine est une condition très-favorable à l'introduction de l'air.

M. GIRAUD-TEULON cite un cas où l'éther a été employé pour une opération d'iridectomie, et où il y a eu un commencement de syncope sans qu'il y ait eu de lutte, d'agitation et de troubles respiratoires précurseurs.

M. DEPAUL. Je ne crois pas que le chloroforme ait causé la mort. J'ai vu un cas d'introduction d'air dans les veines et j'ai trouvé une veine par laquelle l'air avait pénétré et où la disposition anatomique de la veine expliquait l'introduction de l'air. La section particulière des veines sur laquelle ont insisté MM. Trélat et Le Fort est le fait capital, et je trouve que l'argument tiré de la putréfaction prématurée comme cause de l'air contenu dans le cœur est bien faible, comparé à cette particularité que l'air n'occupe que la veine blessée et les veines qui se rendent au cœur, alors qu'il n'y a point d'air dans les autres veines.

La respiration artificielle employée par M. Trélat à l'aide des pressions sur le tronc est illusoire; on ne fait pas entrer ainsi de l'air dans les poumons. L'insufflation trachéale directe est de beaucoup supérieure, comme l'a dit M. Perrin. Mais je ne suis pas aussi opposé que notre collègue à l'insufflation de bouche à bouche. On peut faire entrer de la sorte un peu d'air dans la poitrine.

M. TRÉLAT. Je remercie nos collègues des éclaircissements qu'ils m'ont fournis; mais je vois qu'il me faut rester dans les mêmes incertitudes où j'étais avant cette discussion. Mes collègues sont divisés sur l'interprétation du fait; mais des points ont été discutés et controversés, et je veux seulement m'arrêter à quelques-uns d'entre eux. La veine que j'ai coupée était largement ouverte et l'air y a pu entrer. Le sifflement n'a pas été entendu clair et aussi apparent que le voudrait M. Sée, mais il a pu être assez faible pour que nous ne l'ayons pas perçu. D'ailleurs ce sifflement n'est pas indispensable. J'ajouterai pour M. Panas que le malade a été régulièrement chloroformé et qu'il n'a présenté aucun trouble respira-

toire. Néanmoins le chloroforme ne peut pas être innocenté d'une manière absolue.

Un dernier mot sur la respiration artificielle : Les succussions du thorax sont-elles inutiles ? Qui voudrait l'affirmer ? Pour ma part, j'ai vu des syncopes menaçantes que j'ai arrêtées en froissant désagréablement avec le poing les parois thoraciques ; les malades se sont réveillés en faisant une grande respiration sollicitée par la pression pénible de ma main et les choses sont rentrées dans l'ordre.

PRÉSENTATION DE MALADE

Cicatrice du cuir chevelu chez un nouveau-né. — M. TARNIER présente un petit malade offrant sur le sommet de la tête une cicatrice arrondie n'occupant que le cuir chevelu et ne siégeant pas au niveau des fontanelles.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tumeur hématique de l'abdomen. — M. TARNIER présente une tumeur hématique de l'abdomen de nature douteuse prise pour un kyste de l'ovaire.

La séance est levée à cinq heures trois quarts.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite d'un vote récent du conseil général de la Seine, des améliorations considérables viennent d'être introduites dans le local annexé au Dépôt près la Préfecture de police, et destiné à recevoir les aliénés.

Ce local, desservi par une entrée particulière, porte aujourd'hui le nom d'*Infirmerie spéciale près la Préfecture*. Par une circulaire en date du 28 février dernier, M. le préfet de police invite les agents de l'autorité à diriger sur cette infirmerie, aux fins d'examen, tous les individus présumés atteints d'aliénation mentale. — Le service médical statue tous les jours, sans en excepter le dimanhe et les jours de fêtes.

— *Faculté des sciences de Clermont*. M. Julien, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Clermont.

— *Faculté des sciences de Grenoble*. — M. Violle, docteur ès sciences, préparateur à l'École normale supérieure, est chargé du cours de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, en remplacement de M. Seguin, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté des sciences de Lyon*. — M. Berthaud, docteur ès sciences, professeur de physique au lycée de Mâcon, est chargé du cours de géologie et minéralogie à la Faculté des sciences de Lyon.

— *École de médecine de Bordeaux*. — M. Labat, professeur de pathologie externe et médecine opératoire à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite école, en remplacement de M. Rousset, décédé.

M. Lannelongue, suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchements à ladite école, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire, en remplacement de M. Labat.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 28. — JEUDI 7 MARS 1872 — 45e ANNÉE — JEUDI 7 MARS 1872. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 — — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Des troubles de la sécrétion salivaire (M. Dujardin-Beaumetz). — Considérations sur la chirurgie des aliénés (M. J. Decorse). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a procédé hier à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. Les bruits qui s'étaient propagés à travers les serrures sur l'ordre de présentation des candidats proposé par la section, et dont la *Gazette des Hôpitaux* a répercuté les échos dans le numéro de jeudi dernier, n'étaient que trop fondés. Ce n'a pas été sans un sentiment pénible, tout prévenu que nous étions, que nous avons vu reléguer au dernier rang de la liste l'un des vétérans de la chirurgie française, qui avait été jugé digne dans une présentation précédente de figurer au premier rang. L'Académie a réparé en partie cet échec moral. Une minorité imposante, en tenant par trois fois la victoire en suspens, a, sinon satisfait de légitimes aspirations, replacé du moins le candidat malheureux au rang qui lui appartenait.

Quant à l'heureux élu, dont nous sommes loin d'ailleurs de méconnaître les titres à un siége à l'Académie, où il apportera jeunesse, activité et savoir, il nous permettra, tout en lui adressant les compliments de bienvenue d'usage, de réserver une expression de sympathique condoléance pour son compétiteur vaincu. *Victrix causa Diis placuit, sed victa...* Nous n'avons pas l'outrecuidance d'achever.

Après cette élection, qui a pris une grande partie de la séance, l'Académie a entendu une communication orale de M. Bouillaud sur un cas de choléra sporadique mortel, qui a eu lieu dans son service de la Charité, et une série de rapports de M. Mialhe au nom de la commission des eaux minérales.

A mardi prochain probablement — espérons-le du moins — la reprise des travaux scientifiques.

Dr B...

HOTEL-DIEU. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ.
Suppléant M. VIGLA.

Des troubles de la sécrétion salivaire (1).

(Leçon recueillie par M. CAMPENON, interne du service.)

Une des causes les plus actives de la salivation est, à coup sûr, l'irritation de la cavité buccale, et c'est ainsi que dans les stomatites, et en particulier dans la stomatite ulcéro-membraneuse, se produit un flux salivaire abondant; la glossite, les aphthes agissent de la même manière; l'altération des dents, l'irritation des gencives que provoque l'éruption dentaire chez les enfants sont encore autant de causes de sialorrhée.

C'est par un processus analogue qu'agissent certaines substances, comme le tabac, soit fumé, soit mâché; certains médicaments, qui même ont reçu à cause de cet effet le nom de substances sialagogues; ce sont les racines de pyrèthre (*Anthemis pyrethrum*), de *Pimpinella saxifraga* et d'*Imperatoria;* sans parler du bétel, du vinaigre, du piment, du *Mezereum*, etc., qui tous ont une action plus ou moins active sur la sécrétion des glandes salivaires.

Notez que dans ce premier groupe, que Spring a décrit sous le nom de salivation irritative, il ne faut pas que l'inflammation atteigne un degré trop avancé; car alors il se produit l'effet contraire, et c'est ce qui arrive dans la parotidite, où vous trouvez de la sécheresse dans la bouche, et non une salivation exagérée.

D'autres fois, l'origine du flux salivaire a un point de départ plus ou moins éloigné de la cavité buccale, et l'on peut dire alors qu'elle est sympathique. Nous en trouvons un exemple dans ce ptyalisme qui accompagne la dyspepsie ou le cancer de l'estomac, et en particulier celui du pylore; et vous pouviez voir récemment, à notre consultation, un malade présentant ce phénomène d'une façon très-accentuée; c'était un soldat de la garde républicaine atteint d'une dyspepsie fort tenace, et sur la nature de laquelle nous avions fait, vu l'âge du malade, les plus grandes réserves, et qui offrait une salivation des plus abondantes et des plus pénibles.

D'autres fois, c'est le tænia qui est le point de départ de l'action réflexe qui va déterminer le flux exagéré de la salive; d'autres fois, enfin, c'est l'utérus et ses annexes. On voit, en effet, soit à la suite des métrites, soit lors de la congestion accidentelle ou périodique de l'utérus, soit surtout pendant la grossesse, se produire le ptyalisme. Si l'on en croyait les anciens auteurs, les maladies du pancréas s'accompagneraient toujours d'une salivation abondante, et ce serait là même un des signes cliniques les plus importants de ces affections si obscures.

De nouvelles observations ont besoin de confirmer cette allégation, qui me paraît basée plutôt sur l'analogie de structure de la bande pancréatique et des glandes salivaires que sur des faits bien observés.

A côté de la salivation irritative et de la salivation réflexe ou

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

sympathique, il faut placer celle qui résulte des altérations ou des empoisonnements du sang. Nous le décrirons, si vous le voulez bien, messieurs, sous le nom de salivation dyscrasique. Tantôt ce sont des substances, telles que le mercure, le brome et l'iode, qui déterminent la sialorrhée; tantôt, au contraire, la cause déterminante est un virus morbide qui ne se révèle à nous que par ses effets, telles sont la rage, la variole et la *malaria*. Un mot sur ces divers poisons du sang et sur leur action sur les glandes salivaires.

Le mercure doit occuper ici la première place. La salivation mercurielle s'accompagne d'un ensemble de symptômes qui lui permettent de prendre un rang à part dans le groupe des stomatites, et vous trouverez dans tous vos traités de pathologie interne la description complète des lignes qui caractérisent cette inflammation de la muqueuse buccale. Vous savez tous que le mercure, sous toutes les formes, peut déterminer cette salivation, mais qu'il existe cependant des différences d'action qui dépendent de causes multiples; les préparations mercurielles n'ont pas, en effet, toutes au même degré la propriété de provoquer le ptyalisme, et à côté de l'onguent mercuriel il faut placer, par ordre d'action, le bi-iodure, le sublimé, le proto-iodure et le calomel, et même encore, à propos de ce dernier médicament, on peut, en changeant les doses, ou bien ne jamais provoquer le flux salivaire, ou bien le déterminer rapidement. Vous atteignez le premier but en donnant des doses massives, 50 centigrammes à 1 gramme; tandis que, au contraire, vous obtenez le second résultat en employant la méthode de Law, c'est-à-dire par doses fractionnées, 5 centigrammes en 20 paquets dans les vingt-quatre heures.

Vous pouvez voir au n° 35 de notre salle de femmes une malade qui présente le premier degré de cette salivation. Soumise, pour des accidents secondaires, à un traitement par le sublimé, elle s'est plainte ce matin d'une salivation abondante, et l'examen de ses gencives nous a montré les premiers caractères de la gingivite mercurielle.

Le mercure et même le brome et l'iode ne déterminent la salivation que parce que ses produits sont éliminés par les glandes salivaires et que leur présence accidentelle dans la salive détermine une irritation des glandes, et, comme vous le voyez, ce groupe particulier des salivations pourrait se rattacher aux salivations irritatives.

La rage fait naître, au point de vue du ptyalisme, les mêmes considérations; c'est dans le liquide salivaire, en effet, que se retrouve le virus saleigne, et c'est par lui que la contagion s'établit. Dans un des cas de rage que j'ai pu observer à l'hôpital Necker, le crachotement était continuel, et le liquide ainsi expulsé était corrosif et avait déterminé de véritables ulcérations autour des lèvres.

Quant à la variole, je ne vous la signale ici que parce que Trousseau a insisté sur ce phénomène dans le cours des varioles confluentes. Apparaissant au second jour de l'éruption, le ptyalisme va en augmentant jusqu'au neuvième jour de la maladie, et, quoique Trousseau ait refusé d'y voir une corrélation exacte entre l'éruption buccale et le flux salivaire, ce lien n'en existe pas moins et doit expliquer la cause même de la salivation.

Le ptyalisme qui surviendrait dans le paroxysme de certains accès paludéens, et qui a été signalé par quelques auteurs, a besoin, pour être admis définitivement, de nouvelles observations.

Enfin, nous rangerons sous le nom de salivation nerveuse les flux salivaires qui se développent sous l'influence des émotions morales ou des névroses, ou bien encore qui peuvent suppléer un flux brusquement arrêté. Les passions violentes et, en particulier, la colère déterminent, comme vous le savez, un flux salivaire abondant; de là cette expression de l'homme qui écume pour indiquer un individu qui a atteint le paroxysme de la colère.

L'hystérie peut encore développer, mais rarement, comme l'a dit Briquet, le ptyalisme, tandis que, au contraire, ce symptôme ne ferait jamais défaut dans les attaques d'épilepsie, et l'écume qui vient à la bouche dans ces accès convulsifs proviendrait, d'après Voisin, d'une augmentation de la sécrétion salivaire. Tanquerel des Planches et Royer-Collard ont observé des cas de salivation supplémentaire chez la femme; ce sont là des faits tout à fait exceptionnels.

Je ne puis quitter ce sujet sans vous signaler ces salivations critiques qui viennent mettre fin à certaines affections graves; vous n'ignorez pas que le médecin, dans bien des cas, veut favoriser cette crise, et c'est ainsi que, pour la méningite, il emploie la médication mercurielle.

J'ai dit, au début de cette leçon, que dans certains états pathologiques on voyait, au lieu de l'augmentation du flux salivaire, une diminution notable de cette sécrétion; mais, tandis que la sialorrhée est fréquente, l'asialie est rare. On ne la rencontre d'une façon notable que dans le diabète et à la suite des flux abondants. Dans la paralysie faciale, on voit survenir quelquefois ce phénomène, et ce serait là une des confirmations cliniques les plus importantes des découvertes récentes sur le rôle de certaines branches du facial sur la sécrétion de la salive.

Je vous dirai peu de chose, en terminant, sur les modifications chimiques et physiques qu'apportent les maladies dans la composition de la salive; lorsque le liquide sécrété par la muqueuse buccale, d'alcalin qu'il était, devient acide, il permettrait le développement du muguet, et c'est là un fait que le professeur Robin a parfaitement mis en lumière.

Nous avons déjà signalé plus haut comment le mercure, le brome, l'iode, pouvaient s'éliminer par la salive, et quels symptômes ces corps déterminaient du côté des glandes salivaires, je n'y reviendrai pas; je vous dirai seulement que, dans la diathèse urique et chez les goutteux, on a retrouvé de l'urée dans la salive, et que chez les diabétiques le sucre existerait dans ce liquide, et qu'enfin la salive, dans la rage, puiserait ses propriétés toniques dans un excès de sulfo-cyanure de potassium.

CONSIDÉRATIONS

SUR LA CHIRURGIE DES ALIÉNÉS (1)

Par le docteur J. DECORSE,
ancien interne de la maison de Charenton.

Ce travail est divisé en cinq parties. Dans la première, se trouvent réunis quelques documents statistiques sur le service chirurgical de la maison de Charenton.

La seconde partie est consacrée aux rapports qui unissent les maladies chirurgicales avec l'aliénation au point de vue de l'étiologie et du diagnostic.

La troisième contient le tableau de quelques maladies chirurgicales particulières ou très-fréquentes chez les aliénés.

Dans la quatrième, sont énumérées : 1° les modifications appor-

(1) Grand in-8. Prix : 2 fr. 50.

tées dans la marche de l'aliénation par les maladies et les opérations chirurgicales incidentes; 2° les modifications apportées par l'aliénation à la marche des maladies chirurgicales et au traitement qu'elles nécessitent.

La cinquième et dernière partie est consacrée au rôle que joue la chirurgie comme auxiliaire du traitement des maladies mentales.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre accompagnant l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Marey comme membre titulaire, en remplacement de M. Poiseuille, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1870 dans les départements des Ardennes, de la Mayenne, du Cantal et du Rhône. (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° deux lettres de MM. Charcot et Cornil, qui se présentent comme candidats à la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique.

2° Une circulaire, adressée par M. Quételet, secrétaire perpétuel de l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Bruxelles, à l'Académie de médecine, pour l'informer qu'elle célébrera cette année, les 28 et 29 mai prochains, le centième anniversaire de sa fondation, et qu'elle serait bien honorée que l'Académie de médecine de Paris voulût bien s'y faire représenter par l'un de ses membres.

3° Une lettre de M. Colin, professeur au Val-de-Grâce, par laquelle, après avoir rappelé les recherches expérimentales de M. le docteur Kerner sur la facilité et la rapidité d'absorption par l'organisme, à l'état normal, des divers sels de quinine, il déclare que, s'il n'y a aucune conclusion à tirer de ces faits sur la valeur thérapeutique du tannate de quinine, il y aurait peut-être, au point de vue des propriétés physiologiques de ce médicament, quelque intérêt à faire remarquer combien ces observations confirment les expériences de M. Vulpian.

4° Une note de M. Ramel relative à l'*Eucalyptus globulus*.

5° Un pli cacheté accompagnant l'envoi d'un travail sur les moyens propres à éviter les inhumations précipitées. (Commission du prix d'Ourches.

6° Un travail manuscrit de M. Édouard Robin sur les phénomènes chimiques de la respiration;

7° Une lettre de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), accompagnant l'envoi de la 2e partie de son mémoire intitulé : *Des maladies du col de l'utérus et de l'hystérie* (Commiss. : MM. Depaul, Jacquemier, Devilliers) ;

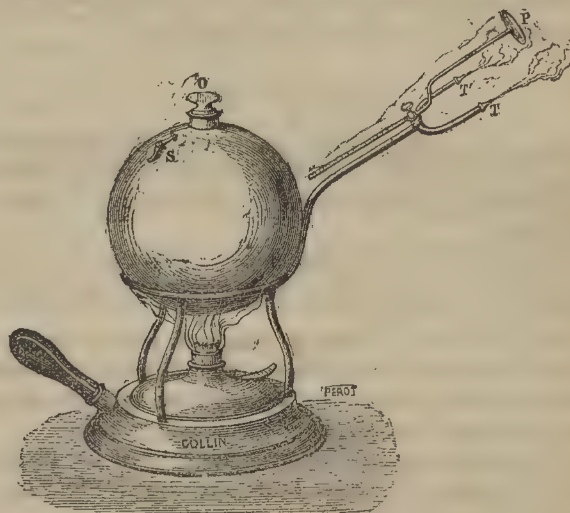
8° Une note explicative de l'appareil vaporisateur du docteur José Lourenço (de Bahia).

L'appareil qui porte le nom de vaporisateur est spécialement destiné, dans sa forme actuelle, au traitement des maladies des yeux.

Il se compose d'un globe métallique que l'on remplit d'eau chaude jusqu'à moitié par l'orifice O et que l'on fait évaporer au moyen d'une lampe à esprit-de-vin. Le malade est assis devant l'appareil, son front est appuyé contre la plaque P. La tige à laquelle est fixée cette plaque est à coulisse et graduée pour tenir le malade à une distance donnée qui doit être en rapport avec le degré de chaleur que l'on veut obtenir. Deux tiges bifurquées, percées d'orifices TT, lancent deux jets de vapeur sur une compresse appliquée sur les yeux du malade.

La lettre S indique la soupape de sûreté.

Au moyen de cet appareil, on peut donner à volonté des douches de vapeur plus ou moins chaudes, simples ou médicamenteuses, et qui agissent d'une manière très-efficace dans certaines affections oculaires, et plus particulièrement dans les maladies de la cornée et de la conjonctive.



Nous pouvons citer à l'appui les résultats les plus satisfaisants obtenus, dans la clinique du docteur Galezowski, sur plus de vingt cas de maladies de la cornée et de la conjonctive, qui n'ont pu être améliorés par aucun traitement, si ce n'est par les douches de vapeur chaude.

En général, nous employons les douches à la température de 40 degrés, en nous servant d'eau simple dans les kératites asthéniques, tandis que, dans les affections sthéniques, nous ne portons jamais la chaleur au delà de 30 degrés.

Dans cette dernière variété d'affection, nous avons recours de préférence aux vapeurs d'infusion de feuilles de belladone.

A chaque séance, le malade doit rester soumis à la douche de vapeur pendant une demi-heure ou une heure.

M. Collin fabrique en ce moment de mes appareils, sur lesquels on pourra visser une pièce, soit pour donner un jet simple, soit un jet en arrosoir destiné à agir sur une grande surface du corps.

ÉLECTION

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

La commission présente :

En 1re ligne, M. Dolbeau ;
En 2e ligne, M. Maurice Perrin;
En 3e ligne, M. Léon Le Fort;
En 4e ligne, M. Trélat ;
En 5e ligne, M. Desormeaux ;
En 6e ligne, M. Voillemier.

Le nombre des votants étant de 74, dont la majorité est de 38,
Au 1er tour :

M. Dolbeau obtient..........	28	suffrages.
M. Voillemier..........	21	—
M. Maurice Perrin..........	10	—
M. Desormeaux..........	9	—
M. Trélat..........	4	—
M. Léon Le Fort..........	2	—

Au 2e tour, le nombre des votants étant de 74, majorité, 38 :

M. Dolbeau obtient..........	37	suffrages.
M. Voillemier..........	27	—
M. Desormeaux..........	4	—
M. Maurice Perrin..........	3	—
M. Trélat..........	2	—

Au 3e tour, scrutin de ballottage, le nombre des votants était de 74; majorité, 38 :

M. Dolbeau obtient. . . . . 43 suffrages.
M. Voillemier . . . . 30 —
Bulletin blanc . . . . 1 —

M. Dolbeau ayant obtenu la majorité, son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

COMMUNICATION

M. BOUILLAUD communique à l'Académie la relation d'un cas de choléra qu'il a eu occasion d'observer dans son service à la Charité, où il est actuellement remplacé par M. Blachez, qui a fourni les détails suivants :

Il s'agit d'un militaire fait prisonnier à Sedan et emmené en Allemagne, où il fut pris de diarrhée, laquelle a persisté après le retour du malade en France.

Ce malade, entré hier à l'hôpital, présentait tous les symptômes du choléra : cyanose, yeux excavés, voix éteinte, vomissements et selles riziformes, crampes dans les membres, anurie; la température est de 37° sous l'aisselle, et de 38° dans le rectum.

Le malade ayant succombé en quelques heures, M. Blachez a constaté, à l'autopsie, l'éruption intestinale caractéristique du choléra asiatique, la psorentérie.

Voilà donc un cas de choléra qui offre tous les caractères symptomatiques et anatomo-pathologiques du choléra indien, bien qu'il diffère beaucoup de celui-ci au point de vue de la genèse.

Si l'on suppose, dit M. Bouillaud, que ce malade eût été transporté tout à coup aux bords de l'Inde, et qu'une épidémie eût éclaté à la suite dans le pays, personne, à coup sûr, n'eût été tenté d'attribuer l'épidémie à ce cas de choléra venu d'Europe. Si, par contre, on suppose qu'un semblable malade eût été transporté de Calcutta par exemple à Paris, et qu'une épidémie de choléra eût éclaté ensuite dans cette dernière ville, on n'eût pas manqué de rapporter l'origine de cette épidémie à la contagion de ce cas de choléra venu de l'Inde.

M. Bouillaud en conclut qu'il importe de se préoccuper surtout de la genèse des maladies.

RAPPORT

M. MIALHE, au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources d'eau minérale.

Sur la proposition de M. Caventou, deux de ces rapports sont renvoyés à la commission pour un supplément d'analyse.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 5 janvier 1872 (1). — Présidence de M. LÉON GROS, président.

Notice biographique de Paul-Félix-Simonot.

Paul-Félix Simonot naquit, le 21 juin 1821, dans une maison de campagne que possédait son aïeul maternel dans le département de la Charente-Inférieure, entre Tonnay-Charente et Rochefort.

Son père Edme Simonot, brillant officier de marine, capitaine de frégate à 30 ans sous le premier Empire, commandait la frégate *la Pénélope* dans la Méditerranée en 1810. Pendant qu'il était en croisière, il aperçut une frégate anglaise, *la Proserpine,* lui donna la chasse, força le capitaine anglais à amener son pavillon, et rentra avec sa prise dans le port de Toulon. Justement estimé pour sa loyauté et sa bravoure, il laissa un souvenir qui vit encore dans la marine, et légua à ses enfants un patrimoine de probité, de droiture et de dignité, que notre regretté collègue s'efforça encore d'accroître pendant toute sa carrière, trop courte, hélas! pour tous ceux qui l'ont connu et apprécié.

Dès son enfance, Simonot eut une vocation marquée pour la médecine; fils de marin, élevé dans un port militaire, il tourna naturellement ses yeux vers la médecine navale.

En 1839, à la suite d'un brillant concours, il entrait en qualité de chirurgien interne à l'hôpital maritime de Rochefort; là il se mit courageusement à l'œuvre; d'une grande exactitude, il suivit avec un zèle soutenu les leçons de ses maîtres, et quelques mois après, par la voie du concours, il était nommé chirurgien de la marine.

D'avril 1840 à juin 1843, il fut attaché au service des hôpitaux du Sénégal; pendant ce temps, il prit un part active aux diverses campagnes d'exploration qui se firent à l'intérieur. Chercheur infatigable, très-versé dans les sciences naturelles, il put faire des observations nombreuses sur les peuplades indigènes qu'il visita; aussi, plus tard, il utilisa les documents recueillis, les coordonna et les présenta sous forme de mémoires à la Société d'anthropologie, mémoires qui furent accueillis avec grande faveur et qui devinrent le point de départ de discussions très-intéressantes.

De 1843 à 1852, il fut envoyé aux stations des Antilles (Guadeloupe, Martinique), puis revint à l'hôpital maritime de Rochefort. Pendant ces douze années de service, dont dix passées à la mer, Simonot eut à souffrir plusieurs fois de l'influence pernicieuse de ces climats, et toute sa vie il se ressentit des atteintes de ces maladies des pays chauds, qui font tant de victimes parmi les Européens.

Reçu docteur à Montpellier le 18 décembre 1850, il avait pris pour sujet de sa thèse inaugurale : *De la dysentérie au Sénégal et aux Antilles*, commençant ainsi à publier le résultat de sa carrière maritime. En 1851, il se maria à Mlle Albert, fille d'un avoué de Rochefort, et bientôt, sur les instances de sa femme, qui redoutait pour lui les fatigues et les dangers de la vie coloniale, il donna sa démission de médecin de la marine et s'établit à Marennes.

En 1852, le choléra s'abattit sur cette petite ville avec une assez grande intensité, et donna à Simonot l'occasion de montrer son zèle infatigable auprès des malades et son dévouement aux habitants du pays; aussi le conseil municipal de cette ville lui donna-t-il de nombreuses marques de reconnaissance, que vint confirmer encore l'envoi d'une médaille de bronze par le ministre de l'agriculture et du commerce.

Mais Simonot ne pouvait, avec la nature de son esprit, longtemps se plaire sur un théâtre aussi restreint. Éloigné de tout centre scientifique, il s'occupait toujours, dès qu'un instant lui était laissé par sa clientèle, des grandes questions de l'anthropologie; il aimait à lire, à étudier tout ce qui se disait et se faisait sur les théories les plus controversées de la médecine, telles que la spécificité, la contagion, l'infection, l'épidémie, l'endémie; car c'étaient là ses sujets de prédilection. Alors il quitta Marennes et vint se fixer à Paris, non pas tant pour chercher fortune, Simonot était trop modeste et trop peu ambitieux pour cela, mais pour vivre dans le milieu qui lui plaisait et qui lui permettait de continuer plus complétement ses études favorites.

En 1857, Simonot eut le malheur de perdre sa femme. Seul, sans enfants, notre collègue se mit à travailler aver une ardeur nouvelle. Cependant la solitude lui pesait, et, en 1861, Simonot se remaria; il épousa Mlle Augustine Vallet, la digne et dévouée compagne qui lui a fait la vie gaie et heureuse par les aimables qualités de son caractère, et qui, plus tard, ne l'a jamais quitté ni jour ni nuit, et lui a prodigué, avec un zèle et un courage qui n'ont pas failli un seul jour, les soins les plus dévoués et les plus affectueux pendant cette longue et cruelle maladie qui a fini par l'enlever à l'affection des siens et à l'estime de tous.

Simonot faisait partie de nombreuses sociétés savantes :

(1) Fin. — Voir les numéros des 15, 20 et 22 février 1872.

Membre de la Société médico pratique en 1861, il y lisait, en 1859, un mémoire sur la *diphthérie* ;

En 1861, il faisait un rapport très-circonstancié sur un mémoire du docteur Plouvier intitulé : *De la valeur de l'acupuncture du cœur comme moyen de distinguer la mort réelle de la mort apparente* ;

En 1862, il traduisait et discutait le mémoire anglais de John Laurence *sur la sensibilité de l'œil pour les couleurs* ;

En 1864, il faisait part aux membres de cette même Société d'une petite brochure *sur la création des infirmiers volontaires en temps de guerre* ;

En 1870, sous le titre : *Un mot sur l'organisation du service médico-chirurgical des hôpitaux de la ville de Paris,* il attaquait avec une certaine violence l'administration de l'assistance publique, et proposait tout un plan de réforme sur le recrutement du personnel médico-chirurgical par voie de concours, et sur le concours lui-même.

Mais les mémoires les plus intéressants, les mieux composés sont ceux que Simonot lut à la Société d'anthropologie, dont il était membre titulaire : *Compte rendu de la relation d'un voyage de M. de Rochas aux terres magellaniques et à l'île Rossel; Considérations sur la coloration de la peau du nègre* (T. III, 1er fascicule, 1862);

En 1863, il lut : *Quelques réflexions à propos des Gniam-Gniam et des influences de milieux* ;

Puis en 1865 : *L'homme doit-il s'isoler de l'animalité ?* le rapport sur le prix Godard, et un opuscule *Sur l'acclimatement et l'acclimatation de l'homme.*

Membre de la Société d'émulation de Paris en 1859, il présenta un mémoire : *sur la spécificité des maladies et en particulier de la fièvre jaune;*

Et en 1863, en rendant compte à cette même Société du mémoire du docteur Alvarenga, notre distingué correspondant de Lisbonne, *sur la fièvre jaune,* il reprit de nouveau le même sujet ;

En 1861, il fut nommé membre correspondant de la Société des sciences naturelles et médicales de Bruxelles. Il avait envoyé à cette Société un mémoire qui a pour titre : *Essai sur la vie, la maladie et la thérapeutique au point de vue des études médicales ;*

En 1864, il fut nommé membre titulaire de notre Société;

En 1865, membre de la Société de géographie;

En 1868, membre de la Société de médecine légale;

Enfin, en 1869, il était appelé à la vice-présidence de notre Société, et en 1870 à la présidence.

Chacun de nous, messieurs, a pu apprécier l'exactitude de Simonot à suivre d'abord nos séances, et ensuite à les présider. Mais c'est dans nos discussions que nous avons pu voir l'érudition de notre collègue, ses profondes connaissances et sa facilité d'élocution.

Simonot était déjà atteint de la maladie qui l'a arraché à l'affection de sa famille et de ses amis quand il fut appelé à la vice-présidence de notre Société; mais il eut comme une trêve de quelques mois; un mieux sensible s'était déclaré après avoir fait une saison aux eaux de Luchon en 1869, et surtout après avoir subi un traitement par l'électricité sous l'habile direction de son excellent ami le docteur Rougon qui, pendant ses longues souffrances, n'a cessé de l'entourer des soins les mieux entendus et les plus affectueux.

Pendant les deux siéges, Simonot voulut rester à Paris, et, chose singulière, sa santé se maintint relativement bonne au milieu des émotions les plus poignantes et des plus douloureux événements.

Après la chute de la Commune, il alla aux environs de Paris, avec sa fidèle compagne, Mme Simonot, chez des amis, pour y chercher le repos et le grand air. Un jour il eut froid, se mit au lit et fut pris immédiatement d'oppressions violentes.

Simonot revint à Paris; mais là il comprit que le mal était sans remède, que l'atrophie qui avait frappé les muscles de ses bras avait envahi aussi les muscles qui aident à la respiration, et que son heure était proche.

Alors, il pensa à son pays natal et voulut aller mourir à Rochefort, où il avait laissé tant d'affectueux souvenirs.

En quittant Paris, il n'eut qu'un regret, celui de se séparer de ses deux excellents amis : du docteur Rougon, qui l'avait soigné comme son frère, et du docteur Walter, inspecteur général adjoint du service de santé de la marine, qui venait passer au chevet de notre regretté président tous les instants qu'il pouvait dérober à ses nombreuses occupations. C'est à Rochefort qu'il passa les dernières semaines de sa vie, entouré des soins les plus touchants de son frère Edme Simonot et de son oncle maternel le capitaine de frégate Pelletreau.

Ses souffrances étaient parfois atroces; elles revenaient par crises, semblables à des accès d'asthme d'une intensité épouvantable, et le laissaient brisé, anéanti. Au milieu de toutes ces angoisses, son courage ne fut pas un instant troublé. Il envisageait froidement la mort sans la moindre défaillance, ne se faisait aucune illusion sur sa fin prochaine, et il ne regrettait qu'une chose, c'était de laisser seule sa femme bien-aimée, qui avait été pour lui une tendre épouse et une mère dévouée.

Mme Simonot le soigna comme on soigne un enfant, ne le perdant jamais de vue, épiant ses moindres désirs. Elle fut admirablement secondée, à Rochefort comme à Paris, dans cette tâche minutieuse et délicate par des amis dont l'ingénieuse sollicitude fut au-dessus de tout éloge, les docteurs Penard et Margain, tous deux médecins principaux de la marine, qui se relayaient tour à tour auprès de notre excellent collègue.

Quelques jours avant sa mort, sous un prétexte frivole, Simonot envoya Mme Simonot faire une courte promenade, et pendant ce temps, il prit toutes ses dispositions testamentaires, dicta ses dernières volontés et commanda même son tombeau.

Le 19 septembre 1871, l'oppression augmenta, les phénomènes d'asphyxie s'accrurent, et après avoir dit adieu à tous ceux qui l'avaient aimé et qui l'entouraient, notre pauvre collègue poussa un profond soupir et expira en toute connaissance et en pleine possession de lui-même.

Simonot, messieurs, fut l'honnêteté même ; il joignait à un haut sentiment de dignité professionnelle une grande aménité de formes; il était d'un commerce sûr, d'un caractère d'une égalité parfaite; c'était un homme probe dans toute l'acception du mot.

Montaigne dit quelque part qu'on juge de la valeur d'un homme par les amitiés qu'il a su faire naître, surtout quand ces amitiés sont de premier choix. Alors, messieurs, notre regretté président valait beaucoup, et pour employer une expression du même auteur, il était de bonne marque et frappé au bon coin, car, à coup sûr, ce n'était pas un cœur ordinaire, celui qui a su inspirer d'aussi chaudes amitiés et d'aussi grands dévouements.

Nous tous, messieurs, ses collègues, nous garderons de Simonot un précieux et durable souvenir, et si les marques d'affectueuse considération et de grande estime peuvent adoucir le chagrin de sa famille et de ses amis, elles ne leur feront pas défaut, car elles seront inspirées par le sentiment de justice rendue à l'honorabilité incontestée, à la dignité professionnelle et aux solides qualités de cœur et d'esprit que possédait à un si haut degré notre regretté président.

Si la Société, messieurs, a eu ses jours de deuil, elle a eu aussi ses jours de joie, et c'est avec un sentiment de légitime orgueil que nous pouvons dire que nulle société n'a été plus favorisée que la nôtre. Cinq de nos collègues ont été promus au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur, ce sont MM. Briquet, Giraldès, Léon Labbé, Lunier et Worms; huit ont été promus chevaliers, MM. Blachez, Charrier, Guibout, Luys, Aimé Martin, Motet, de Ranse et Auguste Voisin.

Enfin la Société de médecine de Paris a fait d'importantes acquisitions cette année ; elle a élu deux membres titulaires, MM. Gillebert Dhercourt et Onimus, tous deux recommandables par des tra-

vaux scientifiques remarquables, l'un en climatologie, en hygiène et en hydrothérapie, l'autre en électrothérapie; ce dernier a offert à la Société un livre considérable, qui résume tout ce qui a été fait en électricité médicale jusqu'à nos jours tant en France qu'en Allemagne, et qui expose dans un style sobre et clair un grand nombre d'expériences nouvelles faites avec le savant concours de M. le docteur Legros.

Vous avez aussi élu deux membres correspondants, MM. les docteurs Valéry Meunier et Louis Lande. Nous souhaitons à nos nouveaux collègues une cordiale bienvenue et notre salut confraternel.

Mais si la Société a admis dans son sein des membres jeunes et nouveaux, elle a le malheur de voir trois de ses aînés, de ses maîtres vénérés, demander l'honorariat et ne plus venir à ses séances; ce sont MM. Géry père, Briquet et notre excellent trésorier M. Jacquemin, que sa santé a forcé d'abandonner ces fonctions, qu'il remplissait avec tant d'exactitude et de zèle depuis de si longues années.

Que notre trésorier reçoive ici tous nos remercîments et tous nos regrets et qu'il veuille bien agréer l'expression de l'affectueuse et respectueuse estime de la Société tout entière.

Du mois d'août 1870 au mois d'août 1871, la Société n'a pu se réunir; qu'elle répare par de nombreux travaux le temps qu'elle a perdu au milieu des tristes événements qui nous ont frappés.

Travaillons donc, messieurs, avec une ardeur nouvelle, et prouvons à ceux qui haïssent la France, qui cherchent dans leurs écrits et dans leurs discours à la rabaisser, que le sentiment qui les anime n'est qu'une basse jalousie et une noire ingratitude. Prouvons-leur que notre chère patrie n'est pas morte, comme ils veulent le faire croire, et qu'elles saura, par le travail, se relever de ses malheurs et de ses revers.

La Société vote des remercîments unanimes à M. le docteur Jacquemin, ancien trésorier.

M. MOTET donne lecture de la première partie du rapport de la commission sur la loi de 1838, au sujet de l'admission des aliénés dans les établissements spéciaux.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr E. ONIMUS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique, le ministre de l'agriculture et du commerce vient de distribuer des récompenses honorifiques aux membres des conseils d'hygiène publique et de salubrité qui se sont le plus particulièrement distingués par leurs travaux pendant l'année 1869, savoir :

Médaille d'or : M. Rabot, pharmacien, secrétaire général du conseil central d'hygiène et de salubrité de Seine-et-Oise.

Médailles d'argent : M. le docteur Bergeon, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité de l'Allier; — M. le docteur Bonnichon, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Saint-Amand (Cher); — M. Cailletet, pharmacien, membre du conseil d'hygiène et de salubrité des Ardennes; — M. Labiche, pharmacien, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Louviers (Eure); — M. le docteur Lacaze, secrétaire général du conseil central d'hygiène et de salubrité de Tarn-et-Garonne; — M. le docteur Legrand, pour son travail d'épidémiologie présenté au conseil d'hygiène et de salubrité de la Moselle; — M. le docteur Rémilly, membre du conseil central d'hygiène et de salubrité de Seine-et-Oise; — M. le docteur Vy, secrétaire de la commission d'hygiène et de salubrité du canton d'Elbeuf (Seine-Inférieure).

Rappel de médailles d'argent : M. Martin-Barbet, chimiste, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de la Gironde; — M. Meurein, chimiste, inspecteur de la salubrité du département du Nord; — M. le docteur Wimpfenn, secrétaire du conseil central d'hygiène et de salubrité du département du Haut-Rhin.

Médailles de bronze : M. le docteur Dumesnil, membre de la commission d'hygiène et de salubrité du canton de Grand-Couronne (Seine-Inférieure); — M. le docteur Guichard, secrétaire du conseil d'hygiène et de salubrité du Jura : — M. Griois fils, vétérinaire, membre du conseil central d'hygiène et de salubrité de la Somme; — M. Gruson, ingénieur des ponts et chaussées, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Douai (Nord); — M. Herbelin, pharmacien, secrétaire du conseil central d'hygiène et de salubrité de la Loire-Inférieure; — M. Méry, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Douai (Nord); — M. le docteur Muller, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Mulhouse (Haut-Rhin); — M. Olivier, pharmacien, membre du conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Céret (Pyrénées-Orientales; — M. Resseq, vétérinaire, membre du conseil central d'hygiène et de salubrité de Tarn-et-Garonne; — M. le docteur Rattier, membre du conseil central d'hygiène et de salubrité de Tarn-et-Garonne.

—Le Comité médical consultatif du service public des aliénés de la Seine s'est prononcé, dans sa séance du 5 mars, à la majorité de sept voix contre quatre, en faveur du rétablissement du concours pour les places de médecins des services d'aliénés. — Les fonctions de directeurs médecins ont été réservées et seront l'objet d'une discussion ultérieure.

— La Société de médecine des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 14 mars, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° De l'organisation des bureaux de bienfaisance au point de vue de l'enseignement de la polyclinique, par M. le docteur Passant. — 2° Rapports et votes sur douze demandes d'admission dans la Société.

— La Société protectrice de l'Enfance a tenu sa séance générale annuelle au Conservatoire des arts et métiers, le 18 février dernier.

Comme d'habitude, des médailles et des récompenses en argent ont été distribuées aux auteurs des meilleurs mémoires envoyés sur la question mise au concours, aux nourrices les plus méritantes et aux personnes — médecins-inspecteurs, délégués et dames patronnesses — qui ont apporté à la Société le concours le plus efficace. Pour la première fois, la Société a pu, grâce à la prospérité croissante de sa situation financière, encourager par ses subsides l'allaitement maternel dans la classe ouvrière, où le dénûment est la cause ordinaire du placement des enfants chez des nourrices mercenaires, et souvent de leur abandon.

La Société protectrice de l'Enfance, reconnue comme établissement d'utilité publique, fait appel à la générosité et au patriotisme de tous, pour l'aider à accomplir son œuvre bienfaisante, qui a pour but l'amélioration de notre race et l'élévation de la population française, en décroissance depuis de longues années. Les résultats qu'elle a atteints jusqu'ici sont des plus satisfaisants, puisque la mortalité sur ses petits pupilles de 0 à 2 ans ne dépasse pas le chiffre de 12 p. 100.

Pour être admis dans la Société comme membre titulaire, il faut être présenté par un sociétaire. Le prix de la cotisation annuelle est de 10 francs pour les titulaires et de 6 francs pour les membres correspondants habitant hors de Paris. Ces cotisations peuvent être rachetées moyennant un versement, une fois fait, de 100 francs pour les titulaires, et de 60 francs pour les correspondants.

La Société accepte avec reconnaissance les dons qu'on veut bien lui adresser et qui figurent au Bulletin mensuel, envoyé gratuitement à tous les souscripteurs.

Son siége est rue Magnan, 5, près la place du Château-d'Eau.

Pour faire surveiller les enfants placés en nourrice loin de Paris, et recevoir tous les mois les renseignements émanant des médecins-inspecteurs, il suffit d'en faire la demande *en personne*. Les bureaux sont ouverts tous les jours de dix heures à quatre heures; les dimanches et fêtes de dix heures à midi.

Tous les services que rend la Société sont absolument gratuits.

La question mise au concours, cette année, est la suivante :

Des causes du rachitisme.

Le prix sera de 500 francs. — Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1872, au secrétaire général de la Société, M. le docteur Alexandre Mayer, rue Béranger, 17. — Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs.

Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et leur adresse, avec une devise répétée en tête de leur travail.

Le bureau de la Société pour 1872 est ainsi composé :

Président : M. le docteur Béclard, membre de l'Académie de médecine et du Conseil général de la Seine; *vice-présidents* : M. le docteur Mialhe, de l'Académie de médecine, et M. Lafitte Philippe; *secrétaire général* : M. le docteur Alexandre Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité; *secrétaires des séances* : MM. les docteurs Gibert et Duchesne; *trésorier* : M. Cesselin, avoué.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Maurin, médecin en chef de l'hôpital de Crest, décédé le 12 février 1872, dans sa 71e année.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 29. — SAMEDI 9 MARS 1872 — 45e ANNÉE — SAMEDI 9 MARS 1872. — N° 29.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Faits d'anatomie pathologique considérés dans leurs rapports avec les types pathologiques et l'étiologie morbide. — De quelques points de la physiologie de l'ovaire (M. Loumaigne). — Société de chirurgie. — Rapport au Président de la République. — Administration de l'Assistance publique de Paris : Concours. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Faits d'anatomie pathologique considérés dans leurs rapports avec les types pathologiques et l'étiologie morbide.

Il y a bientôt deux ans, nous signalions dans ces colonnes la publication des premières livraisons d'une œuvre très-remarquable, l'*Atlas d'anatomie pathologique* de M. le docteur Lancereaux, fait avec l'habile collaboration de M. Lackerbauer. Nous signalions surtout, comme un des mérites particuliers du texte de cet ouvrage, le caractère essentiellement médical que M. Lancereaux a su lui imprimer en cherchant toujours à rattacher les lésions constatées après la mort, non-seulement avec les symptômes morbides observés pendant la vie, mais encore avec les divers types pathologiques et avec l'étiologie morbide. Nous avons passé en revue, à cette époque, plusieurs séries de lésions décrites dans les premières livraisons, lésions appartenant principalement aux appareils digestifs.

Dans un article d'appréciation générale publié depuis, par l'un de nos collaborateurs, on a exposé sommairement le contenu des livraisons suivantes, où il était traité des lésions de l'appareil circulatoire, comprenant l'histoire des thromboses et embolies artérielles et veineuses, ainsi que des embolies capillaires, des lésions des appareils respiratoires, larynx, trachée, bronches et poumons, enfin des lésions des organes génito-urinaires.

L'ouvrage venant d'être complété par la publication récente des six dernières livraisons, nous ne voulons pas laisser échapper l'occasion de signaler dès à présent, sans préjudice d'autres points sur lesquels nous pourrons revenir, quelques-unes des parties les plus intéressantes qu'elles renferment, particulièrement ce qui est relatif aux lésions des appareils nerveux.

Nous nous circonscrirons aujourd'hui dans les lésions de l'encéphale, réservant pour une revue ultérieure ce qui concerne l'histoire si digne d'intérêt des lésions de la moelle.

Méningites.

M. Lancereaux divise naturellement les méningites, suivant que l'inflammation des méninges se traduit par des formations membraneuses ou par une suppuration, en méningites prolifératives et méningites suppurées.

Quoique peu nombreux (5 observations seulement), les faits de méningites prolifératives rapportés dans ce chapitre sont suffisants pour montrer qu'il existe entre eux des différences réelles en rapport avec leurs conditions originelles. La méningite alcoolique, par exemple, diffère des autres en ce qu'elle se localise à la convexité des hémisphères, engendre l'opalinité et l'épaississement des méninges molles ; qu'elle atteint quelquefois la dure-mère et produit la forme qui a été désignée sous le nom de pachyméningite hémorrhagique. La méningite tuberculeuse, au contraire, affecte la base de l'encéphale, la scissure de Sylvius, la grande fente cérébrale de Bichat et la toile choroïdienne, où elle se traduit expressément par de fines granulations miliaires grisâtres, ayant pour point de départ la tunique externe des artérioles de la pie-mère et pour siége les canaux péri-vasculaires de ces mêmes vaisseaux. Cette altération ne se rencontre qu'exceptionnellement à la convexité des hémisphères. La méningite syphilitique affecte de préférence la dure-mère, et donne lieu à des épaississements plus ou moins considérables, à des nodules gommeux dont le point de départ est tantôt le feuillet périostique, tantôt le feuillet arachnoïdien; elle ne se révèle jamais par les productions de la pachyméningite hémorrhagique. Elle se caractérise par une hyperplasie qui donne lieu à des épaississements diffus ou à de petites tumeurs jaunâtres avec adhérences habituelles des méninges à la substance cérébrale sous-jacente. Le siége de prédilection de cette méningite est la base de l'encéphale, principalement la protubérance dans le voisinage du tronc basilaire.

A côté de ces méningites vient se placer la méningite rhumatismale, se manifestant, dans certains cas de rhumatisme aigu, par une formation plus ou moins abondante de jeunes éléments accompagnés d'une riche injection avec fluxion méningienne ; et, dans des cas de rhumatisme chronique, par des productions membraneuses de la dure-mère analogues à celles de la pachyméningite hémorrhagique.

Ces quelques exemples montrent que la méningite ne constitue pas une individualité propre, mais qu'elle est l'expression pathologique de maladies diverses.

Il en est tout autrement des méningites suppuratives, qui reconnaissent pour cause soit un traumatisme ou l'action intense de la chaleur solaire, ou le transport d'un produit septique. Dans l'exemple unique que rapporte M. Lancereaux, la méningite suppurative était consécutive à une ostéite vertébrale.

Encéphalites.

Les encéphalites comme les méningites se manifestent sous deux formes différentes : les unes caractérisées par une hyperthrophie conjonctive avec tendance à une organisation définitive, se rapprochant ainsi des méningites membraneuses, encéphalites scléreuses ; les autres tendant à la suppuration.

M. Lancereaux rapporte divers cas d'encéphalites scléreuses qui permettent de suivre cette lésion dans toutes ses phases. Une première phase a pour caractère la multiplication des noyaux de la gangue conjonctive. Elle est suivie d'une seconde qui présente des éléments cellulaires et la transformation fibrillaire de la gangue. La troisième ne laisse rien voir que des éléments conjonctifs fibrillaires. Les éléments nerveux, qui, dans la première de ces phases, sont variqueux et faciles à rompre, subissent la transformation graisseuse, et l'atrophie dans les deux dernières où ils donnent naissance à la formation de corps granuleux. Enfin, sous le rapport étiologique, ces observations montrent que ce genre d'encéphalites peut être la traduction pathologique de la tuberculose, de l'alcoolisme, de la syphilis et même du rhumatisme, ajoute M. Lancereaux, mais sous une forme un peu dubitative.

Il importe de remarquer toutefois qu'un certain nombre d'encéphalites même assez fréquentes, telles que celles que l'on observe dans le bas âge, échappent à ces influences étiologiques spéciales et reconnaissent d'autres causes. — Ces causes ne sont pas indiquées. Il y a là une lacune.

Quant à l'encéphalite suppurée, dont il est cité un exemple consécutif à une lésion ancienne du coronal, elle est habituellement, comme la méningite suppurée, l'effet d'un traumatisme, d'une lésion suppurative du voisinage, de métastases purulentes, etc.

Hémorrhagies cérébrales.

Les faits relatés dans cette division montrent que l'hémorrhagie cérébrale est une affection complexe subordonnée à des altérations diverses susceptibles de se développer sous des influences multiples. « Liée, dans beaucoup de circonstances, à une artérite suivie ou non de dilatations anévrysmales, l'hémorrhagie cérébrale a pour siége de prédilection le corps strié ; plus rarement elle atteint la couche optique, la substance blanche des hémisphères, la protubérance et le cervelet. Dans ces conditions, le foyer hémorrhagique est généralement unique et étendu. Au contraire, les hémorrhagies dues à des lésions veineuses se présentent sous forme de foyers multiples peu volumineux occupant, soit la surface des hémisphères (obstruction des sinus), soit le corps strié, etc. L'obstruction veineuse concomitante de ces hémorrhagies, et souvent aussi le magma formé par le mélange de la substance nerveuse ramollie avec le sang extravasé sont des circonstances qui aident au diagnostic de cette forme d'altération. L'hémorrhagie qui reconnaît pour origine la dégénérescence des capillaires se traduit par un pointillé sanguin disséminé notamment dans les circonvolutions, sans altération nécessaire de leur substance. Enfin les hémorrhagies dans lesquelles l'absence des altérations connues des vaisseaux permet de soupçonner une modification du liquide sanguin sont constituées par des foyers multiples, plus volumineux que les précédents et souvent accompagnés d'exsudation sanguine dans la cavité arachnoïdienne. »

Les hémorrhagies encéphaliques présentent, comme on le voit encore et comme nous l'avons vu jusqu'à présent pour toutes les lésions que nous avons passées en revue, des différences en rapport avec la cause qui leur donne naissance. Il y a, en un mot, suivant Lancereaux, pour les hémorrhagies cérébrales des types distincts se reliant à une pathogénie et à une étiologie déterminées.

Embolies et ramollissement du cerveau.

Nous voici sur un terrain que M. Lancereaux, à la suite des anatomo-pathologistes allemands, a remué et fouillé avec une sorte de prédilection. On sait avec quelle persévérance il a cherché et saisi toutes les occasions de montrer la relation étroite qui existe entre certaines lésions de la substance cérébrale et l'oblitération des vaisseaux qui y portent le sang, entre le ramollissement cérébral et les embolies ou les thromboses des vaisseaux encéphaliques.

Les faits que M. Lancereaux rapporte dans ce travail font assister aux différentes phases du ramollissement cérébral consécutif à l'obstruction des artères, concordant en cela avec ceux qui sont consignés dans sa thèse inaugurale, et dont nous avons parlé dans le temps. Ils montrent, comme eux, que, dans les conditions ordinaires, la coloration de ce ramollissement était subordonnée à la durée de la lésion artérielle. D'après ces vues, ou plutôt d'après ces faits, les ramollissements rouge, jaune et blanc ne seraient pas des altérations distinctes, mais des degrés d'une même altération. L'oblitération et le rétrécissement des vaisseaux, voilà la grande cause du ramollissement cérébral ; mais, à côté du ramollissement par obstruction artérielle, il convient de placer celui qui survient quelquefois dans les cas de thrombose des sinus cérébraux. Le foyer ramolli est alors peu étendu, en général superficiellement situé et accompagné de petites hémorrhagies. L'altération des capillaires engendre aussi, dans des circonstances rares, des foyers multiples et peu étendus d'encéphalomolacie, etc. » C'est à une altération de ce genre que M. Lancereaux croit pouvoir attribuer ces petits foyers disséminés de ramollissement du cerveau qu'il a eu l'occasion de rencontrer chez plusieurs malades morts dans le marasme alcoolique.

Gangrène cérébrale.

Nous terminerons cette partie de notre excursion dans les dernières livraisons de l'atlas d'anatomie pathologique, en signalant un fait très-curieux, et que nous croyons assez rare, de gangrène cérébrale d'origine embolique.

Il s'agit d'un sujet opéré pour un cancroïde de la partie supérieure du cou par l'application des caustiques en flèche. Cet homme est pris d'hémorrhagie au moment de la chute de l'eschare. Quelques jours après, il est pris de délire, fièvre, paralysie incomplète, et il succombe. L'autopsie révèle l'existence de foyers gangréneux systématiquement disposés dans les cornes postérieures des hémisphères cérébraux. M. Lancereaux, se fondant sur cette circonstance qu'il n'a jamais trouvé de foyer gangréneux localisé uniquement dans le cerveau, et que tous les faits de gangrène cérébrale qui ont été publiés étaient secondaires, n'a pas hésité à admettre que, dans ce cas-ci, la gangrène était le résultat du transport de petits thrombus provenant du foyer gangréneux du cou. Sans contester tout ce que cette hypothèse a de probable, nous ne pouvons cependant l'accepter à d'autre titre que celui d'une hypothèse, la preuve n'en étant pas faite. Le fait ne nous en a pas paru moins digne d'être signalé.

DE QUELQUES POINTS DE LA PHYSIOLOGIE DE L'OVAIRE

Par le docteur LOUMAIGNE.

Rien n'entraîne plus d'erreurs que les rapprochements forcés. Quelques points de contact font qu'on assimile souvent, en physiologie peut-être plus qu'ailleurs, des organes et des fonctions plus remarquables par leurs différences. Tels sont à mes yeux l'ovaire et le testicule. Leur destination commune, *propagation de l'espèce,* n'empêche pas que les différences physiologiques qu'il y a entre eux ne soient tout aussi grandes que les différences anatomiques.

Le testitule est une véritable glande de sécrétion par ses fonctions comme par sa structure. En est-il de même de l'ovaire? Non. C'est un organe où, dès sa naissance, tout est préformé; C'est, si l'on veut, un terrain d'éclosion, où la graine déjà jetée n'attend que des circonstances pour ainsi dire *ambiantes* pour germer, mûrir et tomber.

Mais il y a une phrase banale qui court les livres et reparaît dans les discussions afférentes à notre sujet. «Les ovaires, a-t-il été dit, sont les testitules de la femme. » Partant de cette figure de rhétorique, des médecins même distingués, comme MM. Charrier et Chausit, veulent retrouver dans l'ovaire toutes les qualités du testicule et, en particulier, la sensibilité. Dans la discussion qui a eu lieu à la Société de médecine de Paris, à propos d'une observation de hernie ovarienne présentée par M. Antonin Martin, M. Chausit a voulu que l'ovaire offrît constamment la sensibilité *testiculaire*, et M. Charrier, sans nous donner ses observations, assure avoir toujours observé dans les hernies de l'ovaire cette sensibilité. Nous regrettons vivement de n'avoir pas eu connaissance de ces observations à l'époque où nous avons fait notre thèse sur la hernie de l'ovaire (Paris 1869).

Nous n'aurions pas mieux demandé que d'avoir à les discuter. Nous avons relevé avec soin toutes les observations de hernie de l'ovaire consignées dans les auteurs. Or, ces observations et celle qui nous est personnelle contredisent cette assertion. Nous avons vu la sensibilité ne s'y produire qu'accidentellement et d'une façon pathologique. Le cas, que nous avons observé avec le plus grand soin, nous a permis de constater que cette sensibilité normale dont on a doté l'ovaire est toute gratuite. L'ovaire paraît se comporter comme tous les autres viscères internes et en être dépourvu. J'ajouterai qu'il le fallait, à cause de sa situation intra-pelvienne et de ses fonctions. S'il est vrai que plusieurs femmes souffrent au moment des règles, rien ne dit que l'ovaire soit le siége de cette douleur. Cette souffrance vient d'une entrave *molimen hemorrhagicum.*

La plupart du temps, la congestion qui accompagne le développement de la vésicule de Graaf, l'ulcération qui suit sa déhiscence et sa chute passent parfaitement inaperçus. Comme je le dis à la fin de ma thèse, ne fallait-il pas que l'ovaire fût insensible pour que l'ovulation pût s'y accomplir sans souffrance? Qui admettrait une ovulation indolore siégeant dans un testicule?

L'ovaire hernié peut présenter, à un moment donné, une insensibilité absolue, ce qui prouve, avec toutes les raisons que je viens d'énumérer, que cette insensibilité est normale. Un autre fait physiologique très-intéressant que l'étude des hernies met en lumière, c'est l'absence de congestion appréciable des ovaires herniés accompagnant les menstrues. Cela tient-il à l'état herniaire de cet organe, ou bien à ce que normalement cette congestion périodique en change peu le volume? Peut-être que cela tient bien plus à l'absence du concours de la trompe de Fallope, dont le jeu est naturellement empêché.

Quoi qu'il en soit, l'étude des faits prouve qu'il ne faudrait pas attendre ce phénomène de congestion comme un signe pathognomonique pour diagnostiquer la hernie de l'ovaire. D'ailleurs, ce n'est pas l'ovaire qui se congestionne d'une façon palpable pendant les règles, mais bien l'utérus et en particulier sa muqueuse. Soit dit en passant, M. Brown-Séquard, dans son journal de physiologie (1868), rapporte un cas de persistance des menstrues après l'extirpation des deux ovaires par Storer.

Il est une congestion physiologique expliquée par l'existence des fibres de Rouget, dont l'ovaire est le siége. J'ai constaté dans ce cas qu'il m'a été donné d'observer, chez mon excellent maître, M. le professeur Dolbeau, une sorte d'éréthisme passager dû au massage de la tumeur. De mollasse qu'elle était devenue, une fois tous les accidents de congestion passés, les manœuvres de taxis la rendaient momentanément dure et tendue.

J'ai développé plus longuement, dans ma thèse inaugurale, tous ces points qui me paraissent avoir leur importance pour le physiologiste et le chirurgien.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 février 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*. — *L'Union médicale.* — La *Gazette hebdomadaire*. — *L'Art dentaire.* — Une brochure de M. Decroix, vétérinaire, intitulée : *Analogies entre le choléra et la peste bovine.* — Les travaux pour 1870-71 de la Société : *Pour l'avancement des sciences naturelles, médico-chirurgicales d'Amsterdam.*

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

M. LARREY présente un travail de M. le docteur Polazeck, intitulé : *De l'opportunité des grandes opérations*. Le même chirurgien offre à la Société une collection de thèses de chirurgie.

M. GIRAUD-TEULON présente un travail manuscrit de M. le docteur Monoyer, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, intitulé : De la cure radicale de certaines formes de tumeurs lacrymales au moyen de l'excision partielle du sac, du cathétérisme méthodique et des injections au sulfate de soude. (Commissaires : MM. Forget, Perrin, Giraud-Teulon.)

— M. DUBRUEIL, nommé membre titulaire, adresse à la Société une lettre de remercîments.

M. DELACOUR, de Rennes, nommé membre correspondant national, adresse une lettre de remercîments à la Société.

M. LEGOUEST adresse à la Société une lettre par laquelle il demande à être nommé membre honoraire.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Dubrueil à prendre place parmi ses collègues.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Cicatrice du cuir chevelu chez un nouveau-né.—M. TARNIER. J'ai revu ce matin le petit enfant que je vous ai présenté, et en examinant de très-près, je me suis assuré qu'il s'agissait bien réellement d'une cicatrice. Autour d'une partie déprimée du volume d'une lentille il y avait un cercle rouge, et le fond de la cicatrice était recouvert d'une pellicule, au-dessous de laquelle il y avait de

l'épithélium, comme celui qu'on rencontre sur les cicatrices encore jeunes.

M. GUÉNIOT demande si le travail a été long et s'il ne serait pas possible, dans ce cas, d'attribuer la cicatrice à une plaie faite pendant le travail. Dans ce cas, s'il y avait eu une plaie, il est possible qu'elle se soit cicatrisée rapidement. On sait que, chez les enfants, les plaies se cicatrisent vite, et le cuir chevelu, baigné dans les eaux de l'amnios, est dans des conditions de cicatrisation très-favorables, puisqu'il se trouve dans une atmosphère humide.

M. BLOT. Il n'est pas démontré que ce soit une cicatrice. Le tissu ne me paraissait pas évidemment une cicatrice; il y aurait donc quelques réserves à faire.

M. TARNIER. Il n'était pas possible de s'y méprendre; il y avait au fond d'une cavité une petite croûte, et au-dessous, une lame mince de tissu de cicatrice.

DISCUSSION

(Suite.)

Cas de mort subite attribuée au chloroforme ou à l'entrée de l'air dans les veines.— M. BLOT. M. Trélat, messieurs, a conclu comme il avait commencé, et dans sa réponse aux paroles de nos collègues, il est encore resté dans le doute, ne sachant si son malade avait succombé à l'entrée de l'air dans les veines ou au chloroforme. Pour moi, je vois de l'air dans les veines allant de la plaie au cœur chez un individu qui a succombé pendant l'application du chloroforme. Pourquoi ne pas admettre la mort par l'entrée de l'air dans les veines? Est-ce que chez un anémique qui succombe à une hémorrhagie nous méconnaissons que l'hémorrhagie est la cause de la mort? disons-nous que le malade est mort d'anémie? Le chloroforme a été pour quelque chose, certes; il a empêché l'individu de réagir contre les effets de l'entrée de l'air dans les veines. La mort a été rendue plus facile à cause de la résolution complète du malade, mais c'est l'entrée de l'air dans les veines qui est la cause première de la mort.

Les malades qui ne sont pas chloroformisés réagissent en effet contre l'introduction d'une petite quantité d'air dans les veines. J'ai observé un cas de ce genre. En administrant une douche utérine pour provoquer un accouchement prématuré chez une malade, à la Clinique, il y eut introduction d'air dans les veines, la malade suffoqua; elle put être rappelée à la vie par la flagellation. Ce qui me fait dire qu'il était entré de l'air dans les veines : c'est que le placenta était inséré sur le col. Nous avons vu avec MM. Tarnier et Bailly encore un cas analogue, il y a peu de temps. Cette fois, l'air était entré en grande proportion dans les vaisseaux veineux.

D'après les expériences de Martin-Magron, il paraît évident que l'air introduit dans les veines en petite quantité ne tue point, qu'il est brassé pour ainsi dire et répandu dans tout le corps et finit par être résorbé. On peut donc dire que chez le malade de M. Trélat il est entré un peu d'air dans les veines, et que si la mort est survenue, c'est parce que le malade était sous l'influence déprimante du chloroforme et qu'il n'a pu réagir.

M. PERRIN. Il n'est pas possible de se prononcer; au point de vue le plus strict, l'air qu'on a trouvé dans les vaisseaux ne convaincra personne. Toutes les fois qu'on interroge les vaisseaux après la mort, il y a des bulles d'air quand même il n'y aurait pas de traces de putréfaction. Il ne s'agit pas de savoir si les gaz contenus dans les vaisseaux ont tué le malade, lorsque nous savons comment le chloroforme cause des syncopes semblables à celle qu'a présentée le malade de M. Trélat. C'est tout ce qu'on peut affirmer en serrant le fait de très-près.

Je dois dire toutefois que j'ai accentué l'interprétation de mort par le chloroforme sans me dissimuler que nous manquons ici de point de départ certain, puisque les gaz contenus dans le cœur n'ont pas été analysés. Dans la dernière séance, j'ai cité des expériences, et j'ai dit que les sinus crâniens et les veines rachidiennes étaient les parties du système veineux que l'air pénétrait le plus facilement; M. Le Fort rejette ces sources d'information, mais j'aime mieux cela qu'une affirmation ou des affirmations.

M. Le Fort a cité un cas de mort pendant la trachéotomie; ce fait n'a aucune signification, car on sait que, quand il y a des perturbations du côté de la trachée, il peut y avoir une mort foudroyante qui est la syncope et est différente de l'asphyxie. D'autre part, lorsqu'on opère sur les voies respiratoires, si le sang pénètre dans les voies aériennes, il y a mort par asphyxie bien plus facilement que par introduction de l'air dans les veines.

M. DEMARQUAY. Le malade de M. Trélat me paraît être mort par le choroforme. J'ai vu avec Blandin des animaux tués par l'air introduit dans les veines; le sang de ces animaux était spumeux, et il avait fallu une grande quantité d'air pour les tuer. Chez l'homme, il peut entrer un peu d'air dans les veines sans qu'il y ait des accidents.

J'ai renouvelé des expériences sur les animaux; mais dans ces expériences j'avais ouvert le sternum, de sorte que je ne tiens pas les résultats pour très-concluants. Je rappellerai seulement que, pour bien apprécier la quantité d'air contenue dans les vaisseaux, il faut faire l'autopsie sous l'eau.

A un autre point de vue, je dirai que nous devons, à mon avis, changer notre manière de donner le chloroforme; au lieu du cornet et des compresses, sur lesquelles on verse du chloroforme et qui suffoquent le malade, je me sers, pour ma part, de l'appareil d'Esasrh, où l'on emploie très-peu de chloroforme, où l'on dose pour ainsi dire ce que l'on administre.

M. LE FORT. Les deux thèses peuvent se soutenir : la mort par entrée de l'air dans les veines et la mort par le chloroforme. Je réponds à M. Perrin que les expériences sur les animaux sont un danger pour la clinique, et qu'il vaut mieux un bon nombre d'observations sur lesquelles on raisonne. Les expériences sur les animaux conduisent à admettre, par exemple, que les veines cervicales ne sont pas disposées pour se laisser pénétrer par l'air, quand la clinique nous montre, au contraire, que le fait existe pour l'homme. J'ai, d'autre part, des observations de mort par le chloroforme chez l'homme. Je n'ai donc pas besoin d'essayer l'effet du chloroforme sur les lapins. J'aime mieux analyser des observations.

Il y a des arguments pour l'entrée de l'air dans les veines chez le malade de M. Trélat, c'est l'air dans les vaisseaux qui partent de la plaie; l'argument contre est qu'il n'y en avait pas assez. C'est encore ce fait, que l'on a pu espérer rappeler le malade à la vie.

La manière dont est mort le malade de M. Trélat est différente du mode de mort par le chloroforme. Je m'explique. Sans rentrer ici dans la discussion ancienne, je dirai que, suivant mes recherches personnelles, on meurt de quatre manières : par suicide, c'est-à-dire asphyxie (les malades sont trouvés morts avec une compresse sous le nez); par arrêt du cœur (pendant la période d'excitation, le malade se met sur son séant et retombe mort); par occlusion de l'orifice laryngien (pendant la période de résolution, la langue, paralysée, retombe sur la glotte et cause l'asphyxie); par syncope, enfin, principalement lorsqu'on chloroformise les malades assis.

Dans certains cas de mort, peut-on dire que l'action du couteau ne provoque pas une action réflexe, l'arrêt du cœur en particulier? Le chloroforme n'abolit pas les actions réflexes, pas plus que l'ivresse, à laquelle le sommeil chloroformique peut être comparé : les ivrognes, en effet, marchent, se battent, cassent ce qu'ils trouvent, sans en avoir gardé le moindre souvenir le lendemain. Si le malade de M. Trélat a succombé en présentant encore des battements du cœur, si légers qu'ils soient, il est probable que la cause de la mort n'est pas la syncope.

Pour rappeler à la vie les malades, je partage l'avis de mes collègues sur l'insufflation de bouche à bouche; elle est mauvaise. L'insufflation à l'aide d'une sonde n'est pas pratique; on n'a pas toujours une sonde sur soi. La respiration artificielle est bonne, mais le procédé de Silvestre est préférable à celui de Marshal Hall; mes expériences me prouvent que le procédé de Silvestre fait entrer de l'air dans la poitrine.

M. DESPRÉS. Plusieurs de nos collègues regardent comme positif que M. Trélat a trouvé de l'air dans les veines, depuis la plaie du cou jusqu'au cœur. Ceci n'est rien moins que démontré. Le procès-verbal renferme ces mots : il y avait un caillot dans la veine coupée ; il allait depuis la plaie jusqu'à la veine jugulaire. La veine jugulaire renfermait du sang noir entremêlé de quelques bulles claires.

L'argument capital, invoqué par plusieurs de nos collègues, est donc beaucoup diminué. Je pense, pour ma part, que le malade est mort du chloroforme.

M. TRÉLAT relit le passage de l'observation relatif à l'autopsie des veines. La veine jugulaire renfermait de l'air, surtout à la partie inférieure, et il y avait de l'air dans le cœur droit; il y en avait même dans la veine du médiastin.

M. PERRIN. Je ne veux pas rentrer dans la discussion des causes de la mort par le chloroforme. Je n'accepte pas la classification de M. Le Fort. Le chloroforme agit comme un poison : il suspend les mouvements du cœur, arrête la respiration, parce qu'il empoisonne. Quant à l'occlusion du larynx, elle n'est qu'une cause surajoutée aux troubles respiratoires.

La respiration artificielle à l'aide d'un tube trachéal et d'un soufflet est le meilleur mode de respiration artificielle, et loin de dire qu'elle n'est pas pratique, je dirai qu'on ne devrait jamais chloroformiser un malade sans avoir sur soi un tube à insufflation. Il ne faudrait pas non plus élever trop au-dessus du procédé de Marshall Hall celui de Silvestre; Marshall Hall élève les bras et fait exécuter un mouvement de rotation au tronc du malade à chaque inspiration et expiration provoquées. Le malade est sur le ventre pour l'expiration et sur le côté pour l'inspiration.

M. GIRALDÈS. Je ne rentrerai point dans la discussion du fait. Je tiendrai compte seulement de l'air qui a été trouvé dans le cœur, car je ne crois pas que cet air soit le résultat de la putréfaction. Le chloroforme lui-même n'est pas étranger à la mort, aussi serais-je porté à penser qu'il faut invoquer l'une et l'autre cause pour expliquer la mort.

M. SÉE. M. Trélat nous a dit qu'il y avait de l'air dans une veine du médiastin. Je ne m'explique pas comment il y serait venu de la plaie.

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire annuel : ARMAND DESPRÉS.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE

Paris, le 29 février 1872.

Aux termes d'un arrêté des consuls, en date du 24 thermidor an VIII, confirmé par une ordonnance royale du 25 novembre 1814, les hospices civils sont tenus de recevoir et de traiter les soldats malades dans les places de guerre ou les villes de l'intérieur où il n'y a pas d'hôpital militaire, et le fonctionnement du service des salles militaires dans ces établissements de bienfaisance a été réglé par une législation remontant à la même époque.

Bien que n'ayant pas été abrogée depuis, cette législation est néanmoins tombée peu à peu en désuétude, et cette situation a donné lieu, dans les dernières années surtout, à des difficultés sérieuses entre l'autorité militaire et les commissions administratives.

Pour faire cesser un état de choses qui nuit à la bonne exécution du service et pour arriver à établir une réglementation qui, en précisant les droits et devoirs de chacun, régisse d'une façon absolue les conditions de fonctionnement du service de santé militaire dans les hospices civils, nous avons jugé utile de faire préparer contradictoirement le travail de révision de la législation actuellement en vigueur, ainsi que celui des tarifs de remboursement des journées de traitement, par une commission mixte dans laquelle seraient représentées les deux administrations civile et militaire.

Nous avons l'honneur de prier M. le Président de la République de donner son approbation à cette mesure, et d'arrêter que la commission sera composée ainsi qu'il suit :

Pour l'administration militaire :

MM. Blondeau, intendant général ;
Blaisot, intendant militaire;
Baron Larrey, médecin inspecteur, président du conseil de santé;
Poggiale, pharmacien inspecteur, membre du conseil de santé;
Le Grand (Louis), chef du bureau des hôpitaux au ministère de la guerre, secrétaire;

Pour l'administration civile :

MM. Wion d'Ouzy, chef de la division communale et hospitalière au ministère de l'intérieur;
Bucquet (Paul), inspecteur général de première classe des établissements de bienfaisance;
Claveau, inspecteur général de première classe des établissements de bienfaisance ;
Le docteur Barth, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine ;
Chevalier (Alexis), chef du bureau des hospices au ministère de l'intérieur.

La présidence de la commission sera confiée à M. l'intendant général Blondeau.

Le ministre de l'intérieur, VICTOR LEFRANC. *Le ministre de la guerre,* DE CISSEY.

Le Président de la République,
A. THIERS.

En conséquence des dispositions qui précèdent, le ministre de la guerre croit devoir informer MM. les préfets et les commissions administratives des hospices civils que les demandes d'augmentation de prix de journée qui ont pu ou pourraient lui être adressées devant être subordonnées aux décisions de la commission mixte, l'instruction en sera ajournée jusqu'à ce que le travail de ladite commission soit terminé.

Administration de l'Assistance publique de Paris.

CONCOURS

Un concours public pour la nomination à trois places de chirurgien au Bureau central sera ouvert le lundi 8 avril 1872, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le vendredi 8 mars 1872, et sera clos le lundi 25 mars, à trois heures.

CONDITIONS DU CONCOURS.

Extrait du règlement sur le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Les chirurgiens qui se présentent au concours pour les places du bureau central doivent justifier de cinq années de doctorat.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifieront de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices en qualité d'élèves internes.

Sera dispensé de justifier d'une année de doctorat le candidat qui aura obtenu la médaille d'or au concours des prix des internes de

troisième et de quatrième année s'il compte quatre années d'internat.

Les candidats qui désirent prendre place au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne peut être accueillie.

Le jury du concours est formé dès que la liste des candidats a été close.

Cinq jours après la clôture des listes d'inscription, chaque candidat peut se présenter au secrétariat général de l'administration pour connaître la composition du jury.

Si des concurrents ont à proposer des récusations, ils forment immédiatement une demande motivée par écrit et cachetée, qu'ils remettent au directeur de l'administration. Si, cinq jours après le délai ci-dessus fixé, aucune demande n'a été déposée, le jury est définitivement constitué, et il ne peut plus être reçu de réclamation.

Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Le jury des concours pour les places de chirurgie du bureau central se compose de six chirurgiens et d'un médecin, en tout sept membres, qui sont pris parmi les chirurgiens et médecins des hôpitaux en exercice ou honoraires.

Lorsque le nombre des places mises au concours sera de trois, le nombre des membres du jury sera augmenté de deux chirurgiens.

Les épreuves du concours pour les places de chirurgien au bureau central d'admission sont réglées de la manière suivante.

Épreuves d'admissibilité. — 1° Une épreuve clinique sur un seul malade : il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion;

2° Deux opérations sur le cadavre;

3° Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie : il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon.

Épreuves définitives. — 1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et de pathologie : il sera accordé trois heures pour cette composition;

2° Une épreuve clinique sur un seul malade : il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour la dissertation orale devant le jury, après cinq minutes de réflexion;

3° Une consultation écrite sur un malade, pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après dix minutes d'examen; cette consultation sera lue immédiatement.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Épreuves d'admissibilité.

Pour l'épreuve clinique.	20 points.
Pour les deux opérations sur le cadavre. . .	30 points.
Pour l'épreuve théorique.	20 points.

Épreuves définitives.

Pour la composition écrite.	30 points.
Pour l'épreuve clinique.	20 points.
Pour la composition écrite.	20 points.

Les épreuves de la première série sont communes à tous les concurrents.

Toutefois, lorsque le nombre des candidats inscrits pour les concours aux places de chirurgien dépassera vingt-quatre, chacune des épreuves de la première série sera éliminatoire. A la suite de la première épreuve, les candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points seront éliminés jusqu'à concurrence du quart du nombre total. A la suite de la deuxième épreuve, une élimination semblable aura lieu jusqu'à concurrence du quart des concurrents restants. La troisième épreuve fixera le nombre réglementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives.

Dans les deux premières épreuves, le jury aura la faculté d'étendre l'élimination à un plus grand nombre de candidats.

Les épreuves de la seconde série sont subies seulement par les candidats qui ont été déclarés admissibles.

Paris, le 24 février 1872.

Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique,

Signé : BLONDEL.

Pour copie conforme :

Le secrétaire général,
BAILLY.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 mars, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. Malingre, ex-chirurgien-major au 89e bataillon des gardes nationales de la Seine. — A assisté à toutes les sorties de son bataillon et s'est fait remarquer par ses soins assidus aux blessés dans les ambulances.

M. le docteur Thermes, ex-chirurgien-major au 5e bataillon des gardes nationales de la Seine. — S'est distingué au combat de Montretout. Soins actifs et très-intelligents donnés aux blessés.

M. Mettais, ex-chirurgien-major du 46e bataillon des gardes nationales de la Seine. — Services actifs et dévoués à l'ambulance militaire de la rue Perceval. Arrêté par les insurgés et condamné à être fusillé, n'a dû son salut qu'à l'arrivée des troupes de Versailles.

M. Roques, médecin à Chartres (Eure-et-Loir). — Dévouement exceptionnel envers les blessés et les malades pendant la guerre et l'occupation.

M. Dubuc, médecin à Paris, chirurgien du 137e bataillon pendant le siége. — A dirigé deux ambulances avec zèle et dévouement.

M. Arnoult, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois. — A fait preuve d'un grand dévouement pendant la guerre en soignant les blessés accumulés à l'Hôtel-Dieu.

M. Yvonneau, médecin à Blois. — Soins donnés aux blessés à l'ambulance du château. 25 ans de services.

M. Liébault, médecin à Versailles. — Services signalés dans les ambulances volantes. Soins donnés aux réfugiés à Versailles pendant l'occupation.

M. Rémilly, médecin de l'hôpital civil de Versailles. — Soins donnés aux blessés et aux malades pendant toute la durée de la guerre et de l'insurrection.

M. Colin, fabricant d'instruments de chirurgie à Paris. — Services exceptionnels pendant le siége.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La deuxième série des conférences commencera lundi prochain 11 mars, à huit heures du soir. Les leçons auront lieu dans l'ordre suivant :

M. Paul : lundi et jeudi (grand amphithéâtre). Des applications de l'électricité à la thérapeutique.

M. Lannelongue : mardi et samedi (grand amphithéâtre). Septicémies chirurgicales.

M. Gautier : Mercredi et vendredi (petit amphithéâtre). Des aliments et de la nutrition.

— M. le docteur Aimé (Martin) vient d'être nommé médecin adjoint de la prison de Sainte-Pélagie.

— *École préparatoire de médecine de Dijon.* — M. Gautrelet, suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé pro-

fesseur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à ladite école, en remplacement de M. Lépine, décédé.

— *École de médecine de Lille.* — M. Paquet, professeur adjoint de clinique externe, chargé du cours d'anatomie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire à ladite école.

— *Lycée de Reims.* — M. Galliet, médecin adjoint au lycée de Reims, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Hennequin.

M. le docteur Luton est nommé médecin adjoint du lycée de Reims, en remplacement de M. le docteur Galliet.

— *Bibliothèque nationale.* — M. le docteur Rathery, ancien interne des hôpitaux, est nommé médecin adjoint de la Bibliothèque nationale.

— *Le budget de la science en Angleterre.* — Voici, d'après la revue anglaise *The Nature*, un aperçu des sommes que le gouvernement anglais consacre au progrès des sciences : pour le *British Museum*, 100,000 livres sterling; pour le musée de Kensington, 92,000 livres; pour des observations météorologiques, 20,000 livres; pour des recherches géologiques, 20,900 livres; pour le jardin botanique de Kiew, 22,075 livres; pour celui d'Édimbourg, 1,931 livres; pour celui de Dublin, 1,892 livres. — Total : 248,798 livres sterling ou 6,219,950 francs. Il faut y joindre les nombreux subsides accordés aux Universités et aux Institutions particulières, la valeur locative des bâtiments et des jardins, ainsi que les sommes importantes dépensées pour les voyages d'exploration et de découvertes géographiques.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 30. — MARDI 12 MARS 1872. 45e ANNÉE. MARDI 12 MARS 1872. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saint-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES CLINIQUES. De la nature et du traitement de l'ostéo-périostite progressive phosphorée (M. Richet).—Trépanation ; aphasie ; abcès du cerveau (M. Boinet). — ACADÉMIE DES SCIENCES. — Variétés : De la variole inoculée (M. Netter). — Nouvelles.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

De la nature et du traitement de l'ostéo-périostite progressive phosphorée (nécrose phosphorée des mâchoires).

(Leçon recueillie par M. POZZI, aide d'anatomie de la Faculté, interne du service.)

Messieurs, la malade qui fera le sujet de notre entretien me fournit l'occasion de discuter devant vous un important problème de thérapeutique chirurgicale. L'affection phosphorée des mâchoires, ou, suivant la dénomination généralement adoptée, la *nécrose phosphorée* doit en effet à sa date récente de présenter encore dans son étude bien des points obscurs et discutés. Je ne saurais avoir le dessein de les aborder tous aujourd'hui. Je me bornerai à ceux qui intéressent le plus tout à la fois le savant et le praticien, à savoir la physiologie pathologique et le traitement. Aussi bien, ces deux questions n'en forment-elles réellement qu'une. Et là encore, comme en mainte occasion, je vous montrerai quel profit l'intervention chirurgicale peut retirer de l'étude des symptômes éclairée par la connaissance des faits physiologiques.

Mélanie S... est entrée dans nos salles le 26 janvier. Cette jeune femme, âgée de 21 ans, est fortement constituée et présente tous les attributs d'une excellente santé. Elle rentre donc dans la catégorie des malades dont a parlé Lailler dans la thèse de M. Trélat, et chez lesquels l'affection locale n'a aucun retentissement général.

Depuis l'âge de 11 ans, il y a donc une dizaine d'années, elle travaille à mettre en boîtes des allumettes chimiques au phosphore blanc. Il y a six ans, ses dents ont commencé à se gâter; depuis un an seulement les gencives des incisives supérieures gauches sont devenues saignantes et douloureuses, et les dents se sont ébranlées. Puis, les molaires du même côté ont présenté les mêmes symptômes, et avec cette particularité que, tandis qu'ils se calmaient au niveau des incisives, ils présentaient une intensité croissante au niveau des molaires. Plusieurs abcès se sont successivement ouverts en ce point, derrière l'arcade alvéolaire.

Toutefois, la santé générale n'étant pas altérée, la malade continuait ses travaux. Il a fallu que les douleurs prissent une grande acuité, que du gonflement apparût à la joue, pour effrayer enfin la malade et la décider à entrer à l'hôpital.

Voici l'état qu'elle présentait alors : on remarquait tout d'abord une légère tuméfaction de la joue gauche ; la pression était douloureuse le long de la branche montante du maxillaire.

L'examen de la bouche montrait un grand nombre de dents gâtées, savoir : 2 molaires à la mâchoire inférieure, d'ailleurs saine ; 6 dents cariées et réduites à des chicots, à la mâchoire supérieure, dont 2 au maxillaire droit et 4 à gauche, où il n'y avait plus comme entièrement saine que la dernière molaire, demeurée seule solide dans son alvéole ; les deux incisives étaient saines, mais mobiles, et la deuxième petite molaire, qui n'était également pas gâtée, était tellement ébranlée, qu'une légère traction eût suffi pour l'arracher. La partie du rebord alvéolaire où s'implantent les deux incisives était gonflée, douloureuse à la pression, mais les gencives n'étaient ni fongueuses ni saignantes.

Il n'en était pas de même dans l'espace compris entre elles et la dernière grosse molaire. Là, on voyait les gencives ramollies et tuméfiées, saignant au moindre contact ; le bord alvéolaire, considérablement augmenté de volume, fléchissait sous le doigt, et cette altération s'étendait en arrière sous la voûte palatine, où siégeait une fistule. Le stylet ne trouvait aucune mobilité du séquestre.

Les douleurs que ressentait la malade étaient vives, pongitives, et troublaient son sommeil.

Elle fut mise en observation ; au bout de peu de jours il devint évident que, loin de s'amender, les symptômes prenaient une intensité croissante. Les douleurs augmentaient, et en même temps le gonflement de la joue. L'apophyse montante du maxillaire semblait envahie par le mal. En outre, un peu de sang rendu par le nez nous faisait craindre que le sinus maxillaire ne se prît. Cependant il n'y avait aucune mobilisation du séquestre. Fallait-il attendre, fallait-il agir ?

C'est ainsi, messieurs, que les chirurgiens se divisent.

Lorinser (de Vienne), qui le premier, après Bricheteau, étudia la *nécrose phosphorée*, établit, comme règle générale, qu'il fallait toujours, avant d'agir, attendre l'isolement et la mobilité du séquestre. Telle est aussi l'opinion soutenue avec talent par M. Trélat dans une excellente thèse de concours. Suivant lui, lorsqu'on opère avant que la nécrose soit limitée, on s'expose à faire trop ou trop peu. — Le plus souvent on n'atteint pas les limites du mal. Il reste quelque portion malade, « quelque germe

de recrudescence. » Ces idées, défendues aussi par M. Lailler, ont été adoptées par les chirurgiens anglais.

Certes, messieurs, il n'est pas étonnant qu'une opinion appuyée sur de pareilles autorités ait servi de règle à la pratique de presque tous les praticiens; et cependant, ainsi que je le professe depuis quelques années, rien, dans l'étude des phénomènes morbides, ne légitime cette opinion; rien n'est, on peut le dire, moins rationnel, et je vous propose de lui substituer l'indication suivante : l'extraction du séquestre doit être faite dès que ce séquestre est reconnu.

Vous êtes peut-être surpris, messieurs, de m'entendre formuler un principe qui est en opposition aussi formelle non-seulement avec les idées reçues sur la nécrose phophorée, mais encore avec les préceptes thérapeutiques relatifs aux nécroses en général; aussi ai-je besoin, pour être compris de vous, d'entrer dans quelques développements au sujet de la nature ou de la pathogénie de l'affection phosphorée des mâchoires.

Si je ne traite pas la *nécrose phosphorée* comme on traite et comme je traite moi-même les nécroses en général, attendant la mobilité du séquestre pour l'extraire, c'est que, pour moi, la prétendue nécrose phosphorée n'est pas une nécrose.

La production de séquestres n'est pas dans cette affection le phénomène initial, caractéristique; c'est, si je puis ainsi dire, un épiphénomène, un accident, une conséquence d'un processus morbide qui domine la scène, je veux parler de l'*ostéopériostite progressive*.

Jetons un coup d'œil sur la marche des accidents.

Sous l'influence irritante des vapeurs phosphorées qui trouvent un véhicule dans la salive et une porte d'entrée dans la carie dentaire, le périoste de l'alvéole s'enflamme. Tel est le symptôme initial : les dents deviennent douloureuses, les gencives gonflées et saignantes. Les auteurs du Compendium les premiers ont bien indiqué la valeur du crachement de sang qui marque le début des autres accidents. Bientôt l'inflammation, gagnant en profondeur, envahit la couche ostéogénique qui tapisse la face profonde du périoste (Robin). La maladie entre dans une nouvelle phase. La périostite se complique d'ostéite. C'est alors que se produit un troisième phénomène, conséquence immédiate de ceux que nous venons d'étudier.

Par suite du travail inflammatoire continuellement entretenu par l'action nocive des liquides buccaux altérés, l'os se raréfie d'abord, puis se nécrose. Le séquestre, ainsi formé lentement après une ostéite raréfiante, présente un aspect qui, sans être absolument spécial à l'affection phosphorée, s'y rencontre avec assez de constance pour avoir attiré l'attention des auteurs. Il est formé d'un tissu spongieux, criblé de trous, et, suivant l'expression pittoresque de Gerdy, ressemble à un *madrépore*.

Vous n'ignorez pas, messieurs, qu'une des propriétés les plus intéressantes du périoste, ou pour mieux dire de la couche osseuse qui lui est immédiatement sous-jacente, est de travailler sans cesse au maintien de l'intégrité du squelette ou à la réparation de ses pertes. Aussi, pendant que la mortification de l'os se produit, un travail inverse de réparation s'effectue. Telle est l'origine des productions osseuses nouvelles décrites sous le nom d'*ostéophytes phosphorées*, et qu'il serait peut-être préférable d'appeler simplement *néossites*. Ce qui fait le caractère spécial de ces productions périostales dans l'ostéo-périostite phosphorée, c'est leur peu de stabilité, leur résorption consécutive. Il semble que l'inflammation, incessamment activée par les liquides buccaux, ne leur laisse point un répit suffisant pour parvenir à un état d'organisation durable. L'ostéite raréfiante attaque le nouvel os comme l'ancien, et en amène la caducité. De là le caractère incomplet et partiel de la régénération des maxillaires détruits, dont un exemple remarquable était présenté, au mois de décembre de l'année dernière, par M. Alph. Guérin, à la Société de chirurgie.

Un autre résultat de cette action continue et persistante de l'ostéo-périostite phosphorée est sa tendance à l'envahissement. Non-seulement on voit l'altération se propager d'un maxillaire supérieur à celui de l'autre côté, mais on la voit attaquer les os voisins : les molaires, les palatins, les cornets, le vomer, l'ethmoïde. On a même observé l'envahissement du frontal, du sphénoïde, du temporal (Trélat) et de l'occipital (thèse de Haltenhoff). Toutefois, de pareils faits sont exceptionnels; dans la majorité des cas, si le malade est soustrait aux mauvaises conditions hygiéniques, la guérison s'effectue spontanément par l'élimination des séquestres.

Nous venons de parcourir, messieurs, le cycle de la maladie. Je vous ai montré que, dans l'*ostéo-périostite phosphorée*, la nécrose n'occupait qu'un des côtés du tableau, qu'elle était précédée et suivie de phénomènes bien autrement caractéristiques. Nous avons été ainsi amenés à changer le nom de la maladie, comme nous avons changé son mode de traitement.

Hâtons-nous de le dire, nous n'avons pas été seul à émettre de pareilles vues. M. Maisonneuve, M. Verneuil, M. Guérin, en France; Langenbeck, Pitta et Billroth, en Allemagne, ont adopté une pratique analogue à celle que je conseille depuis plus de dix ans. Vous devrez la suivre, messieurs, toutes les fois qu'une portion un peu considérable de l'os est atteinte et que la maladie menace de se prolonger longtemps encore avant la limitation du séquestre. En enlevant celui-ci de bonne heure, vous débarrasserez les parties malades d'un corps étranger dont l'imprégnation par les liquides buccaux fait un véritable foyer d'infection; vous diminuerez la suppuration qui empoisonne le malade, et enfin vous calmerez ses douleurs.

Notre malade vous fournit un exemple de ces résultats. Nous avons, avec la pince de Liston, enlevé un volumineux séquestre encore immobile. Le sinus maxillaire a été ouvert; un tube à drainage recourbé en anse y a été placé pour faire des injections détersives.

Dès le lendemain, à la visite, vous avez pu constater une diminution dans le gonflement de la face, et vous avez entendu la malade se féliciter de son soulagement immédiat.

De pareils avantages suffiraient déjà à faire adopter définitivement cette pratique, mais elle en a un autre encore qui n'est pas le moindre à mes yeux : c'est qu'elle s'adresse à la maladie elle-même, à l'ostéo-périostite qu'elle saisit corps à corps pour la combattre, et non pas seulement à un symptôme, à la nécrose accomplie. Aussi le traitement de notre malade ne sera-t-il pas borné à l'opération qu'elle a subie.

Je me propose d'attaquer consécutivement ce qui persistera de la maladie, soit par ma méthode de l'*igni-puncture*, soit par des perforations multiples analogues à ce que M. Laugier a préconisé sous le nom de saignée des os.

J'aurai pour but, en agissant ainsi, de provoquer dans les tissus enflammés une révulsion puissante qui devienne l'origine d'un travail réparateur, de sorte que, non contents d'avoir soulagé la malade par l'opération pratiquée récemment, nous puissions encore enrayer la marche envahissante de l'affection et amener sa guérison définitive. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer cet heureux résultat.

En terminant, messieurs, je veux encore fixer votre attention sur le nom d'*ostéo-périostite progressive*, que je vous propose de substituer à celui de *nécrose phosphorée*. Si quelques-uns d'entre

vous se méprenaient sur l'importance de ce changement, ils connaîtraient mal l'influence des mots sur les idées. Pour moi, je demeure convaincu que, si l'affection phosphorée des mâchoires est encore imparfaitement traitée par beaucoup de chirurgiens, cela tient aux idées fausses sur sa pathogénie qu'une désignation mauvaise a fait naître; et, pour me résumer en un mot, c'est parce qu'on l'a mal nommée, qu'on l'a mal soignée.

Depuis que cette leçon a été faite, l'igni-puncture a été pratiquée en deux points. Une première aiguille a été enfoncée immédiatement en arrière des deux incisives; une seconde a été portée en dehors de la canine supérieure gauche. Les os ont été profondément traversés. Au moment où nous écrivons (quatre jours après l'opération), une diminution notable du gonflement s'est manifestée, et tout permet d'espérer que la méthode du professeur Richet comptera bientôt un nouveau succès.

TRÉPANATION. — APHASIE. — ABCÈS DU CERVEAU.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 21 février 1872, par M. Boinet.)

La première partie de cette observation a été communiquée à la Société de chirurgie dans la séance du 5 avril 1871, et publiée dans le n° 74 de la *Gazette des hôpitaux* le 22 juin suivant. Voici la suite de l'observation :

L'état de ce malade m'inquiétait; je priai M. Larrey de venir le voir pour me donner son avis sur l'opportunité d'une trépanation. M. Larrey fut d'avis qu'on pouvait attendre; mais, depuis la visite, les accidents s'aggravèrent.

Vers la fin du mois de mars survinrent des phénomènes nouveaux : en même temps que l'écoulement du pus par le trajet fistuleux était beaucoup moindre, la somnolence devenait beaucoup plus marquée; le blessé perdit la gaieté, devint paresseux, indifférent aux choses qui l'entouraient; il restait volontiers étendu sur son lit, dans un état d'assoupissement dont on avait peine à le tirer, même aux heures des repas; il accuse également des maux de tête, une céphalée assez vague, contre laquelle les révulsifs restent sans action. La paralysie présentait néanmoins peu de changement; il avait seulement un peu plus d'abaissement de la commissure labiale gauche et un peu plus d'affaiblissement dans le membre supérieur du côté opposé. L'aphasie existait comme par le passé; mais, en raison de son état comateux, le malade se prêtait moins à prononcer les syllabes qu'on s'efforçait de lui faire dire.

En présence de ces phénomènes comateux, coïncidant avec une diminution très-appréciable de l'écoulement du pus par la fistule, il fut rationnel de songer à une compression du cerveau par rétention du pus dans un foyer. L'opération du trépan fut donc décidée et pratiquée le 3 avril par M. Boinet.

Cette opération a présenté quelques difficultés. Appliqué sur des portions osseuses rugueuses qui avaient été fracturées et enfoncées par le coup de sabre, et qui étaient mal soudées entre elles, l'instrument glissa légèrement; une rondelle osseuse de la table externe fut sciée et on reconnut qu'elle était séparée de la table interne, qui était fracturée en plusieurs esquilles qui furent retirées avec des pinces, et la dure-mère fut mise à nu.

L'ouverture faite avec le trépan était régulièrement arrondie, mousse et de la grandeur d'une pièce de 1 franc environ; en enlevant les esquilles, quelques fragments des méninges qui y adhéraient se détachèrent, et le cerveau, dans cette petite étendue, se trouva mis à nu; il ne s'écoula pas une seule goutte de pus.

On constata tout autour de l'ouverture faite par le trépan l'adhérence des méninges autour de la voûte crânienne, adhérences qui empêchèrent le cerveau de faire hernie et de l'explorer tout autour. Le bout du petit doigt, introduit dans l'ouverture jusque sur le cerveau, ne constata aucune fluctuation, et on recula devant l'idée de plonger le bistouri, sans indications plus précises, dans le cerveau. On attendit, espérant d'ailleurs que le pus, qui s'écoulait déjà par une fissure à travers les os, s'écoulerait bien plus facilement alors que le crâne était largement ouvert et que l'ouverture qu'on supposait exister à la dure-mère, qu'on n'avait pas pu constater, laisserait le pus s'écouler d'une manière facile et continue.

Le lendemain, 4 avril, coma plus prononcé encore que les jours précédents, phénomènes paralytiques plus marqués, fièvre intense, quelques nausées et vomissements; le cerveau s'est un peu engagé dans l'ouverture du trépan et fait légèrement saillie; on y sent des battements, mais il ne s'est point écoulé de pus et on ne peut retrouver le petit pertuis par lequel on enfonçait, les jours précédents, un stylet à 5 centimètres de profondeur. Le soir, on constate le début d'un érysipèle de la face.

Le 5 avril, coma profond, paralysie complète de la face et du bras droit, incomplète du membre inférieur du même côté; l'érysipèle a envahi tout le côté de la tête. Badigeonnage avec la teinture d'iode; le soir, une attaque d'épilepsie.

Les jours suivants, les phénomènes comateux et paralytiques diminuent, ainsi que l'érysipèle, et huit jours plus tard le malade était à peu près revenu dans l'état où il était au moment de la trépanation; ils diminuèrent ensuite très-rapidement, et, à la fin d'avril il n'y avait plus de traces de paralysie du membre inférieur; le blessé se servait beaucoup mieux de son bras et écrivait mieux qu'il ne l'avait jamais fait depuis sa blessure; du côté de la face, il y avait également une grande diminution de la paralysie; l'intelligence, jamais abolie, mais très-obtuse pendant les jours qui suivirent l'opération, recouvra peu à peu sa lucidité et redevint parfaitement nette; pendant ce temps, la plaie sécrétait un pus de bonne nature, et présentait à son centre le cerveau à nu et faisant saillie dans l'ouverture du trépan; des bourgeons charnus se confondaient avec ceux de la plaie du cuir chevelu; plusieurs petites esquilles furent éliminées avec la suppuration, et la cicatrisation marchait assez rapidement.

Dès la fin d'avril, le blessé avait recouvré toute son intelligence, toute sa mémoire; il avait repris sa gaieté, son activité, il se levait, se promenait; il ne lui restait qu'un peu de paralysie de la face et l'aphasie, mais il suppléait la parole par les gestes et se mêlait à tous les jeux de ses camarades, se faisant assez facilement comprendre d'eux; il se rappelait alors bien des choses, bien des événements, bien des noms dont il avait perdu le souvenir depuis sa blessure.

Toutes les épreuves qui avait été faites au moment de son arrivée dans le service, au point de vue de l'intelligence et de la mémoire, etc., etc., furent reprises et donnaient de meilleurs résultats. Le blessé pouvait maintenant écrire couramment à la lecture ou à la dictée, ou traduire correctement sa pensée en écrivant; son écriture était devenue correcte et régulière, bien formée. L'aphasie surtout présentait des modifications très-appréciables, et chaque jour le malade prenait une petite leçon de parole et de lecture, comme on eût fait pour un enfant auquel on apprend à parler, et peu à peu il arriva à prononcer quelques syllabes, quelques mots qu'il répétait après les avoir entendus, ou qu'il disait spontanément; mais ces leçons devaient être courtes, car son esprit attentif se fatiguait promptement.

Tel était l'état de ce blessé, qui n'éprouvait plus de grandes difficultés que pour prononcer les lettres S, F et R et qui disait assez nettement : ma-man, pa-pa... ba... be... bi... bo... bu..., qui était même arrivé chaque matin spontanément, lorsqu'on arrivait à son lit, à dire : Bon-jour... mon-sieu... Boi-net... com-ment... vous por-tez-vous...? Il buvait bien, mangeait bien, et dormait de même. Il n'avait plus eu d'attaques épileptiformes, lorsque dans la nuit du 16 au 17 mai il succomba à deux attaques d'épilepsie, survenues coup sur coup; sans que le soir, qu'il avait passé au jardin avec ses camarades à fumer et à jouer, il eût présenté le moindre phénomène qui ait pu faire présager une fin si malheureuse et si prompte.

Autopsie. — L'autopsie fut faite le 17 mai, 16 heures après la

mort, en présence de MM. les docteurs Lorne, Motet et des aides du service.

Les téguments étaient adhérents et cicatrisés au pourtour de la couronne du trépan. La boîte osseuse était légèrement injectée, principalement autour de la fracture; on y retrouvait la fente ou fissure produite par le coup de sabre, qui s'étendait assez loin au delà du point où la trépanation avait été faite et le petit pertuis par lequel probablement on avait introduit un stylet avant l'opération, et situé un peu au-dessus de la couronne du trépan. Les tables externe et interne ne présentaient qu'une dépression peu considérable, tout à fait insuffisante pour produire des phénomènes de compression. Les *sinus* étaient gorgés de sang, ainsi que tous les plexus; il s'écoule une quantité très-considérable de sang noir; les méninges sont saines, moins l'injection dans presque toute leur étendue. Au niveau de la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche elles sont unies, confondues entre elles, et adhérentes d'une part à la voûte crânienne, de l'autre, à la surface du cerveau; dans ce point elles sont épaissies, résistantes, et en s'éloignant du point considéré comme centre, les caractères pathologiques sont moins marqués. Le cerveau, volumineux, pesait 1,435 grammes, et était parfaitement sain à la surface.

Au niveau des adhérences méningées et un peu en dehors de celles-ci, on remarquait une légère dépression avec un peu moins de consistance de la substance cérébrale, mais sans la moindre trace de ramollissement vrai. Les coupes du cerveau furent faites d'avant en arrière, séparées d'environ 2 millimètres; toute la substance cérébrale fut trouvée parfaitement saine, excepté dans la troisième circonvolution, où l'on rencontre un vaste abcès, situé à 5 centimètres de l'extrémité antérieure du lobe frontal gauche, et à 1 centimètre au-dessus de la scissure du sylvius; à 5 millimètres au-dessous de la couche corticale, juste en dehors du corps strié auquel il touchait; en dehors, il n'était séparé de la boîte osseuse que par l'épaisseur des méninges adhérentes entre elles et à la substance cérébrale.

Cet abcès, du volume d'une noix, est clos de toute part *avec la paroi la plus mince au niveau de la couronne du trépan*. Là, la dure-mère est adhérente dans une étendue de 4 à 5 centimètres; plus loin la pie-mère est épaissie, adhérente en certains endroits à la substance grise, mais sans trace d'infiltration purulente dans les anfractuosités; la méningite a été extrêmement limitée, elle serait même contestable tant la teinte opaline est peu marquée; nulle part il n'existe de ramollissement de la substance grise; quant à la substance blanche, elle présente ceci de très-remarquable, c'est qu'elle n'est pas non plus ramollie tout autour du foyer; on aperçoit très-nettement un tissu de nouvelle formation tout autour du foyer, il a une coloration violacée, cela ressemble à du tissu cicatriciel; la lésion est exactement limitée, le pus est de bonne nature, épais, crémeux.

Il est bien probable que ce n'est pas cet abcès qui a causé la mort d'une manière si subite, et que le malade a dû succomber aux accidents de compression déterminés par l'énorme turgescence vasculaire, consécutive aux attaques épileptiformes; on a vu qu'à l'autopsie les sinus et les veines cérébrales étaient gorgés de sang; il y avait un peu de liquide dans les ventricules. Il est probable que si l'on avait osé enfoncer la pointe d'un bistouri dans le cerveau après la trépanation, on aurait sauvé le malade, dont la guérison aurait pu être obtenue par les seules forces de la nature... Quoique le pus du foyer n'ait pas eu d'issue, il n'en est pas moins vrai que ce foyer avait de la tendance à se rétrécir et le pus à se résorber, si l'on en juge par la marche des accidents après la trépanation et par l'état du foyer à l'autopsie. En effet, on remarque d'abord une grande diminution des accidents comateux; ensuite leur disparition complète, ainsi que celle de la paralysie des membres et de la face quelques semaines après la trépanation, coïncidant très-probablement avec la résorption du pus, d'où l'épaississement des parois du foyer, sa diminution et celle de la compression par conséquent, puis retour progressif de la parole qui, probablement, serait revenue complétement si le pus avait fini par se résorber complétement. Le malade est donc mort par asphyxie, due à la compression du bulbe, par une congestion sanguine de tout le cerveau et du bulbe lui-même.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 4 mars 1872. — Présidence de M. Faye

MÉMOIRES PRÉSENTÉS

M. Cauvy adresse l'observation d'un fait d'anévrysme traumatique de l'artère carotide externe gauche, avec complication d'abcès superficiel de la région parotidienne, guéri par la ligature de la carotide primitive du même côté. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. Erb adresse une note relative à un remède contre la phthisie. Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

VARIÉTÉS

DE LA VARIOLE INOCULÉE

Par M. A. Netter.

Quels mécomptes la médecine a déjà eus avec la variole! Au commencement de ce siècle, on croyait en avoir fini avec cette odieuse maladie. Vaccinons, vaccinons, se disait-on, et désormais plus de variole; arrière Rhazès et Sydenham, qu'avons-nous besoin de vos enseignements ! Désormais plus de variole. Arrière vous surtout, Dezoteux et Valentin, auteurs d'un *Traité classique sur l'inoculation!* Vaccinons, vaccinons, et pour mieux détrôner l'inoculation ancienne au profit de la nouvelle, on a chargé la première de méfaits tout à fait imaginaires; et nonobstant tous les mécomptes survenus depuis, personne ne s'est mis à lire les documents laissés par nos prédécesseurs, du moins avec le calme de l'esprit et sans la préoccupation de la toute-puissance de la vaccine; seul peut-être j'ai fait exception, et voici à quelle occasion.

En 1864, écrivant dans ce journal mes *Lettres sur la contagion*, j'avais besoin d'un renseignement sur la variole inoculée; j'ouvre *Dezoteux et Valentin*, et j'y trouve un rapport de *Pinel et Leroux* sur la question. Grande fut ma surprise, tant les détails relatés contrastaient avec nos appréciations modernes. Je repris bientôt la question *ab ovo*, à partir de Rhazès, et je racontai les impressions de mes lectures dans la *Gazette médicale de Strasbourg*, sous le titre : *les Mystères de la petite vérole*. Comme au fur et à mesure de mes études mes opinions se sont modifiées, je crois utile de faire connaître celles auxquelles j'ai été amené définitivement par les faits que voici.

L'Ecole de médecine de Paris, dans sa séance du 29 floréal an VII, chargea les professeurs Pinel et Leroux de pratiquer, en présence d'un certain nombre d'élèves, l'insertion du virus varioleux et de leur faire observer, jour par jour, la marche et la terminaison de la petite vérole inoculée. Les expériences furent faites sur vingt enfants à l'hôpital de la Salpêtrière. On a constamment tenu les inoculés, disent Pinel et Leroux, *à l'air libre;* on les a fait promener quelquefois, mais pas aussi souvent que nous l'aurions désiré : il n'y avait pas assez d'ombrage dans la cour. Quant à la nourriture, elle a été végétale et abondante. Chaque inoculé a pu, *dans toutes les périodes de la petite vérole*, satisfaire son appétit. (Je cite textuellement le rapport.)

On a employé la méthode des piqûres, trois à chaque bras. Les dix-huit premiers sujets ont été inoculés avec du pus d'une petite vérole spontanée, confluente, mais bénigne. Le dix-neuvième l'a été avec le pus d'une variole spontanée, confluente et *crystalline* (forme ordinairement mortelle.) Pour le vingtième, on s'est servi

du pus d'une petite vérole bénigne. Voici quels furent les résultats des opérations.

OBSERVATION. Lamaraldy, petite fille âgée de dix ans, constitution un peu délicate, etc... L'éruption aux bras, c'est-à-dire *à l'endroit des piqûres*, s'annonce dès le troisième jour. Au cinquième, les tubercules d'insertion se changent en boutons, lesquels au dixième forment de vraies pustules entourées d'aréoles érysipélateuses.

Ce n'est que le onzième jour que la fièvre se manifeste : elle ne dure pas vingt-quatre heures. Les pustules des bras parcourent alors leurs périodes très-régulièrement; le quinzième jour elles étaient desséchées, et le vingtième les croûtes étaient tombées.

Nous remarquerons, ce sont toujours Pinel et Leroux qui parlent, que la fièvre a été très-courte et qu'il n'y a eu qu'une petite vérole *locale*.

A cette observation s'ajoutent trois autres dans lesquelles l'éruption pustuleuse est de même restée locale : six piqûres, six pustules.

Nos prédécesseurs appelaient cette forme locale la *c urte espèce*, par rapport à une autre forme inoculée qu'ils nommaient de *longue espèce*, et dont voici un échantillon où l'on verra que, pour être plus longue que la précédente, l'espèce n'a guère plus de dimensions.

OBSERVATION. Hirard, âgé de plus de trois ans, assez forte constitution. Depuis le deuxième jour jusqu'au *septième*, l'éruption *locale* marche très-régulièrement. Le *septième*, la fièvre d'invasion a lieu et dure deux jours; le onzième, on compte sur tout le corps *sept* ou *huit boutons* qui grossissent, suppurent et se dessèchent vers le quinzième.

On doit remarquer, disent Pinel et Leroux, que cet enfant, qui, pendant toute sa maladie, a conservé sa gaieté et son appétit, avait été inoculé avec du pus d'une petite vérole naturelle, confluente, *cristalline*, et dont le malade est mort. (Entendons-nous bien, c'est le malade dont on avait pris le pus qui est mort.)

Si maintenant je résume les vingt observations, je trouve :

1° Que tous les inoculés ont parfaitement guéri, tandis que dans la même salle, sur six cas de variole spontanée, deux ont eu une terminaison fatale;

2° Que l'éruption locale, ou bien s'est montrée seule, ou du moins *a toujours précédé l'éruption générale;*

3° Que chez les inoculés les pustules, survenues ailleurs qu'à l'endroit des piqûres, ont été seulement au nombre de 3, 4, 6, 18; dans un cas seulement on en a compté 64.

Dans sa *Nosographie philosophique*, publiée deux ans après, an IX, Pinel confirme encore une fois tout ce qui vient d'être dit, s'appuyant sur soixante-trois autres observations qui concordent avec les précédentes, et il donne de la forme à *longue espèce* une description qui peut se résumer ainsi :

1° Éruption *locale* à l'endroit des piqûres, durant environ *six* jours;

2° Vers le septième jour, pénétration de l'infection dans le système absorbant des lymphatiques; roideur sous l'aisselle;

3° Apparition de pustules discrètes ailleurs qu'à l'endroit des piqûres.

Remarquez que, dans leur exposé, Pinel et Leroux ne manifestent pas le moindre étonnement des résultats auxquels ils sont arrivés : pourquoi auraient-ils été surpris? Une expérience presque séculaire avait déjà largement établi les faits. La variole inoculée, avaient déjà dit Dezoteux et Valentin, se borne quelquefois uniquement aux pustules locales; il arrive souvent qu'ailleurs on n'en voit que 1, 2, 10, 20, 25; communément leur nombre ne dépasse pas celui de 40, 60, 100. — L'éruption générale, avait déjà dit Timone, se réduisait ordinairement à 15 ou 20 pustules, plus ou moins, rarement 30, et cette éruption était si peu laborieuse, que quelquefois le malade s'apercevait à peine de son *indisposition*. — La petite vérole artificielle, avait déjà dit Pylarini, est presque toujours de l'espèce distincte, et les boutons sont en petit nombre, souvent 10, 20 ou 30, rarement arrivent-ils à 100. — Un docteur Mather avait écrit d'Amérique : Quand il y eut environ 70 personnes d'inoculées, ma femme et moi nous nous soumîmes à l'opération. La petite vérole que nous eûmes fut aussi bénigne qu'il se puisse; aucun de nous eut plus de 100 pustules, et avec si peu de fièvre que nous ne jugeâmes pas même nécessaire de garder le lit.— M. Maitland, chirurgien de la duchesse de Montaigu, avait écrit que les symptômes étaient si peu considérables, qu'à peine cette petite vérole méritait le nom de *maladie;* point de ces violents maux de reins, avait-il ajouté, point de vomissements ni d'inquiétudes; le pouls juste assez élevé pour qu'on pût dire qu'il y avait une *fébricule*. Ce fait est si général, qu'on n'en a presque pas vu d'exceptions. Ce fut la persuasion de ces vérités qui opéra sur l'esprit de Mme l'ambassadrice et qui lui fit prendre la résolution de soumettre à l'essai M. son fils unique, âgé d'environ 6 ans.

Je ne veux pas fatiguer le lecteur d'autres citations que j'aurais pu extraire avec les précédentes d'un livre intitulé : *Recueil de pièces concernant l'inoculation de la petite vérole*, par de Montacla, Paris, 1756. De quelle utilité seraient ces répétitions?

Celui qui est venu en dernier lieu et qui a tout vérifié, c'est l'illustre Pinel, l'exact Pinel, l'observateur sévère. Cependant, je dois rapporter le fait d'un inoculé allant le soir à l'Opéra, fait qui a donné lieu à une mesure judiciaire passablement curieuse. On lit dans Dezoteux et Valentin : En 1763, l'indiscrétion que commit une personne inoculée en se montrant à l'Opéra et aux Tuileries souleva les esprits et donna lieu au réquisitoire du procureur général, dans lequel ce magistrat exposa les alarmes des citoyens et demanda de pourvoir à la sûreté publique. Le Parlement, dont le premier devoir est de veiller à la tranquillité et à la santé des habitants, faisant droit sur le réquisitoire, rendit, le 8 juin 1763, un arrêt par lequel il est ordonné aux Facultés de médecine de donner leur avis sur l'inoculation, etc....., s'il convient la permettre, la défendre, la tolérer....., et cependant, par provision, il est fait défense de pratiquer cette opération dans les villes et faubourgs du ressort de la Cour, etc.

Ajoutons ceci. On lit dans Voltaire : « L'impératrice de Russie se promena tous les jours en carrosse après avoir été inoculée. Le grand-maître de son artillerie, qui subit la même épreuve, alla le troisième jour à la chasse. Enfin cette souveraine, faisant allusion à l'opposition que souleva l'inoculation, daigna m'écrire ces propres mots : « C'était bien la peine de faire tant de bruit pour une pareille bagatelle, et d'empêcher les gens de se sauver la vie si aisément et si gaiement. » (*Mélanges historiques.*)

Voyez aussi, dans les *Facéties* du même auteur, une critique comique de l'arrêt du Parlement.

On voit par cet exposé que la variole inoculée ne diffère guère de notre vaccine moderne; et, en effet, des observations relatées il résulte 1° qu'avec la variété dite *courte espèce*, la ressemblance est parfaite, 2° qu'avec celle dite *longue espèce* toute la différence consiste :

a. En un mouvement fébrile quelque peu accentué;

b. Dans l'éruption de quelques pustules générales, postérieurement à l'éruption locale.

Ouvrez la *Nosographie* de Pinel, et voyez s'il existe des différences autres que celles que j'indique. Or, c'est du temps de Pinel que la vaccine a été découverte, et le médecin de la Salpêtrière a pu juger comparativement. Ce qui n'empêche pas, hâtons-nous de le déclarer, que la découverte du cow-pox a été un grand bienfait, mais peut-être uniquement à cause de l'influence de l'inoculation sur le réveil et la propagation des épidémies.

On s'était longtemps figuré, et l'opinion s'est conservée jusqu'à nos jours, que la bénignité de la variole inoculée était due à certaines conditions dont l'opération devait être accompagnée, telles que traitement préparatoire des inoculés avec des saignées et des purgatifs, choix de l'âge, choix de la saison, choix du pus qu'on croyait devoir prendre exclusivement sur des varioleux atteints légèrement; mais ce sont là toutes illusions dont nos prédécesseurs eux-mêmes étaient revenus finalement.

Déjà je vous ai montré Pinel obtenant une variole bénigne avec le pus d'une variole mortelle, et cette observation, loin d'être chose

alors nouvelle, n'a encore fait que confirmer un résultat déjà acquis. « Quant au choix du venin variolique, avaient déjà dit Dezoteux et Valentin, on recommande de le prendre, autant qu'il est possible, d'une petite vérole discrète. Il faut se conformer, à cet égard, à l'opinion des familles pour leur tranquillité. Mais il est prouvé, et nous nous sommes convaincus nombre de fois, que le pus tiré d'une variole confluente, accompagnée de symptômes mortels, ou le pus d'une variole très-bénigne et discrète, donnait toujours le même résultat; c'est ainsi qu'on a pris de la matière sur des mourants et même sur des morts, et on n'a pas observé la moindre différence (*sic*). »

Pour ce qui concerne le traitement préalable, « que de savantes puérilités, dit encore Pinel, dans toutes ces méthodes préparatoires qu'on croit propres à assurer le succès! Pilules, poudres diverses, liqueurs éthérées : quel heureux échafaudage pour obtenir de la réputation et de la vogue! Camper, inoculateur hollandais, a eu le courage d'opposer à ce charlatanisme un mémoire où brillent la candeur et les principes sains; il n'a jamais fatigué ses malades par un traitement préliminaire. »

Quant au choix de la saison et de l'âge, l'inoculation, dit Pinel, a été pratiquée à la Salpêtrière à différentes époques de l'année, et constamment avec le même succès. On peut inoculer en toute saison, avaient déjà dit Dezoteux et Valentin, à tout âge et sans préparation aucune, à moins que le sujet ne soit atteint de quelque maladie dont il convient de le débarrasser préalablement.

A quoi donc attribuer la bénignité de la variole inoculée? Serait-ce au peu de matière que l'on insérait au moyen de piqûres semblables à celles que nous faisons de nos jours pour la vaccination? Mais non; car avec la méthode des vésicatoires qu'employaient quelques praticiens, les résultats ont été les mêmes, quoique la plaie dénudée fût recouverte d'une charpie largement trempée dans le virus.

A quoi donc attribuer la bénignité de la forme inoculée? Je ne vois qu'une explication possible; elle vous paraîtra peut-être naïve; mais heureusement que souvent naïveté est synonyme d'évidence. Puisque la bénignité de la variole inoculée ne dépendait d'aucune des conditions dont l'opération était entourée, c'est qu'elle tenait à l'opération elle-même, je veux dire à l'insertion du virus dans la *peau* et non pas dans un autre organe ou tissu.

« N'est-il pas probable, dit Jenner, que les parties du corps humain (peau, muqueuses...) peuvent préparer ou modifier le virus variolique avant qu'il affecte la constitution entière?... S'il en était autrement, où seraient les différences si remarquables qui existent entre la variole inoculée et la variole naturelle? »

D'après Jenner, c'est dans la peau, dans les interstices de la peau que le virus variolique inséré recevrait l'influence bénigne. (*Recherches sur les causes et les effets de la vaccine*, p. 50 et 51.......)

Quelle peut être cette influence? Je n'en vois, pour ma part, qu'une possible, à savoir l'influence dont on s'occupe dans toutes les fermentations, l'influence de l'*oxygène de l'air*.

Dans la variole inoculée, le ferment prendrait son oxygène dans l'*air ambiant*, tandis que dans la variole proprement dite, c'est-à-dire celle contractée après absorption pulmonaire, l'oxygène serait pris dans le sang.

Ainsi s'expliquaient les deux formes classiques de la variole inoculée. En effet, selon que l'on pratiquait l'opération en *éraillant* seulement la peau, ou bien en *l'incisant profondément*, le virus se trouvait déposé ou dans les épithéliums superficiels ou bien dans les épithéliums profonds, différence énorme, attendu que la couche superficielle des épithéliums est dépourvue de tous vaisseaux absorbants qui abondent au contraire dans la couche du dessous. Dans le premier cas, le virus n'était absorbé qu'après une stase plus ou moins prolongée au contact de l'air, tandis qu'avec les incisions, il y avait à la fois dépôt de virus dans les épithéliums superficiels et dépôt dans les épithéliums profonds. Qu'arrivait-il? Les deux portions agissaient chacune de son côté, la portion supérieure déterminant l'évolution des boutons locaux jusqu'au 7e jour; alors le 7e jour, la portion de virus qui avait été déposée profondément et avait été immédiatement absorbée, entrait en action à son tour; mais comme la réceptivité générale était déjà en grande partie détruite, il ne pouvait plus survenir qu'une *varioloïde*.

Ici se place un détail historique d'une grande importance. A l'origine de l'inoculation variolique, à Constantinople, la vieille femme qui pratiquait l'inoculation, connue sous le nom de la *vieille Thessalienne*, opérait avec *trois épingles réunies*, et ne faisait qu'*érailler* la peau. Ce sont des médecins qui, après cela, substituèrent les incisions aux éraillures; mais, à la fin du siècle dernier, le procédé des éraillures ou piqûres superficielles fut retrouvé par les frères Sutton, et les résultats furent tels qu'ils firent un bruit énorme, au point que l'inoculateur Dezoteux se rendit exprès à Londres pour s'initier au procédé réputé nouveau. Là-dessus, est survenue la découverte de la vaccine, qui a fait perdre tout cela de vue.

Est-ce que le virus vaccinal ne différerait du virus variolique qu'en ce qu'il est *visqueux*, et, partant, ne s'absorberait que lentement?

Cette dernière question est, à la vérité, en opposition formelle avec l'assertion classique que dans la vaccination le virus inséré serait absorbé instantanément et en totalité; mais cette assertion est-elle fondée? Comment comprendre que dans la vaccine le virus détruise la réceptivité générale pendant les trois à quatre jours d'incubation, et puis, son effet étant produit, il reviendrait à l'endroit des piqûres en apparence cicatrisées, pour y former les boutons, excroissances inutiles (Bousquet)!!! Au surplus, certaines expériences de M. Chauveau confirment l'explication mienne. Les inoculations du vaccin aux chevaux, faites d'après la méthode ordinaire, c'est-à-dire superficiellement, donnent des pustules uniquement locales, tandis que le virus, déposé dans le tissu cellulaire sous-cutané, amène le horsepox généralisé : question d'absorption lente ou rapide de l'oxygène pris, là dans l'air ambiant, ici dans le sang.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Réunion des Sociétés savantes à la Sorbonne en 1872. — Le ministre de l'instruction publique vient d'adresser la circulaire suivante aux recteurs :

« Monsieur le Recteur, j'ai décidé, par un arrêté du 19 février courant, qu'une réunion des délégués des Sociétés savantes, pour les travaux scientifiques seulement, aurait lieu à la Sorbonne les lundi 1er avril, mardi 2, mercredi 3, et, s'il y a lieu, les jours suivants. Pendant ces journées, des lectures, expériences et communications scientifiques pourront être faites par les professeurs et par les délégués des sociétés savantes.

Celle des séances dans laquelle seront distribuées les récompenses accordées sur la proposition de la section des sciences du Comité des travaux historiques, sera présidée par le Ministre.

Je vous prie, monsieur le Recteur, de vouloir bien, dès à présent, faire connaître, cette décision à MM. les professeurs de votre ressort académique, afin qu'ils aient le temps nécessaire pour préparer les mémoires qu'ils se proposent de lire.

Des billets à prix réduits, concédés à mon Administration par les compagnies de chemins de fer, pourront être adressés aux personnes qui se seront fait inscrire pour faire une communication ou une lecture; mais le chiffre de ces billets étant déterminé par le nombre même des inscriptions, il est nécessaire que la liste des professeurs qui désirent assister à la réunion me soit communiquée au plus tard le 20 mars : après ce délai, il ne me serait plus possible d'assurer les mêmes facilités aux personnes qui se feront inscrire.

Les billets destinés aux lecteurs et aux représentants des sociétés savantes, valables du lundi 25 mars au lundi 8 avril, seront adressés en temps opportun.

J'ai l'honneur de vous rappeler que la réunion de cette année, à la Sorbonne, ne concerne absolument que les personnes qui s'occupent de travaux scientifiques; les deux sections d'histoire et d'ar-

chéologie du Comité n'auront, pour cette fois, ni séances de lecture, ni distribution de récompenses. »

— Après l'exposé si lucide, si éloquent dans sa précision et sa concision même, que M. le doyen Wurtz a fait des besoins impérieux de l'enseignement médical et des améliorations indispensables que réclame en particulier la Faculté de médecine de Paris, dans le document que nous avons reproduit dans le numéro de mardi dernier (5 mars), ce n'est pas sans un sentiment profond de découragement et de tristesse que nous avons lu dans plusieurs journaux que la commission du budget proposait des réductions sur le budget du ministère de l'instruction publique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Denonvilliers, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans son cours jusqu'à la fin de l'année scolaire 1871-1872, par M. Tillaux, agrégé près ladite Faculté.

M. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris (service de la Charité), est autorisé à se faire suppléer dans son cours, jusqu'à la fin de ladite année, par M. Blachez, agrégé.

M. Duplay, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année classique, du cours de clinique chirurgicale à ladite Faculté (service de l'Hôtel-Dieu), en remplacement de M. Laugier, décédé.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 15 mars 1872 au palais du Luxembourg (préfecture de la Seine) à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la séance précédente;

2° Vote sur les conclusions du rapport de la commission sur la loi de 1838 concernant les aliénés;

3° Lecture de M. Blumenthal, à l'appui de sa candidature, sur la paralysie glosso-labio-pharyngée.

— *Concours d'agrégation.* Les sujets qu'ont eu à traiter les candidats, après vingt-quatre heures de préparation, sont les suivants :

MM. Beaumety : de l'algidité;
Damaschino : de la roséole;
Lancereaux : du coma;
Rathry : de la migraine;
Duguet : de la tuberculose miliaire;
Hayem : des gastrites;
Rigal : des signes et du diagnostic des affections cérébelleuses;
Lépine : de la tension artérielle dans les maladies;
Bergeron : des troubles de la sécrétion de la peau;
Laborde : de la congestion et de l'anémie cérébrales;
Dieulafoy : de l'analgésie et de l'anesthésie;
Fernet : de l'altération des urines dans les maladies aiguës;
Gourard : des sources des indications thérapeutiques.

— Le village de Jouy-sous-Morin, arrondissement de Coulommiers (Seine-et-Marne), se trouve en ce moment dépourvu de médecin. Deux villages voisins forment, avec le premier, une population d'environ 4,000 âmes à soigner. Des routes excellentes permettent de parcourir en voiture toute l'étendue de ces communes, dont la population est agricole sur les plateaux et industrielle dans la vallée du Grand-Morin. — S'adresser, pour plus amples renseignements, à M. le maire de Jouy-sous-Morin par la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium........................		
Matières organiques........................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau. — **Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris**.

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux**.

Prix : la boîte de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

CONTREXÉVILLE

(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central :

23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

DRAGÉES LANDRON

Au Bromure de potassium (chimiquement pur)

Quatre Dragées représentent exactement 1 gramme de ce Bromure. Elles sont destinées aux malades qui ont une certaine répugnance pour les médicaments et constituent une préparation agréable qui dissimule complétement la saveur du Bromure.

Prix du flacon de 120 dragées : 4 fr.

Dépôt chez BLAYN, 7, Marché-Saint-Honoré, et dans toutes les pharmacies.

Pilules de Hogg.

— **1° Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée.** Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène. En vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° Pilules à la pepsine unie au protoiodure ferreux inaltérable. En vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

HUILE de Foie de morue FERRÉE DE GODIN au BENZOATE DE FER dosée au 100e

« Dissolution des Benzoates dans les huiles. » (Travail lu à l'Académie des sciences, le 13 novembre 1871.)

1° Le **Benzoate de fer**, sel orange, inaltérable, aussi riche en fer que le *lactate*, apporte à l'huile blanche de Norwége l'action balsamique de l'*acide benzoïque* et l'action tonique du *fer*. — Le *fer*, uni à un corps gras, exerce une action plus douce sur les parois de l'estomac, ne constipe pas, et rend l'huile de foie de morue plus facile à prendre.

2° **Huile hydrargyrique** au Benzoate d'hydrargyre (dosée au 1000e). Au spécifique, au débilitant, est associé le reconstituant ; le malade n'éprouve ainsi ni maux d'estomac ni amaigrissement.

3° **Huile hydrargyro-ferrée** aux Benzoates d'hydrargyre et de fer. — Elle réunit les avantages combinés des deux autres.

GODIN, ex-pharm. des hôpitaux, 96, faubourg Saint-Martin, et dans les principales pharmacies.

ST-HONORÉ-LES-BAINS (Nièvre).

Eau sulfureuse sodique

analogue à celle des Pyrénées. Admise dans les hôpitaux de Paris. Souveraine dans les maladies de la gorge, de la voix et de la poitrine, les catarrhes chroniques, asthme, scrofule et affections cutanées.

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET.

Bains et douches ; piscine à eau courante, 32°. — Site magnifique. — Vie à bon marché.

DÉPÔT des Eaux, 60, rue Caumartin, Paris.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

GOUDRON VÉGÉTAL LE BEUF

L'émulsion de goudron végétal de Le Beuf, obtenue par l'intermédiaire de la *Saponine* (1), corps complétement *neutre*, et ne renfermant aucune substance capable d'altérer la matière médicamenteuse, est par conséquent *bien préférable* pour l'administration du goudron à l'intérieur aux *liqueurs concentrées* qui sont toutes associées à un corps *alcalin* ou *acide*, corps qui, tout en favorisant la dissolution du *goudron* dans l'eau, altère *profondément* ses principes résineux et balsamiques.

Cette préparation, dont *l'odeur caractéristique* prouve que le GOUDRON *n'est en rien modifié*, constitue le moyen le *plus rationnel* pour l'emploi du *goudron* en thérapeutique (Voyez Dr GUBLER, *Commentaires thérapeutiques du Codex*, p. 143. — ADRIAN, *Note sur le goudron et ses meilleures préparations, Bulletin thérap..*, 1867, p. 406 et 407.)

MODE D'EMPLOI. — Le **Goudron Le Beuf** s'administre à la dose d'**une cuillerée à café**, deux ou trois fois par jour, délayée dans **un demi-verre d'eau sucrée** ou de **lait chaud**.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) Principe immédiat contenu dans la saponaire et auquel cette plante doit ses propriétés dépuratives et rafraîchissantes.

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

SIROP SÉDATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES AU BROMURE DE POTASSIUM

De J.-P. LAROZE, pharmacien,

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Tous les médecins s'accordent à reconnaître au bromure de potassium, chimiquement pur, une action sédative et calmante sur tout le système nerveux. Réuni au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères, dont l'action régulatrice des fonctions de l'estomac et des intestins est universellement appréciée, il est administré sans crainte d'aucun accident, chez les adultes, dans les affections du cœur, des voies digestives et respiratoires, les névroses en général et les maladies nerveuses de la grossesse ; chez les enfants pour calmer l'agitation, l'insomnie et la toux pendant la dentition. Son dosage mathématique permet aux médecins d'en augmenter ou d'en diminuer la dose suivant le cas. — Le flacon : 3 fr. 50 c. — Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

Huile de foie frais de morue de Hogg

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — **Douce et facile à prendre.** — Mention honorable. — 2, Rue Castiglione, Paris.

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 14 MARS 1872. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saints-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DU VAL-DE-GRACE. Fracture de la base du nez et des deux rebords orbitaires inférieurs ; communication avec les sinus frontaux ; perte des deux yeux ; prothèse ; appareil prothétique de Ch. Delalain (M. Spilmann). — De l'emploi simultané des eaux bicarbonatées sodiques et des eaux ferrugineuses arsenicales (M. H. Charvet). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille : Prix Wicar. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le tannate de quinine a fait encore les frais d'une partie de cette séance. D'après M. Sistach, qui a exposé, dans une note communiquée à la correspondance, les résultats des expériences qu'il a faites en Algérie sur le tannate de quinine, cet agent serait bien effectivement, comme on l'a dit, beaucoup moins actif, à doses égales, que le sulfate de quinine ; mais à doses plus élevées, il jouirait de la même efficacité thérapeutique et présenterait même certains avantages qui devraient le faire préférer chez des sujets nerveux. M. Briquet, dont on connaît déjà l'opinion à cet égard, est revenu de nouveau à la charge contre ce produit. Obligé, en présence du témoignage de M. Regnault, de reconnaître la solubilité du tannate de quinine à la température du corps, il s'est retranché derrière d'autres difficultés, celle de sa non-solubilité dans l'estomac, entre autres, ou encore de sa non-décomposition dans l'économie, au cas où il aurait été dissous et absorbé. M. Briquet ne conteste pas qu'on ait pu guérir des fièvres intermittentes par le tannate de quinine. Il a expérimenté lui-même toutes les préparations de quinine, quelque faible que soit la proportion d'alcaloïde qu'elles contiennent, guérissent les fièvres intermittentes. Mais le critérium, pour lui, n'est pas là. Ces préparations ont échoué devant les rhumatismes articulaires. Il en a été de même du tannate de quinine. C'est là, à ses yeux, ce qui donne la mesure de la puissance d'action des diverses préparations de quinine. Nous pousserions volontiers beaucoup plus loin, pour notre part, l'exigence de la démonstration. Parmi les fièvres intermittentes qui ont guéri entre les mains de M. Briquet à la suite de l'administration des divers éléments multiples du quinquina, comme parmi celles qui ont été traitées par le tannate de quinine, combien n'en est-il pas qui auraient peut-être bien guéri par l'expectation seule? Y a-t-il eu, dans le nombre, des cas de fièvre pernicieuse? C'est par là et par là seulement, à notre avis, que la question pourrait être jugée d'une manière définitive et en dernier ressort.

Ce qui paraît devoir rester démontré, toutefois, par cette dernière argumentation de M. Briquet, à laquelle M. Boudet est venu donner l'appui de sa compétence spéciale, c'est la variabilité de composition du tannate de quinine, et, partant, l'infidélité et l'inconstance de ses effets.

Un mot avant de terminer avec ce sujet, à propos d'un petit incident de cette dernière allocution de M. Briquet. Le témoignage des savants allemands n'avait pas manqué d'être invoqué dans cette circonstance. M. Briquet a cru devoir remercier l'un d'eux pour le secours qu'il avait apporté en faveur de sa cause, en lui apprenant que la quinine apparaît dans les urines une demi-heure après l'ingestion du sulfate, tandis qu'on ne commence à la retrouver que beaucoup plus tard, si même on la retrouve, après l'ingestion du tannate. Seulement cela était écrit tout au long depuis vingt ans dans le *Traité du quinquina*, dont l'auteur, comme tout le monde le sait, est M. Briquet. D'où cette petite boutade, qui frappe à la fois et sur les auteurs d'outre-Rhin qui se font peu de scrupule de puiser dans nos livres leurs prétendues découvertes et sur leurs naïfs traducteurs qui nous les renvoient comme des nouveautés. « Les Allemands qui nous envoient de pareilles nouveautés ne sont pas obligés de connaître les ouvrages de thérapeutique français, mais les médecins français qui ont la bonté de traduire les élucubrations allemandes devraient les connaître. »

Deux lectures ont occupé la plus grande partie de cette séance : l'une de M. Guéniot, candidat à la place vacante dans la section d'accouchement, sur la guérison par résorption des tumeurs dites fibreuses de l'utérus, où l'auteur relate, à côté de plusieurs cas authentiques de ce mode de guérison que renferment les annales de la science, un fait très-curieux et très-concluant de ce genre ; la seconde, de M. Édouard Fournié, médecin-adjoint à l'Institut national des sourds-muets, sur une nouvelle classification des phénomènes de la vie, introduction d'un traité de physiologie du système nerveux que l'auteur se propose de publier incessamment, et dont nous ne manquerons pas d'entretenir nos lecteurs.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. SPILMANN.

Fracture de la base du nez et des deux rebords orbitaires inférieurs ; communication avec les sinus frontaux. Perte des deux yeux. — Appareil prothétique de Ch. Delalain.

(Observation recueillie par M. DARDIGNAC.)

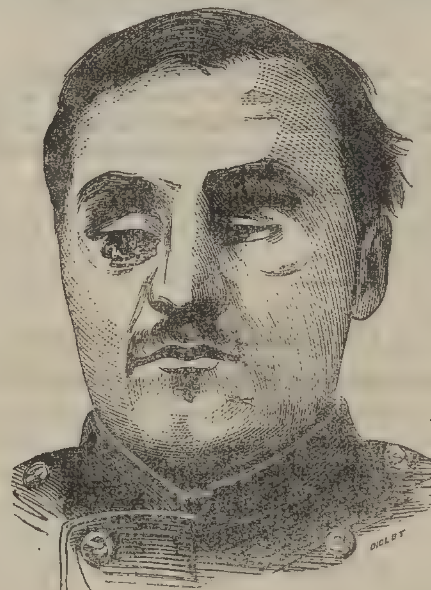
En menant au feu sa compagnie, destinée à soutenir la retraite

sur un point, le sergent L..., 27 ans, du 17e bataillon de chasseurs à pied, fut blessé à la face le 6 août 1870, à Reichshoffen, par une balle de revolver qu'un officier ennemi lui tira à bout portant.

Le coup, dirigé de gauche à droite et dans un plan à peu près horizontal, l'atteignit à 2 millimètres en avant de l'angle externe de l'œil gauche, fractura en ce point la portion de l'angle de l'os zygomatique formant cet angle, et le rebord orbitaire inférieur, glissa sous les deux tiers externes de la paupière inférieure, dont il enleva le tiers interne, perfora en séton la base du nez, en détruisant les os unguis, les os propres et le vomer, et respectant le reste du squelette de l'organe, fractura l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit et le rebord orbitaire inférieur de l'œil droit, en même temps qu'il produisait une vaste perte de substance de tout le voile palpébral inférieur, qu'il projetait hors de l'œil droit et frappait d'une perte complète de la vision l'œil gauche. — La commotion fut telle qu'il perdit connaissance ; revenu à lui, privé de la vue, son œil droit, dit-il, pendait sur sa tunique, et il ne sait ce qu'il en fit, perdant beaucoup de sang par sa blessure, il dut se résigner, ne sachant où porter ses pas, à rester sur le champ de bataille. Trois jours après seulement, exsangue, dans un état de faiblesse extrême, il fut relevé et soigné par les Prussiens. On se borna à déterger, à enlever quelques esquilles osseuses flottantes, probablement les unguis, les cornets supérieurs, les os propres du nez ; on ne toucha pas aux fragments mobiles des bords orbitaires, puis on fit un pansement simple. Quarante jours après sa blessure, il était tel que nous le voyons aujourd'hui. Disons cependant que, à sa demande expresse, et pour faire cesser des douleurs nerveuses intolérables dans la région orbitaire gauche, on dut pratiquer, dès le 14 août, l'extirpation du globe oculaire de ce côté, qui, bien que privé de la vision, paraissait *à priori* intact. Pendant environ deux mois, une forte tension dans la région temporale gauche lui rendit presque impossible l'ouverture de la bouche, à plus forte raison la mastication, bien que le système dentaire ait été absolument respecté. Aujourd'hui, cet homme intelligent, robuste, résigné par obligation, mais fier de son honorable blessure, qu'il cache avec un bandeau noir, n'a pas de déformation très-appréciable de la face. Au trou d'entrée, à gauche, excavation en infundibulum, sensible au doigt; les arcades orbitaires fracturées se sont solidement réunies ; la palpation les reconnaît par un enfoncement plus marqué ; à droite, la base du nez est perforée par une ouverture ronde à bords cicatrisés, amincis, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, donnant passage au mucus nasal qui, le plus souvent, coule sur les joues et quelquefois se rassemble à l'entrée, se concrète, se crétifie en bouchon.—Des deux orifices de ce séton, partent: à gauche, un léger ectropion par perte de substance, du tiers interne de la paupière inférieure; à droite, la perte de substance précédemment signalée, en simule un plus vaste, de la grandeur d'une pièce de deux francs; de ce côté, la paupière supérieure, abaissée, est intimement unie par du tissu cicatriciel au moignon sous-jacent, tandis qu'à gauche, où il existe aussi un moignon mobile, le repli palbébral non adhérent retombe par son propre poids, et parce que rien ne contrebalance cette puissance.

Signalons un fait que nous n'avons pas encore rencontré dans les lésions à peu près semblables : c'est que le malade ne peut respirer que par la bouche ; aussi la tient-il toujours ouverte, car l'aspiration, en attirant l'air exclusivement par les ouvertures artificielles de la base du nez et non par les narines, voie naturelle, lui cause une sensation pénible, un éternument désagréable. Il y a perte complète de l'odorat, et aussi, fait que nous ne nous expliquons pas, sensation continuelle de froid dans les sinus frontaux, dans lesquels un stylet, poussé par les trous de la balle, pénètre facilement. Pour obvier à cet inconvénient insupportable, à ce qu'il dit, il obture les orifices avec de la charpie fine.

Lacaut lui-même nous a indiqué ce qu'il fallait tenter pour lui, et cela en s'efforçant d'empêcher l'air atmosphérique de pénétrer d'une façon immédiate jusque sur la muqueuse qui tapisse les sinus frontaux. Cette irritation perpétuelle, cette sensation de froid que l'air non réchauffé par son passage sur la muqueuse des narines et des cornets qui, on le sait, ne sont que les calorifères naturels du gaz atmosphérique, nous indiquent qu'il faut rétablir librement la circulation des voies nasales, dont la forme est conservée, en forçant l'air de venir s'imprégner d'une douce chaleur par son passage dans la partie inférieure de ces canaux. Ceci ne peut se faire qu'en obturant exactement les trous d'entrée et de sortie du projectile. Quant aux deux ectropions, nous ne tenterons pas l'autoplastie, les tissus voisins, primitivement contusés, ayant dans la suite changé de nature et contracté des adhérences avec les parties sous-jacentes, sur lesquelles elles ne glisseraient que difficilement. Nous avons essayé, sans succès, d'y remédier en partie, au moyen de la greffe épidermique. Cet insuccès est dû à ce que le tissu rouge de ces ectropions est véritablement organisé, transformé en muqueuse semblable à celle des lèvres, ne bourgeonnant pas, et étant par conséquent incapable de contracter une inflammation adhésive, à moins que, par un moyen quelconque, en l'attaquant par les caustiques, par exemple, on ne



le ramène en détruisant sa couche épithéliale superficielle dans des conditions propres à la réussite de cette opération.



D'après ces indications, M. Ch. Delalain a fabriqué un appa-

reil obturateur facial très-léger et assez élégant, composé d'une plaque en platine s'adaptant exactement sur les régions orbitaires, dans toute la largeur de la face, à cette hauteur, muni, au niveau des trous déterminés par le projectile, de deux légers renflements oblitérant presque hermétiquement les perforations. De cette façon, le blessé respire par le nez, et le mucus nasal est forcé de reprendre sa voie naturelle d'écoulement. Sur la première pièce, deux fentes palpébrales postiches un peu entr'ouvertes laissent apercevoir deux yeux en émail, imitation naturelle. Tout le système est fixé à des lunettes marquant leur fixité et passant leur point d'appui derrière les oreilles et sur la nuque. Cette pièce, un peu compliquée, donne à la physionomie un peu moins de tristesse, en même temps qu'elle est d'une utilité incontestable.

DE L'EMPLOI SIMULTANÉ DES

EAUX BICARBONATÉES SODIQUES

ET DES EAUX FERRUGINEUSES ARSENICALES

Par M. le docteur H. Charvet.

Tout le monde connaît la composition des eaux acides de Vals; elles ont été souvent analysées, car elles paraissent d'une composition si singulière, si éloignée des autres eaux minérales, qu'il a fallu de nombreuses expériences pour convaincre chacun de cette bizarre réalité. En effet, elles sont sans analogues connues; et, pour n'avoir pas à répéter des analyses si souvent reproduites, contentons-nous de rappeler qu'elles sont acides, fortement ferrugineuses et faiblement arsenicales. Les affections dans lesquelles elles ont rendu et rendent de grands services sont très-nombreuses; nous nous garderions de les énumérer. Mais nous voudrions insister sur leur emploi concurremment avec celui des eaux bicarbonatées, dans ces nombreux états intermédiaires à la santé et à la maladie, faiblesse générale, congénitale ou acquise, convalescences difficiles, chloro-anémie, dysménorrhée avec ou sans leucorrhée, cas rebelles trop souvent à l'emploi des agents thérapeutiques ordinaires, et presque toujours compliqués de troubles digestifs qui peuvent être cause ou résultats des symptômes généraux. Ce mode de traitement nous a également réussi dans un certain nombre de cas franchement morbides : fièvres intermittentes rebelles, avec hypertrophie de la rate et altération profonde des fonctions digestives; tumeurs abdominales, diverses de siége et de nature, mais ayant profondément altéré l'économie entière ; enfin, dans plusieurs autres circonstances inutiles à énumérer maintenant, puisque nous faisons suivre ce résumé de nos observations sur ce sujet.

Ainsi compris, l'emploi des eaux de Vals met en jeu toutes les ressources de la station, et ce mode de traitement n'a rien d'empirique, puisqu'il s'adresse à la fois aux troubles digestifs et aux symptômes généraux : aux troubles digestifs, directement par l'usage des eaux bicarbonatées, qui relèvent l'énergie des organes de la digestion et modifient leur fonctionnement irrégulier; aux troubles généraux par l'emploi des eaux ferrugineuses arsenicales, lesquelles fournissent au sang les éléments qui lui manquent, tout en modifiant profondément l'économie entière par la sédation qu'elles paraissent provoquer. La théorie est donc ici en parfait accord avec la pratique.

Et à ce sujet, nous voulons dire quelques mots sur l'action physiologique des eaux ferrugineuses arsenicales. Cette action a été parfaitement décrite par mon excellent ami, le docteur V. Ollier, et mes observations sont en parfaite concordance avec les siennes. D'où vient que ni lui, ni moi, ni aucun de nos confrères de Vals, ne trouvons plus à ces sources les propriétés émétiques autrefois signalées par tous les auteurs qui les ont citées? Leur mode d'action se serait-il donc complétement modifié, tout en donnant des résultats identiques? Et à quoi faut-il attribuer cette modification? Est-ce à la différence entre les doses actuellement prises et le nombre formidable de verrées quotidiennes qui est resté dans la mémoire des anciens habitants de Vals? Cela doit y être pour beaucoup certainement. Mais il y a une autre cause que voici: Nous croyons, et une expérience directe nous l'a souvent démontré, que ces eaux retiennent actuellement une très-notable quantité d'acide carbonique en dissolution, et qu'autrefois elles n'en contenaient pas. Vals est sur un volcan d'acide carbonique; partout il s'en échappe : dans le lit de la rivière, dans toutes les fentes du terrain, sous toutes les pierres de la vallée. Les travaux accomplis auprès des sources que nous étudions dans ce moment ont eu pour résultat de faire pénétrer l'acide carbonique dans les réservoirs qu'on leur a créés, et l'eau en retient une très-grande quantité. D'où, à coup sûr, une plus grande tolérance de l'estomac à l'égard de cette eau. La modification sur laquelle nous appelons actuellement l'attention ne nous paraît pas de nature à détruire en rien la valeur des analyses faites précédemment, ni à modifier la composition des sels en dissolution dans l'eau. L'acide arsénique, l'acide sulfurique, ni l'acide silicique ne sauraient être déplacés par l'acide carbonique, et la présence en excès, dans l'eau de ces sources, de l'acide sulfurique libre nous rassure absolument sur la stabilité des sels en dissolution. Quant à l'effet émétique de ces eaux au début du traitement, il ne nous semble nullement à regretter. Les auteurs anciens lui attribuaient, à la vérité, la cure des fièvres intermittentes, mais il n'en est rien. Ce n'est pas à l'eau vomie, mais à l'eau absorbée que le succès doit être rapporté. C'est à la présence du fer et de l'arsenic et à la parfaite dissolution de ces agents dans les eaux de ces sources qu'elles doivent leurs vertus; et leur mode d'action a été, selon nous, parfaitement défini, quand on les a dites toniques et reconstituantes.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la marine et des colonies écrit à l'Académie pour lui transmettre une demande de vaccin pour Sainte-Marie de Madagascar.

M. le ministre de la guerre adresse, pour la bibliothèque de l'Académie, un exemplaire du tome XVII (2e série), du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Somme en 1870 et du Gard en 1871 (Comm. des épidémies); — 2° un rapport de M. le docteur Privat, médecin inspecteur des eaux minérales de Lamalou-l'Ancien, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1870 (Comm. des eaux minérales).

M. le ministre des travaux publics adresse une lettre accompagnant l'envoi d'une note de M. le docteur Riembault, intitulée : *De*

l'encombrement charbonneux des poumons, affection qui, selon lui, atteindrait généralement les personnes occupées dans les mines de houille. (Commissaires : MM. Hérard, Fauvel et Béhier.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend :

1° Une lettre de M. Baillet, professeur à l'École d'Alfort, qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

2° Une note de M. le docteur Sistach sur l'*Emploi du tannate de quinine en Algérie.*

Les avantages que M. Sistach reconnaît au tannate de quinine sont les suivants :

a. Il ne produit ni céphalalgie, ni étourdissements, ni bourdonnements d'oreilles, ni dureté d'ouïe, phénomènes très-désagréables que produit presque toujours le sulfate de quinine.

b. Il ne produit pas non plus l'amertume consécutive de la bouche qui dure plusieurs heures et qui résulte de l'élimination du sulfate de quinine par la salive.

c. Chez certains malades, les femmes surtout, le sulfate de quinine détermine une surexcitation nerveuse, une agitation générale, un tremblement des mains et des avant-bras, qui rend impossible la coordination des mouvements. Avec le tannate ne se montre aucun de ces effets quiniques.

En résumé, dit en terminant M. Sistach, le tannate de quinine est, à doses égales, beaucoup moins actif que le sulfate; mais, à doses plus élevées, il jouit de la même efficacité thérapeutique et présente même certains avantages qui doivent le faire préférer chez des sujets nerveux.

3° Une note de M. Mayet, pharmacien, sur le laudanum de Sydenham. (Commissaires : MM. Gubler, Mialhe et Boudet.)

4° Une note de M. le docteur Ch. Pinel, sur un nouveau signe de la mort réelle consistant dans la sortie d'un sang décomposé (en fibrine et en sérum) à l'aide d'une saignée pratiquée avant ou après décès.

5° Une lettre accompagnant l'envoi d'un pli cacheté pour le prix d'Ourches. (Comm. du prix d'Ourches.)

6° Une lettre de M. le docteur Falret accompagnant l'acceptation du legs fait par M. Falret père à l'Académie de médecine;

7° M. le docteur Guibert (de Saint-Brieuc) demande l'ouverture d'un pli cacheté déposé sur le bureau de l'Académie dans la séance du 21 juin 1870; M. le secrétaire brise ce cachet et donne lecture d'une note qui a pour but d'établir les titres de M. Guibert à la découverte de l'anesthésie sans sommeil avec conservation de l'intelligence, des sens et des mouvements volontaires.

L'auteur a obtenu ce résultat avec les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, suivies d'inhalations de faibles doses de chloroforme. M. Guibert apporte trois observations à l'appui de cette assertion.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente, de la part de M. le docteur Ch. Girard, une brochure ayant pour titre : *L'ambulance militaire de la rue Violet, contribution à l'histoire médico-chirurgicale du siége de Paris.*

M. DEVILLIERS dépose sur le bureau une brochure ayant pour titre : *Rapport sur l'épidémie de variole qui existe à Avignon depuis le mois de septembre* 1870.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'en présence des ravages croissants qui résultent de l'abus de l'alcool, un certain nombre de médecins se sont réunis pour fonder une association contre l'abus des boissons alcooliques, et que la commission d'organisation serait très-heureuse d'obtenir l'assentiment de l'Académie. (Voir aux nouvelles.)

M. le Président annonce en outre que l'Académie tiendra sa séance publique, pour les années 1870 et 1871, mardi prochain 19 mars.

DISCUSSION SUR LE TANNATE DE QUININE

M. BRIQUET commence par reconnaître que M. Regnauld a montré son tact habituel en recherchant le point de solubilité du tannate de quinine à la température du corps humain. Ainsi, je reconnais volontiers, dit-il, que ce composé se dissolve à la température + 38°, par conséquent à la température du corps humain. Mais cette difficulté vaincue, il en reste d'autres. La dissolution se fait-elle dans l'estomac comme dans le tube à expériences? Non.

Supposons l'estomac dans l'état de vacuité, le tannate y rencontre des mucosités qui empêcheront son contact avec la quantité d'eau suffisante pour le dissoudre. Supposons, au contraire, l'estomac rempli d'aliments, la dissolution s'y fera au moins aussi difficilement et, selon toutes les apparencs aussi incomplétement que dans l'estomac vide.

Ainsi, il est bien certain que la solution du tannate de quinine ne peut se faire dans l'estomac, malgré la chaleur, que très-lentement et très-incomplétement; qu'en somme, elle est aléatoire, tandis que celle des bi-sulfates est certaine et prompte.

Admettant qu'une certaine partie du tannate soit entrée en dissolution, elle sera plus apte à être absorbée, mais elle ne sera pas décomposée, d'où l'absence des effets physiologiques particuliers à la quinine.

Ce qui fait le mérite du sulfate de quinine, c'est qu'il est très-facilement dégagé de son acide, tandis que la défaveur qui s'attache au tannate tient à ce que le tannin a pour la quinine une affinité si grande qu'il est difficile de la vaincre.

Après avoir signalé les irrégularités qui dépendent de la nature du composé, M. Briquet passe à celles qui viennent de la composition du tannate, et il établit que ce qu'on est convenu d'appeler le tannate de quinine a une composition très-variable.

M. Briquet met ensuite sous les yeux de l'Académie plusieurs échantillons qui tous ont des points de solubilité très-élevés; l'un d'eux, qui a été seul ingéré, a laissé passer à peine dans l'urine une trace infiniment faible de quinine.

Passant aux tannates dont s'est servi M. Vulpian, M. Briquet montre que ces tannates sont impurs, et que leur point de solubilité décroît à mesure que la substance offre plus de probabilité d'impureté.

Il sort évidemment de ces comparaisons que le tannate de quinine, tel qu'on le livre dans la pharmacie, est un composé mal défini, non identique à lui-même, pouvant contenir des substances étrangères, variant selon la pharmacie où on l'a pris, par conséquent un mauvais médicament.

Reste à connaître l'effet thérapeutique du tannate de quinine. M. Briquet ne prétend pas contester la réalité des faits qui ont été portés devant l'Académie; il admet comme établies les guérisons indiquées, mais il fait observer en même temps que toutes les préparations de quinine, quelque faible que soit la quantité d'alcaloïde qu'elles contiennent, guérissent les fièvres intermittentes, mais elles ne guérissent pas les rhumatismes articulaires; c'est ce qui a eu lieu aussi pour le tannate.

En définitive, le tannate de quinine est un médicament à composition variable, infidèle, sans action spéciale, inutile et constituant une surcharge sans but dans la thérapeutique.

M. BOUDET. Le tannate de quinine est un produit mal défini. Il peut se faire que les divers tannates dont on s'est servi dans la pharmacie soient fort différents les uns des autres, et qu'ils aient donné ainsi entre les mains des expérimentateurs des résultats dissemblables, et par conséquent difficilement comparables.

LECTURES

M. GUÉNIOT, candidat à la place déclarée vacante dans la section d'accouchement, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Sur la guérison par résorption des tumeurs dites fibreuses de l'utérus.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° La guérison par résorption de certaines tumeurs fibroïdes de l'utérus, quoique naguère encore contestée, doit être désormais regardée comme une vérité définitivement acquise. L'observation relatée dans ce travail et les cas authentiques qui s'y trouvent rap-

pelés ne permettent plus aucun doute sur la réalité d'une telle terminaison.

2° Ce mode de disparition des tumeurs est même susceptible d'une solution rapide. Quelques mois ont suffi, dans divers cas, à la résorption complète de myomes très-volumineux.

3° Dans les faits jusqu'ici connus, la résorption s'est opérée pendant la période d'activité des fonctions génitales; mais l'état puerpéral n'a exercé que très-exceptionnellement une influence évidente.

4° Les myomes utérins peuvent disparaître encore, sans opération chirurgicale, de deux autres manières, soit par *explosion spontanée*, soit par *destruction gangréneuse ou suppuration*. Mais la disparition par résorption est la seule qui soit complétement exempte de dangers et toujours suivie de guérison : c'est elle, par conséquent, qu'il conviendrait surtout de provoquer.

5° Quoique les essais tentés dans ce but aient été, jusqu'ici, presque complétement nuls ou douteux dans leurs résultats, certains faits cependant autorisent à penser que la thérapeutique, sur ce point, est en voie de progrès.

6° Autant qu'il est permis d'en juger par analogie, les myomes utérins, pour être susceptibles de résorption, doivent subir au préalable l'altération graisseuse de leur masse.

7° Enfin, d'après cette donnée de physiologie pathologique, l'emploi des substances réputées stéatogènes, comme l'arsenic, le phosphore, le plomb, etc., semble particulièrement indiqué pour obtenir un pareil résultat.

(Ce travail est renvoyé à la section d'accouchement, formée en commission d'élection.)

M. ÉDOUARD FOURNIER donne lecture d'un travail intitulé : *Nouvelle classification des phénomènes de la vie*. Ce travail est extrait d'un livre qui doit paraître incessamment, ayant pour titre : *Physiologie du système nerveux*.

La séance est levée à 5 heures un quart.

SOCIÉTÉ

des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille.

PRIX WICAR

FONDATION DU PRIX WICAR

Extrait du procès-verbal de la séance du 19 mars 1865.

La Société arrête les résolutions suivantes :

1° Il est fondé un prix annuel qui portera la dénomination de Prix Wicar. — Ce prix, dans l'état actuel des ressources de la Société, sera de 1,000 francs;

2° Le Prix Wicar sera attribué successivement et par année aux diverses branches d'études, lesquelles seront, à cet effet, partagées en trois sections, comme suit :

Section de la Littérature et des Beaux-Arts : Littérature, poésie, architecture, peinture, etc.

Section des Sciences : physique, chimie, mécanique, médecine, etc.; sciences industrielles.

Section des Sciences historiques, morales et économiques.

3° Un prix ne pourra être réduit ni partagé; il ne sera pas attribué de mention honorable.

Dans le cas où le prix attribué à une section ne serait pas décerné la première année, le concours restera ouvert pour les années suivantes, jusqu'à ce que le prix soit décerné ou jusqu'à ce que le roulement triennal ramène le prix dans la même section. Dans ce dernier cas, la Société aura à ouvrir de nouveau, dans cette même section, un concours pour lequel la somme affectée au prix nouveau sera ajoutée à celle du prix resté sans emploi; il pourra alors être proposé deux prix ou un seul de valeur double.

4° Un programme détaillé sera rédigé le plus tôt possible en vue des prochains concours à ouvrir.

Pour extrait :
Le secrétaire général, P. Guiraudet.

Pour le président absent :
Le vice-président, J. Girardin.

CONCOURS WICAR

TABLEAUX DES PRIX A DÉCERNER

1872.	Concours	de physique expérimentale.	— Prix de 1,000 fr.
—	—	de littérature.	— Prix de 1,000 fr.
—	—	de médecine.	— Prix de 1,000 fr.
1873.	—	d'histoire (1).	— Prix de 1,000 fr.
1874.	—	de sculpture.	— Prix de 1,000 fr.

CONCOURS DE 1869

Reporté en 1872

Section des sciences. — Physique........ — Prix de 1,000 fr.

La Société décernera le prix au meilleur travail *inédit* sur l'une quelconque des branches de la physique expérimentale.

Par décision spéciale, les manuscrits devront être parvenus au siége de la Société avant le 1er juin 1872.

CONCOURS DE 1871

Reporté en 1872.

Section de la littérature et des beaux-arts. — Littérature.
Prix de 1,000 fr. (2).

Etude historique et critique sur un des artistes ou des écrivains illustres du nord de la France, tels que Jean de Bologne, Josquin Desprès, Philippe de Comines, Meyer, Enguerrand de Monstrelet, etc.

La Société demande, non-seulement que l'étude soit complète, mais encore qu'elle s'appuie autant que possible sur des documents originaux.

CONCOURS DE 1871

Section des sciences. — Médecine........ — Prix de 1,000 fr.

La Société décernera le prix au meilleur travail *inédit* sur la thermométrie clinique.

CONCOURS DE 1873 (3)

SECTION DES SCIENCES HISTORIQUES, MORALES ET ÉCONOMIQUES. — HISTOIRE. — PRIX DE 1,000 FRANCS.

Ce prix sera décerné à la meilleure monographie d'un établissement civil ou religieux, tel que abbaye, chapitre, ville du département du Nord.

Le travail demandé devra avoir pour base les documents authentiques, inédits, textuellement rapportés en forme de cartulaires ou de pièces justicatives. Il sera suivi d'index comprenant les noms des lieux et des personnes.

CONCOURS DE 1874

SECTION DE LA LITTÉRATURE ET DES BEAUX-ARTS. — SCULPTURE.

Projet de fontaine monumentale, avec figures, à ériger sur une place ou une promenade de la ville de Lille.

(1) Ce prix pourra être décerné en 1872 et 1873.

(2) Ce prix n'ayant pas été décerné en 1872, il sera prorogé, s'il y a lieu, jusqu'en 1874.

(3) Ce prix pourra être décerné, s'il y a lieu, au concours de 1872.

Le sujet serait laissé au choix de l'artiste, en l'invitant, toutefois, à se renfermer, autant que possible, dans l'histoire locale.

Le projet devra être fait en relief au huitième au moins de l'exécution.

Dispositions générales pour les concours Wicar.

Les pièces destinées au concours pour le prix Wicar doivent être adressées *franc de port* au secrétariat général de la Société, à l'Hôtel de Ville, à Lille. Passé le 15 octobre, aucune pièce ne sera admise.

La Société fera connaître, par la voie des journaux de Lille, quels sont les travaux reçus pour le concours.

Chaque envoi portera une épigraphe reproduite en forme d'adresse sur un billet cacheté contenant l'indication des nom, prénoms, qualité et domicile de l'auteur, avec une attestation signée de lui, constatant que les travaux ou dessins envoyés sont inédits et ne sont la reproduction d'aucune œuvre exécutée ou publiée. L'inexactitude reconnue de cette affirmation entraînerait la mise hors de concours.

Il ne sera ouvert d'autre billet que celui qui correspondra à l'œuvre couronnée.

Toute œuvre envoyée pour le concours reste la propriété de la Société qui peut autoriser les auteurs à en faire prendre copie à leurs frais.

La disposition précédente n'est pas applicable aux tableaux, dessins, plans et modèles destinés au concours des beaux-arts. Dans le concours d'architecture, l'œuvre qui aura mérité le prix restera la propriété de la Société, qui se réserve de la publier.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général de la Société.

Le président : BLANQUART-ÉVRARD.

Le secrétaire général : J. GOSSELET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il vient de se fonder à Paris une association nouvelle sous le titre d'*Association française contre l'abus des boissons alcooliques.* — Le but et les moyens d'action de la Société sont suffisamment indiqués dans le libellé des dispositions générales suivantes :

Art. 1er. — Une Société est instituée à Paris sous le nom d'*Association française contre l'abus des boissons alcooliques.*

Art. 2. — Elle a pour objet :

a. De combattre les progrès incessants de l'abus des boissons alcooliques.

b. De provoquer la création, dans les départements, de Sociétés locales tendant au même but.

Art. 3. — La Société se propose d'employer à cet effet tous les moyens que l'expérience lui suggérera et notamment :

a. D'instituer des conférences sur les dangers de l'intempérance.

b. D'encourager toutes espèces de publications (brochures, manuels, almanachs, etc.) conçues dans le même ordre d'idées.

c. De favoriser, notamment au moyen de sociétés coopératives de consommation, le remplacement des liqueurs alcooliques, comme boisson usuelle, par le café, les vins naturels, le cidre et la bière.

d. De chercher à obtenir à cet effet l'augmentation des impôts sur les liqueurs alcooliques et, autant que possible, le dégrèvement des autres boissons.

e. De réclamer des mesures légales efficaces contre l'ivresse publique et sur la police des débits de boissons.

f. De publier un bulletin qui fera connaître les actes de l'association et où seront traitées toutes les questions relatives à l'alcoolisme.

Art. 4. — La Société se compose, en nombre illimité, de membres honoraires, membres titulaires, correspondants nationaux et correspondants étrangers.

Art. 5. — L'Association sera administrée gratuitement par un conseil composé de 45 membres élus en assemblée générale et renouvelable par tiers chaque année.

Le conseil d'administration choisira dans son sein les membres du bureau.

Art. 6. — La cotisation annuelle des membres titulaires et des correspondants nationaux est fixée provisoirement à 20 fr. Ils recevront gratuitement un exemplaire de toutes les publications de la Société.

Art. 7.— Les adhésions peuvent être adressées dès aujourd'hui à l'un des membres de la commission d'organisation. Quand le nombre des adhérents, résidant dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, aura atteint le chiffre de deux cents, ils seront convoqués en assemblée générale à l'effet d'adopter les statuts et le règlement d'administration intérieure de l'Association, de nommer le conseil et de prendre toutes autres mesures qui pourront être jugées utiles pour le fonctionnement de l'œuvre.

Les membres de la commission d'organisation sont :

MM. Barth, Baillarger, Bergeron, Bouchardat, Chauffard, Dechambre, Fauvel, Hérard, baron Larrey, Théophile Roussel, L. Lunier.

N. B. Les adhésions peuvent être adressées au président du comité, 46, rue de Lille, ou au secrétaire, 52, rue Jacob.

— Les 28 et 29 juin prochain, l'Académie royale des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique célébrera le centième anniversaire de sa fondation. C'est en effet en 1772 que, par lettres patentes de Marie-Thérèse, cette Académie fut fondée sous le titre de « Académie impériale des sciences et belles-lettres. »

— *Société médicale d'Indre-et-Loire.* — Le prix annuel, qui consiste en une médaille d'or, sera accordé, pour l'année 1872, à l'auteur du meilleur mémoire sur la question suivante : *Des fractures des membres par armes à feu et de la valeur comparative des amputations primitives et secondaires.*

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques, à M. le docteur Picot, secrétaire général de la Société, 10, rue de la Guerche, à Tours, avant le 2 juillet 1872.

— M. Gustave Ambert, chef de l'expédition au pôle Nord, désire trouver un jeune docteur ayant une *instruction solide et variée* (sciences physiques et naturelles), qui veuille bien faire partie de la prochaine exploration polaire.

Écrire à M. Ambert, rue de Verneuil, 38, à Paris.

— M. le docteur Bitterlin (de Saint-Maur) vient d'être nommé chevalier de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur C..., à Saint-Saulge.— Adressez-nous une note détaillée; nous ferons tous nos efforts pour vous satisfaire.

M. le docteur S..., à Saint-Étienne. — Le 30 avril prochain.

M. le docteur A..., à Savignac-les-Églises. — Veuillez nous adresser un mandat de 26 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 16 MARS 1872. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saint-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Hystérie. Gravelle pileuse. — Sur l'action combinée de la morphine et du chloroforme (MM. L. Labbé et Goujon). — Société de chirurgie. — Nécrologie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Hystérie.

Malgré la quantité d'observateurs qui ont fait porter spécialement leurs études sur l'hystérie et la profusion de livres et de mémoires qui ont été écrits sur ce sujet, il subsiste sur certains points de son histoire, et en particulier sur la nature et le siége de cette affection, assez de doutes et d'obscurités pour que les médecins soient encore divisés aujourd'hui, comme ils l'ont été depuis l'origine de la médecine, en deux partis, représentés, l'un par les partisans de la localisation des phénomènes primitifs et essentiels de l'hystérie dans les organes sexuels, l'autre par ceux que nous appellerons les nervosistes, et qui font de l'hystérie une névrose générale, ou plus particulièrement une névrose de l'encéphale, dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions. Une troisième opinion mixte, et qui nous paraît plus près de la vérité, par cela même qu'elle n'est pas exclusive et qu'elle embrasse les faits sous tous leurs aspects et dans leurs expressions les plus diverses, consiste à regarder l'hystérie en réalité comme une névrose, c'est-à-dire une altération générale de l'innervation, dans laquelle l'ensemble du système nerveux, impressionné plus ou moins vivement et dans une étendue plus ou moins considérable, réagit avec des différences de forme, d'intensité, d'étendue proportionnée à ces diversités d'impression et à la variabilité des idiosyncrasies. Mais, dans cette dernière opinion, on reconnaît que ces réactions symptomatiques, que ces manifestations phénoménales, si diverses dans leurs détails, quoique si analogues dans leur ensemble, ne sont que les résultats de l'action réflexe de la moelle ou de l'encéphale impressionnés, ébranlés par une excitation primitive de quelque organe, principalement des organes génitaux. Le rôle réservé aux organes génitaux, d'après cette opinion, est d'être le point de départ de l'excitation, ou ce que les anciens appelaient le *pars mandans*. Ainsi, dans cette manière de voir, l'hystérie ne serait pas une maladie propre de l'utérus ou des ovaires; mais elle serait déterminée, occasionnée, sinon, à proprement parler, causée par une altération fonctionnelle de ces organes.

L'étude de l'hystérie, à ce point de vue et à d'autres points de vue plus immédiatement pratiques, que nous exposerons tout à l'heure, a été reprise dans ces derniers temps par M. le docteur Chairou (1), que sa position de médecin en chef de l'asile du Vésinet plaçait dans d'excellentes conditions pour observer cette affection. Deux cas d'hystérie, chez des hommes que nous avons eu l'occasion de voir tout récemment dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, pendant les suppléances de MM. Constantin Paul et Beaumetz, et qui nous ont rappelé des faits semblables que nous avions vus déjà précédemment, soit dans les hôpitaux, soit dans notre pratique particulière, nous ont fait parcourir ce travail de M. Chairon avec d'autant plus d'intérêt que nous savions d'avance que nous nous trouverions en opposition sur certains points, et en particulier sur le fait de l'hystérie chez l'homme.

Exposons d'abord les faits principaux que notre confrère s'est proposé de mettre en lumière. Nous verrons après à discuter s'il y a lieu.

M. Chairou s'est proposé, dans ce travail, d'émettre et de démontrer par les faits cliniques cette double proposition, savoir : que la crise convulsive, dite hystérique, ne constitue pas l'hystérie, cette crise pouvant exister sans l'affection même, comme cela se voit chez certaines femmes et même chez des hommes ou des enfants qui, sous l'influence d'une vive contrariété ou d'un violent chagrin, peuvent être pris de convulsions hystériformes; et que l'hystérie vraie, au contraire, est une affection de nature essentiellement chronique et progressive, dont le signe pathognomonique constant consiste dans l'insensibilité de l'action réflexe de l'épiglotte.

Comment M. Chairou a-t-il été conduit à découvrir ce fait de l'insensibilité constante de l'épiglotte dans l'hystérie?

A un très-léger degré, dit-il, dès le début de la maladie, en l'absence de tout autre phénomène, en avançant le doigt sur la base de la langue, on pourra apprécier que l'épiglotte qui est relevée est complétement insensible. On peut la chatouiller avec une barbe de plume, ou tout corps léger quelconque, introduire même le doigt sur l'orifice supérieur du larynx au point d'inter-

(1) *Études cliniques sur l'hystérie*, par M. le docteur E. Chairou. 1 vol. in-8. Paris, 1870. — J.-B. Baillière et fils.

cepter l'accès de l'air et de déterminer une asphyxie légère, il n'y aura pas d'effort de vomissement.

M. Chairou insiste, du reste, sur l'extrême précaution à prendre dans cette expérience. Il recommande d'introduire avec précaution le doigt sur la langue jusqu'à sa base, en glissant doucement ; on arrive ainsi rapidement au contact de l'épiglotte que l'on peut chatouiller, toucher et même gratter avec l'ongle sans déterminer le moindre mouvement de régurgitation.

Or, affirme-t-il, toute femme ayant une congestion d'un ou des deux ovaires et présentant cette anesthésie de l'épiglotte, est hystérique. Abandonnée à elle-même, la maladie prendra invariablement la marche ascendante, et il suffira souvent d'un accident léger, d'une émotion insignifiante, pour déterminer tout le cortége des phénomènes de l'hystérie.

Ce seul signe a souvent permis de diagnostiquer avec certitude l'affection hystérique, et quelques jours après, une attaque complète, et souvent même des accidents plus graves lui montraient la précision de son diagnostic en l'absence de tout autre symptôme.

Voici l'un des faits, entre autres, que cite M. Chairou à l'appui de ses propositions.

Une jeune fille de 20 ans, convalescente d'une métrite, pour laquelle elle avait été soignée à l'hôpital de la Pitié, fut admise à l'asile du Vésinet le 21 avril 1869. Cette jeune fille n'avait aucun antécédent hystérique. Elle avait été généralement bien portante. Cependant deux ans avant, ayant été renversée par une voiture, dont une roue lui passa sur la poitrine, sa menstruation fut suspendue et ne revint qu'au bout de cinq mois, s'accompagnant depuis, à chaque époque, de douleurs vives soit dans les reins, soit dans le ventre.

Au premier examen, le 22 avril, M. Chairou constata une abolition complète de la sensibilité de la gorge et de l'épiglotte. La sensibilité était obtuse dans les membres à la plante des pieds. Elle se plaignait d'éprouver des douleurs vives dans le ventre, particulièrement une douleur sur le trajet du ligament large gauche, qui s'irradiait dans tout ce côté.

Le 4 mai, un second examen donna les mêmes résultats. Il n'y avait pas eu encore de crise nerveuse le matin ; mais le soir, une attaque assez forte se déclara et dura trois heures, de huit à onze heures.

Le lendemain 5, nouvelle attaque. La malade fut dirigée sur l'infirmerie. Le ventre était douloureux, principalement dans la fosse iliaque gauche ; le palper abdominal était intolérable ; mais l'action réflexe de l'épiglotte était toujours nulle et la sensibilité générale obtuse.

Le 7, nouvelle attaque. La malade fut mise à l'usage de pilules d'extrait thébaïque, qui furent difficilement tolérées et déterminèrent des vomissements.

Le 11, les douleurs abdominales persistant, on fit une application de sangsues sur le col de l'utérus.

Dix jours après, la malade ne se plaignait plus du ventre, et l'action réflexe de l'épiglotte était complétement revenue.

Chez cette malade, les attaques d'hystérie avaient été prévues et annoncées par M. Chairou, en se fondant sur le seul fait de l'insensibilité de l'épiglotte.

Des faits semblables se sont reproduits plusieurs fois.

La différence de modalité dans la sensation de l'épiglotte est du reste variable, fait remarquer plus loin M. Chérou. Voici, suivant cet observateur, quel est le cas le plus fréquent.

Tout à fait au début de l'invasion, lorsque la manifestation est absolument latente, qu'on ne peut la soupçonner qu'en raison de l'altération connue dans les fonctions des ovaires, on peut introduire le doigt à la base de la langue sur l'extrémité libre de l'épiglotte, l'insensibilité réflexe est complète. La malade sait qu'on touche son épiglotte, mais sans l'impressionner péniblement ; au bout de quelques secondes, de légers mouvements réflexes de régurgitation apparaissent.

A ce degré, la maladie est latente, elle est en incubation et peut se prolonger assez longtemps sans modifications appréciables.

Si la maladie est abandonnée à sa marche naturelle, au bout d'un certain temps, la sensibilité réflexe de l'épiglotte est encore émoussée davantage. Alors on peut tenir le doigt appliqué à la base de la langue sans provoquer le hoquet convulsif. A cette phase, cependant, la malade perçoit encore les différentes variétés de température et l'acidité des substances qu'on lui met dans la bouche. Il en est de même si on applique l'électricité. Pendant quelques secondes, la malade supporte le courant électrique, puis le mouvement réflexe du hoquet apparaît. Au bout de quelques jours, la sensibilité est provisoirement rétablie, mais la guérison n'est pas obtenue si les fonctions menstruelles ne sont pas revenues à leur état normal.

Si à ce moment on examine la malade avec attention, voici ce qu'on trouve : aux époques habituelles d'une menstruation difficile, douleurs dans le ventre, palpitations, s'ajoutent une insensibilité complète ou relative de l'épiglotte, dans laquelle se trouve aboli le mouvement réflexe, une participation plus ou moins appréciable de la langue à cette insensibilité, ainsi que de l'odorat. Le sens du toucher lui-même est émoussé dans les membres inférieurs. Les fonctions de la vie organique paraissent, du moins pendant les premiers mois, rester intactes. Quant aux fonctions intellectuelles, elles commencent à être un peu surexcitées. A cette période, la maladie existe, mais elle est encore latente aux yeux des personnes qui entourent la malade. Mais que, dans ces conditions, il survienne une émotion vive, une contrariété, le premier accès éclate. Ce n'est que de ce moment que la maladie est appréciable pour les assistants.

On vient de voir l'importance que M. Chairou attache au fait de l'insensibilité de l'épiglotte, qui est un des points principaux ainsi que nous l'avons dit, sur lesquels il a voulu attirer l'attention. C'est un fait vérifiable. Nous ne pouvons qu'engager à notre tour ceux de nos confrères qui sont à même de voir souvent des hystériques à en faire l'épreuve.

Le second point que M. Chairou s'est proposé d'établir est celui de la congestion ovarique, qu'il considère comme la condition essentielle de l'existence de l'hystérie. L'exposition des faits invoqués en faveur de cette doctrine nous entraînerait trop loin pour aujourd'hui. Nous la réservons pour une autre Revue.

Gravelle pileuse.

M. le docteur Debout nous transmet deux observations très-intéressantes de gravelle pileuse qu'il a recueillies à Contrexéville, et qui, ainsi qu'il le dit justement à la fin de sa communication, apportent des éléments à l'étude d'un phénomène pathologique qui attend encore son explication.

Voici la note de notre confrère :

Les faits de gravelle pileuse sont rares, et quoique depuis Hippocrate (1) bien des auteurs aient parlé du trichiasis des

---

(1 [illegible] V. [illegible] L[illegible]l. Paris, 1839.

voies urinaires, aucune théorie n'est encore admise pour expliquer la présence des poils expulsés avec l'urine. En effet, si Rayer, dans son mémoire présenté à la Société de biologie en 1850, conclut à l'existence du trichiasis, M. le professeur Broca explique un nouveau fait présenté par lui le 17 juin 1868 à la Société de chirurgie par un kyste fœtal en communication avec les voies urinaires en exprimant un doute sur l'existence du trichiasis et en se demandant si tous les cas du même genre ne sont pas des pilimictions fœtales.

Nous pensons que les deux faits qui vont suivre ne peuvent pas permettre une pareille interprétation, et sans vouloir en donner une explication que, dans l'état actuel de la science, il nous serait impossible de fournir, nous allons les relater en mentionnant toutefois préalablement l'opinion de Bichat, qui, dans son *Anatomie générale* (1), dit ceci : « Quelquefois, il se forme des poils à la surface interne des muqueuses. On en a vu dans la vessie, l'estomac et les intestins. J'en ai trouvé sur des calculs du rein. »

Observation I. — M. G..., homme de 52 ans, vigoureux et bien constitué, vient à Contrexéville, en 1870, pour la première fois. Ce malade se plaint de maux de reins datant de deux ans et devenus presque continuels. Il expulse avec les urines du sable urique mêlé à des poils de grosseur et de couleur variables. Contrairement aux cas cités par Rayer et à celui qui va suivre, l'acide urique n'adhère pas à ces poils. Le malade, qui a été frappé de ce dépôt, en a recueilli une assez grande quantité, en petits paquets séparés, et nous les présente avec la date de l'émission des produits pathologiques.

Soumis à l'usage progressif de l'eau de Contrexéville en boissons, en bains, puis en douches rénales, il expulsa, pendant les huit premiers jours de son séjour dans cette station, une certaine quantité de poils mêlés à de l'acide urique que nous pûmes facilement recueillir.

Après ces huit jours, les poils disparurent, ainsi que les maux de reins, et le malade, qui appartenait à l'armée, ne revint plus à Contrexéville depuis cette époque.

Nous avons, ainsi que plusieurs de nos confrères, examiné les poils rendus par ce malade ; ils étaient pourvus de leur bulbe et ne présentaient rien de particulier.

Observation II. — M. C..., âgé de 46 ans, homme nerveux et bien constitué, est venu, il y a 14 ans, à Contrexéville pour la première fois à la suite de plusieurs crises néphrétiques et de quelques légers accès de goutte articulaire. Il y suivit, pendant quatre années, un traitement hydrominéral, et expulsa, sous l'influence de sa dernière cure, une petite masse dure du volume d'un pois formée d'un magma de poils et de sable urique. Il avait antérieurement rendu, avec le sable qui abondait dans ses urines, des poils isolés, mais n'y avait point fait attention, pensant que ces poils venaient du pubis ; mais alors que son attention eut été éveillée par l'expulsion de la petite boule dont nous venons de parler, il remarqua que les poils du pubis flottaient sur l'urine, tandis que les poils de la vessie étaient déposés dans le fond du vase. Il ne nous a pas été donné de vérifier cette assertion du malade.

A la suite de ces quatre saisons, le malade passa sept années sans ressentiment de gouttte ni de coliques néphrétiques ; il émit cependant encore du sable, et avec ce sable quelques poils dans les urines.

(1) T. IV, p. 354.

Revenu à Contrexéville en 1869 pour y rétablir son estomac, qui, depuis la mort de sa femme, survenue en 1866, était affecté de dyspepsie, et sur lequel, lors de ses premières visites, l'eau du Pavillon avait eu un effet salutaire, il y obtint le résultat qu'il désirait et partit guéri ; mais, au bout de quatre mois, le mal revint. Après une deuxième cure faite en 1870, dix mois se passèrent sans souffrances, malgré les pénibles émotions qu'amenèrent la guerre et l'occupation de sa résidence. Une troisième saison, en 1871, laisse espérer une guérison définitive.

Les coliques néphrétiques n'ont plus reparu; le malade a toujours continué à rendre, de loin en loin, un peu de sable et quelques poils. Une fois entre autres, le malade expulsa, non sans une vive douleur dans le canal, un poil qui présentait, dit-il, l'aspect d'un chapelet dont les grains étaient formés d'acide urique.

Tels sont les faits qu'il nous a été donné d'observer, et, nous le répétons sans pouvoir en donner l'explication, nous doutons fort que celle de M. le professeur Broca, la pilimiction fœtale, et même l'opinion de Bichat, la formation de poils sur les muqueuses, puissent, dans ces deux cas, expliquer cette émission abondante de poils avec les urines. Aussi nous sommes-nous simplement proposé d'apporter des éléments à l'étude d'un phénomène pathologique qui attend encore une interprétation satisfaisante.

SUR L'ACTION COMBINÉE DE LA MORPHINE ET DU CHLOROFORME

Note de MM. L. Labbé et E. Goujon, présentée à l'Institut par M. Cl. Bernard.

Bien que l'usage du chloroforme comme agent anesthésique soit déjà ancien, il n'est pas de chirurgien, quelles que soient sa pratique et son habileté, qui n'use de cet agent avec une certaine appréhension. C'est qu'en effet, il n'existe pas jusqu'à ce jour de règle ou de procédé pour nous mettre dans une complète sécurité à l'égard des accidents qu'il peut produire.

Obtenir l'anesthésie complète en échappant aux risques d'accidents mortels qu'entraîne malheureusement, souvent encore, l'absorption du chloroforme, est donc un problème dont la solution est bien digne de tenter tous les chirurgiens.

M. Cl. Bernard, à son cours du Collége de France, au moment où il étudiait comparativement l'action physiologique des différents alcaloïdes de l'opium, a soulevé cette importante question et l'a en partie résolue, en nous montrant qu'il est possible, en combinant l'action de la morphine et du chloroforme, d'obtenir un état d'anesthésie très-complet, avec une quantité de chloroforme beaucoup moindre qu'il ne la faut ordinairement, lorsque cette substance est employée seule. Pour donner cette démonstration, M. Cl. Bernard injectait préalablement sous la peau d'un chien une certaine quantité de chlorhydrate de morphine (cinq ou dix centigrammes), et peu de temps après on administrait du chloroforme. Chaque fois l'anesthésie se produisait promptement et se prolongeait, bien que la quantité de chloroforme absorbée fût très-petite. Ces expériences furent répétées un grand nombre de fois, et toujours avec le même résultat.

Au moment où M. Cl. Bernard faisait ces intéressantes recherches, un chirurgien de Munich, Nusbaüm, constatait également ce phénomène sur une femme qui avait, pendant le cours d'une opération, absorbé une grande quantité de chloroforme. Ce chirurgien ne voulut pas administrer plus longtemps de cette substance, dans la crainte de provoquer un accident mortel. Il eut alors l'idée d'administrer en lavement une petite quantité de morphine, et il

vit alors l'anesthésie chloroformique se prolonger bien longtemps encore.

Deux chirurgiens de Strasbourg, MM. Rigault et Sarazin, ont fait des recherches sur ce point. Jusqu'à ce jour leurs observations sont restées inédites, d'après les renseignements qui nous sont donnés par un de leurs élèves. M. Guibert, de Saint-Brieuc, nous communique la note suivante :

« Un centigramme de chlorhydrate de morphine en injection sous-cutanée, un quart d'heure après l'inhalation du chloroforme; on obtient d'abord l'analgésie sans sommeil avec intégrité complète de l'intelligence et des sens spéciaux. Cette analgésie n'est pas absolue et serait insuffisante pour les opérations graves avec section des troncs nerveux.

« En continuant l'inhalation, on obtient l'anesthésie, avec des doses de chloroforme inférieures à celles nécessaires quand on emploie le chloroforme seul. »

Nous ne croyons pas que, pour ce qui a trait aux applications à la chirurgie de cet important phénomène, découvert par M. Cl. Bernard, les chirurgiens aient eu l'idée de pousser plus avant les recherches.

Préoccupés de cette importante question, nous donnons ici un court résumé d'observations que nous avons entreprises chez l'homme, nous réservant d'y revenir sous peu, avec plus de développement et la rigueur scientifique que doit comporter le sujet, alors qu'il nous sera possible de doser d'une façon bien précise la quantité de chloroforme absorbée.

1° Le 27 janvier dernier, M. Labbé, dans son service de la Pitié, pratique sur un homme encore jeune une amputation sus-malléolaire; vingt minutes avant l'opération, on a injecté chez ce malade, à la partie interne d'une cuisse, deux centigrammes de chlorhydrate de morphine. On donne alors le chloroforme, et il se manifeste une légère excitation; au bout de sept minutes, l'anesthésie est complète et se prolonge encore longtemps après l'opération, qui a duré dix-sept minutes. La quantité de chloroforme dépensée est de 28 grammes. Ce malade, bien que la sensibilité ne soit pas encore revenue, répond parfaitement à toutes les questions qu'on lui fait, et il est très-éveillé.

2° Le même jour, nous agissons de même chez un autre malade qui doit subir une opération assez longue (évidemment du grand trochanter). Application de chloroforme vingt minutes après l'injection morphine; l'anesthésie est complète après six minutes d'inhalation du chloroforme. L'opération a duré trente-deux minutes, et il a été dépensé 25 grammes de chloroforme. Ce malade a eu une période d'excitation assez longue, puis il est tombé dans la résolution complète et n'a rien senti pendant toute la durée de son opération.

3° *Malade.* — Mardi 30 janvier, nous en donnons à un malade qui doit subir une opération de fistule à l'anus. Comme pour les deux autres, injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine un quart d'heure avant l'opération. Période d'excitation de cinq minutes, puis anesthésie complète. La quantité de chloroforme employée a été de 18 grammes.

4° *Malade.* — Injection de 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine à une jeune fille de 20 ans qui doit subir l'opération de l'ovariotomie. Le chloroforme est donné vingt minutes après l'injection; une légère période d'excitation se manifeste, et l'anesthésie est complète au bout de six minutes. L'opération a duré une heure quarante-cinq minutes, et la dépense de chloroforme, pour produire l'anesthésie pendant tout ce temps, a été de 48 grammes. Pendant tout ce temps, la malade a été dans un état complet de résolution, et elle s'est réveillée très-calme après l'opération, disant qu'elle n'avait rien senti et ne sentait encore aucune douleur.

En résumé, ces recherches, bien que très-incomplètes, nous permettent cependant d'affirmer :

1° Que l'on peut obtenir chez l'homme, comme l'a montré M. Claude Bernard pour les animaux, l'anesthésie bien plus rapidement en combinant l'action du chloroforme et de la morphine;

2° Que cette anesthésie est de plus longue durée et peut se prolonger très-longtemps avec de faibles doses de chloroforme, et que par ce fait, les risques d'accidents mortels peuvent se trouver considérablement diminués.

Nous croyons également que l'on pourrait sans inconvénient élever un peu la dose du chlorhydrate de morphine dans l'injection préalable, et qu'il y aurait peut-être avantage à pratiquer l'injection un peu plus longtemps avant l'opération que nous ne l'avons fait. Nous avons cru remarquer que tout n'était pas absorbé au point où avait été pratiquée l'injection au moment de l'opération.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Présidence de M. Dolbeau. — Séance du 6 mars 1872.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le numéro de mars des *Archives générales de médecine*; — Le *Lyon médical*.

— Une lettre de M. le docteur Polaillon qui se porte candidat pour la place de membre titulaire.

— Une lettre de remerciements de M. le docteur Baizeau, nommé membre correspondant.

— Un mémoire de M. le docteux Dechaux (de Montluçon), intitulé : *Des corps étrangers à travers les voies digestives et des inconvénients du crochet œsophagien de Graeef* (Comm.: MM. Sée, Saint-Germain, Forget).

M. Dechaux demande à être compris sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

HONORARIAT

Il est procédé à un scrutin par oui et par non, sur la demande de M. Legouest, membre titulaire, à l'effet d'obtenir le titre de membre honoraire.

Sur 28 votants :

Oui............................	26
Non...........................	2

En conséquence, M. Legouest est nommé membre honoraire.

COMMUNICATION

Tumeur fibro-plastique des grandes lèvres. — M. Tarnier. La tumeur que j'ai l'honneur de vous présenter a été enlevée avant-hier; la malade est une jeune femme de mon service, dont voici l'observation :

La nommée Jeannette P..., 27 ans, du département de la Nièvre, est en apparence d'une robuste constitution; elle fut réglée pour la première fois à 17 ans.

Il y a cinq ans environ cette femme, montée au haut d'un cerisier, tomba à califourchon sur l'une des branches de cet arbre; elle éprouva une vive douleur. Une large ecchymose apparut aux parties génitales, et quinze jours après, une tumeur, grosse comme une noisette, se développait dans l'épaisseur de la grande lèvre droite. — Je donne ces détails parce que, dans l'esprit de la malade, la chute qu'elle fit se lie étroitement à l'apparition de la maladie.

La tumeur s'accrut lentement; au mois de mars 1871, elle était grosse comme un œuf de poule. A cette époque, survint une grossesse. La dernière apparition des règles date du 19 mai 1871. Dès lors la tumeur s'accrut rapidement, et le médecin du pays qu'habitait la malade, pensant que l'accouchement pourrait être géné-

par une tumeur aussi volumineuse, l'envoya à la Maternité, où elle entra le 15 novembre 1871.

La tumeur était alors au moins aussi grosse qu'une tête de fœtus à terme; elle était absolument indolore. La peau qui la recouvrait était mobile, très-épaisse, d'apparence éléphantiasique. La masse morbide était de forme arrondie; à sa partie supérieure elle présentait un mamelon, également arrondi, qui faisait saillie.

La consistance de la tumeur était molle; je crus même y reconnaître distinctement de la fluctuation, et je diagnostiquai un kyste à parois très-épaisses. — Deux de mes collègues, MM. Depaul et Blot, virent ma malade; M. Blot partagea mon opinion, et M. Depaul pensa, au contraire, que le liquide devait être en petite quantité, s'il existait.

La tumeur était limitée à la grande lèvre droite, sans prolongement du côté de l'excavation pelvienne, sans pédicule adhérent à la branche intra-pulvienne.

Il me sembla qu'une opération faite pendant la grossesse pourrait être dangereuse, que l'accouchement se ferait sans grande difficulté, et que le plus sage était d'attendre.

Sous l'influence du repos, la tumeur qui gênait la malade par son poids diminua notablement, et je crus à une résorption partielle du liquide qui, dans ma pensée, devait exister dans cette tumeur.

L'accouchement eut lieu le 19 janvier 1872, sans aucune difficulté; tout se passa aussi naturellement que possible.

Après l'accouchement, la tumeur diminua rapidement, et fut bientôt réduite à la moitié du volume qu'elle avait précédemment acquis; puis elle resta stationnaire.

Quand tout écoulement lochial eut cessé, je fis deux ponctions exploratrices dans la tumeur, et je reconnus alors qu'elle était entièrement solide. Sur les instances de la malade, qui avait hâte de quitter l'hôpital, je me décidai à enlever cette tumeur. L'opération fut, en un mot, des plus simples.

La tumeur, comme vous pouvez le voir, est encore volumineuse; son poids est de 470 grammes. Autour de la masse principale, se trouvent quelques longs prolongements, qui plongeaient dans les tissus placés en arrière de la masse principale; leur énucléation fut aussi facile que celle de la masse principale.

La tumeur est formée dans sa totalité par un tissu blanchâtre, sur lequel on aperçoit des fibres disposées en faisceaux irréguliers. L'examen microscopique de ce tissu n'a pas encore été fait; je vous en ferai connaître le résultat dans la prochaine séance.

En vous communiquant cette observation, j'attire votre attention sur l'accroissement rapide de la tumeur pendant la grossesse, sa diminution après l'accouchement et la terminaison de l'accouchement, qui fut très-facile. A ce dernier point de vue, mes prévisions se sont réalisées; c'est d'ailleurs une remarque que les accoucheurs ont souvent faite relativement aux tumeurs de la vulve.

M. CHASSAIGNAC. La tumeur me paraît composée de parties diverses; il est difficile de dire exactement à quel genre elle appartient.

M. BLOT. La tumeur que j'ai examinée avant l'opération me paraissait être une tumeur liquide tant la fluctuation me semblait appréciable; mais je veux insister sur un autre point. La tumeur avait diminué de volume depuis l'accouchement; elle s'était atrophiée. Cette considération est une de celles qui confirment le plus cette manière de juger les choses, qui oblige à attendre que les femmes aient accouché pour les opérer de tumeurs existant pendant la grossesse.

M. DEPAUL insiste sur le retrait de la tumeur après l'accouchement. Il dit : tout le monde sait que les organes génitaux externes s'hypertrophient pendant la grossesse et reviennent à l'état normal après l'accouchement, et que cette hypertrophie est très-différente de l'œdème de la vulve.

Dans le cas présent, la tumeur présentée par M. Tarnier avait subi l'influence des grandes lèvres. Il y a une analogie frappante avec les fibromes utérins. Je n'ai pas besoin de rappeler à cet égard les convictions que nous avons tirées de la dernière discussion devant la Société, sur les fibromes utérins.

M. TARNIER. Il était curieux de montrer une tumeur augmentant pendant la grossesse et diminuant ensuite. Il en est de cette tumeur comme des végétations, et je suis tout à fait d'avis qu'il ne faut pas toucher aux tumeurs de la vulve pendant la grossesse. Si l'on coupe les végétations, on s'expose à des hémorrhagies graves et à des avortements.

J'ai vu une femme qui était tombée sur la vulve et avait eu une hémorrhagie tellement grave qu'il avait fallu tamponner. Lorsqu'on ôta le tampon pour faire uriner la malade, l'hémorrhagie se reproduisit. Le sang provenait d'une toute petite plaie. A l'autopsie, une injection d'eau, poussée par les urines, ressortait par la plaie.

M. DESPRÉS. Il ne faudrait pas s'exagérer la gravité des opérations sur la vulve. J'ai enlevé, par excision, des végétations énormes de la vulve chez des femmes enceintes, et qui n'ont point avorté. Seulement le sang coulait en assez grande abondance, et c'est pour cela que je m'étais imposé la règle de ne point couper les végétations en une seule séance.

Un fait frappant m'est resté dans l'esprit. Une femme enceinte de cinq mois, à laquelle MM. Tarnier et Tillaux avaient conseillé de ne point se faire opérer, voyant les végétations croître outre mesure et indéfiniment, est venue à Lourcine il y a 6 ans, réclamant une opération. Plein des opinions que soutient M. Tarnier, je résistai; mais, sur les instances de la malade, qui avait à la vulve un bouquet de végétations du volume d'une tête d'adulte environ, je fis l'opération avec les ciseaux, en deux fois, avec l'aide du chloroforme. Il coula pas mal de sang que j'arrêtai par la cautérisation avec le chlorure de zinc. La malade n'eut aucun accident, et elle accoucha à terme.

M. CHASSAIGNAC. Il ne faut pas poser de règles absolues. J'ai publié des observations de végétations de femmes enceintes enlevées avec l'écraseur linéaire. C'est une affection grave que des végétations; le suintement, les excoriations, l'odeur infecte rendent la vie pénible aux malheureuses femmes que l'on n'opère pas, et si on peut les débarrasser, on le doit. D'ailleurs, je ne vais pas à l'encontre de ce que disent nos collègues quant aux inconvénients des opérations en général chez les femmes grosses.

M. BLOT. Je suis de l'avis de M. Chassaignac. Il ne faut pas proscrire d'une manière absolue les opérations chez les femmes grosses. Si une tumeur est une cause de gêne excessive, il faut faire quelque chose, pour les végétations en particulier. On peut les flétrir à l'aide du tannin ou d'autre poudre, et même les enlever. Mais quand il n'y a pas d'indication absolue, il ne faut pas opérer, car les hémorrhagies sont toujours à craindre.

En 1845, j'ai vu chez Velpeau une malade qui avait des végétations énormes de la vulve donnant une odeur infecte. Velpeau les enleva avec l'instrument tranchant. Il y eut une hémorrhagie considérable; l'anémie survint; quelques jours après l'avortement eut lieu, et l'hémorrhagie se reproduisit. En thèse générale, il vaut mieux ne pas opérer les végétations, et si on les opère, il vaut mieux employer l'écraseur linéaire que tout autre moyen. Néanmoins la proposition de M. Tarnier doit être retenue.

M. FORGET. A quelle date, après l'accouchement, convient-il de pratiquer une opération sanglante dans les organes génitaux, sans qu'on ait à craindre l'influence de l'état puerpéral sur l'évolution de la plaie et sa cicatrisation? Le retour de l'utérus et de ses annexes à l'état physiologique est effectué au bout de six semaines. Est-ce assez? L'état général suit-il l'état local? Quelques faits tendraient à prouver le contraire.

M. DEPAUL. Il ne faudrait pas trop restreindre la proposition soutenue par M. Tarnier; mais on peut se demander jusqu'à quel point on peut opérer les femmes grosses. Dubois et nos anciens avaient reconnu qu'il y avait des accidents sérieux à redouter : les hémorrhagies et principalement l'avortement. D'une manière générale, on peut dire qu'il ne faut pas opérer les femmes enceintes; mais je ne nie point qu'on puisse enlever une tumeur gênante. Cependant, pour le fait spécial de M. Tarnier, nous sommes d'accord; tout ce qui s'est passé là s'explique par l'anatomie

et la physiologie, et était d'accord avec les enseignements que nous avons reçus. Les végétations, en principe, ne doivent pas être enlevées, parce que, dans la généralité des cas, on les voit s'atrophier et disparaître après l'accouchement. Pendant la grossesse, on peut les traiter par les poudres astringentes.

A l'appui du fait signalé par M. Tarnier, je dirai qu'une hémorrhagie était survenue chez une jeune femme, et qu'on avait tamponné le vagin, croyant qu'il y avait insertion vicieuse du placenta. Appelé près de la malade, je trouvai une petite plaie sur le capuchon du clitoris, au niveau d'une veine variqueuse; le sang s'épanchait en même temps dans le tissu cellulaire, comme dans les cas de thrombus de la vulve, suite de rupture de varices vulvulaires. Ces faits de plaies de la vulve engagent à toucher le moins possible aux organes génitaux externes de la femme pendant la grossesse. Il y a danger à agir; aussi je crois qu'il faut attendre l'accouchement pour opérer, autant que la chose est possible.

(*A suivre.*)

NÉCROLOGIE

Mort et obsèques de M. Michel Lévy.

Nous avions reçu, il y a trois jours, de notre excellent et éminent confrère et ami, M. Michel Lévy, l'invitation d'assister au mariage de son fils, M. Auguste-Michel Lévy, l'un de nos jeunes et de nos plus distingués ingénieurs des mines. Nous avons reçu hier de sa famille l'invitation d'assister à ses obsèques.

M. Michel Lévy, grand-officier de la Légion d'honneur, inspecteur du service de santé militaire, directeur de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, membre et ancien président de l'Académie de médecine, membre du Comité d'hygiène publique de France et du Conseil de salubrité de la ville de Paris, est mort le 13 mars, dans sa 63e année.

Nous venons, au moment où nous écrivons ces lignes, de lui rendre nos derniers devoirs. Un long cortége, dont faisaient partie ses collègues de l'inspection, tout le personnel de l'École et de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce et presque tous les médecins militaires faisant partie de l'armée, des officiers généraux et supérieurs de l'intendance et de l'armée, et un grand nombre de membres de l'Académie de médecine, de médecins civils et d'amis, a accompagné le corps de notre regretté confrère du Val-de-Grâce au cimetière du Père-Lachaise.

D'après les dernières volontés exprimées par M. Michel Lévy, il n'a été prononcé aucun discours sur sa tombe. Mais sa modestie ne pourra pas empêcher qu'on dise publiquement un jour, soit à l'Académie de médecine ou ailleurs, quels sont les titres qui recommandent la mémoire de M. Michel Lévy, comment par ses seuls mérites, par sa haute intelligence, ses merveilleuses aptitudes et un travail incessant, il était arrivé de bonne heure à la position la plus élevée de notre médecine militaire, et il avait acquis, jeune encore, la grande autorité scientifique qui lui avait assigné depuis longtemps la place qu'il occupait dans nos premiers corps savants. Nous ne voulons, pour le moment, qu'exprimer les profonds regrets de l'ami.

Dr B...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté des sciences de Paris. — M. E. Ritter, agrégé et chef des travaux chimiques de l'ancienne Faculté de médecine de Srasbourg, a subi avec un grand succès, le 28 février, devant la Faculté des sciences de Paris, les épreuves du doctorat ès sciences physiques. Sa thèse sur *les modifications que subissent les sécrétions sous l'influence de quelques agents qui modifient le globule sanguin* est un mémoire original, dont la partie chimique est remarquable par sa précision, et dont la partie physiologique peut servir de modèle aux jeunes savants.

M. Ritter a montré dans la soutenance un vrai talent de professeur.

— M. P. Bert commencera son cours de physiologie le lundi 18 mars, à trois heures et demie, et le continuera les jeudis et les lundis, à la même heure.

— Plusieurs médecins d'Alsace-Lorraine, voulant conserver leur nationalité, désirent s'établir en France. Les médecins qui voudraient céder leur clientèle, et les personnes qui connaîtraient des positions médicales à prendre, leur rendraient un grand service en envoyant les renseignements nécessaires à *l'Association générale d'Alsace-Lorraine, 46, boulevard Magenta.*

— *Hôpitaux civils de Mustapha et de Douéra.* — Un concours pour sept places d'élèves internes (deux chirurgiens et cinq pharmaciens) s'ouvrira à Alger pour les internes-chirurgiens, le lundi 22 avril 1872, et pour les internes pharmaciens, le jeudi 25 du même mois.

— M. le professeur Béhier commencera ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu le *lundi* 18 *mars* 1872, à neuf heures et demie.

Leçons les lundi, mercredi, vendredi de chaque semaine, à l'amphithéâtre n° 1 de l'hôpital.

Visite et interrogations des malades par les élèves tous les jours à huit heures et demie.

Des démonstrations concernant l'anatomie pathologique et les applications de la chimie aux recherches cliniques seront faites devant les étudiants qui se seront régulièrement inscrits à cet effet auprès du chef de clinique.

— M. le professeur Gubler commencera le mardi 19 mars courant, à cinq heures, son cours de thérapeutique.

Le professeur traitera cette année des *Eaux minérales de la France.*

— M. le docteur Fort commencera ses cours du semestre d'été le lundi 8 avril 1872 (1er et 2e examens de doctorat, 2e et 3e de fin d'année).

1° *Cours d'anatomie.* Deux leçons par jour, l'une à trois heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique; l'autre à cinq heures, dans l'amphithéâtre de M. Auroux. 116 leçons; le cours se terminera le 15 juin.

2° *Cours de pathologie.* Deux leçons par jour dans l'amphithéâtre de M. Fort, 12, rue du Jardinet; l'une à une heure, l'autre à quatre heures.

3° *Leçons pratiques de médecine opératoire.* Ces leçons commenceront le mercredi 10 avril, à deux heures, dans le pavillon des professeurs particuliers, n° 7, de l'École pratique, et dureront un mois. Chaque élève, pourvu de sa carte, fera toutes les opérations usuelles de la médecine opératoire (ligatures, amputations et résections).

— On demande un bon médecin pour Séville (Espagne). S'adresser à M. le docteur Delvaille, à Bayonne (Basses-Pyrénées).

— Le village de Jouy-sous-Morin, arrondissement de Coulommiers (Seine-et-Marne), se trouve en ce moment dépourvu de médecin. Deux villages voisins forment, avec le premier, une population d'environ 4,000 âmes à soigner. Des routes excellentes permettent de parcourir en voiture toute l'étendue de ces communes, dont la population est agricole sur les plateaux et industrielle dans la vallée du Grand-Morin. — S'adresser, pour plus amples renseignements, à M. le maire de Jouy-sous Morin par la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne).

PETITE CORRESPONDANCE

M. Henri J..., à Estonblon : 31 août 1872.

M. le docteur M..., à Villersexel. — La publication dont vous nous parlez continue à paraître.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Journal d'ophthalmologie, paraissant sous la direction des docteurs Galezowski et Piéchaud. — Première année. 2e livraison. — Prix de l'abonnement annuel : France, 20 fr.; étranger, 25 fr.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. — Nos de septembre et octobre; chaque numéro renferme 4 photographies. — Prix de chaque numéro : 2 fr.; et de l'abonnement à l'année : 20 fr. Adrien Delahaye.

Études médicales sur Baréges, par le docteur Armieux, médecin principal d'armée. Un fort vol. gr. in-8. — Prix : 8 fr.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Dictionnaire annuel du progrès des sciences et institutions médicales, par M. P. Garnier. — Septième année, 1870-1871. 1 vol. in-18 de xi-684 pages. — Prix : 7 fr. Germer Baillère.

Mémoire sur la Pancréatine, étude de chimie physiologique; par Th. Defresne, pharmacien de 1re classe, ex-interne des hôpitaux, lauréat de l'École de pharmacie. Paris, 1872, in-8 de 40 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Souvenirs de l'occupation d'Orléans par les Allemands en 1870-1871. — Théorie de l'invasion; les assassinats; les blessés; par le docteur Charpignon. Broch. in-8. — Prix : 1 fr.

Le siége de Paris au point de vue de l'hygiène et de la chirurgie, par M. l'inspecteur général docteur Gordon. Traduit de l'anglais par M. Gaston Decaisne, élève des hôpitaux. Paris, 1871, in-8° de 19 pages. — Prix : 50 centimes.

Revue photographique des hôpitaux de Paris. — Recueil mensuel publié par MM. Bourneville et Montméja. Numéros de novembre et décembre. Chaque numéro renferme trois photographies. — Prix de chaque numéro : 2 francs; et de l'abonnement à l'année 1872 : 20 francs.

Nouveau manuel de l'herboriste, ou traité des propriétés médicinales des plantes exotiques et indigènes du commerce, suivi d'un Dictionnaire pathologique, thérapeutique et pharmaceutique, par H. Béclu, élève en médecine de la Faculté de Paris. — Paris, 1872, in-18 de 256 pages avec figures intercalées dans le texte. Prix : 2 fr. 50.

Le Directeur : Dr E. Le Soupd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 33. — MARDI 19 MARS 1872. 45e ANNÉE. MARDI 19 MARS 1872. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saint-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — Congrès médical de France : Statuts et programme. — HÔPITAL SAINT-ANTOINE. Ictère chronique ; mort ; calculs du canal cholédoque ; hémorrhagies internes (M. Féréol). — Contributions de l'électricité à la thérapeutique des maladies des appareils urinaire et génital (M. Mallez). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille. — Nouvelles. — Petite correspondance.

CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE

Statuts et programme.

Art. 1er. — Un congrès médical sera ouvert à Lyon, le 18 septembre 1872.

Art. 2. — Le congrès sera scientifique et professionnel : il aura une durée de neuf jours.

Art. 3. — Le congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents.

Seront membres fondateurs les docteurs en médecine, les pharmaciens, les médecins vétérinaires diplomés de Lyon et des autres départements, qui en feront la demande à la commission d'organisation. Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Seront membres adhérents les docteurs en médecine, pharmaciens, vétérinaires, étrangers au corps médical lyonnais, qui enverront leur adhésion à M. le secrétaire général (M. le docteur Dron, 5, rue Pizay, à Lyon). — Ils seront exonérés de toute rétribution pécuniaire.

Art. 4. Les travaux du congrès se composeront :

1° De communications sur des questions proposées par la commission ;

2° De communications sur des sujets étrangers au programme.

Art. 5. — La commission a arrêté le programme suivant :

I. — Des épidémies de variole.
II. — Des plaies par armes à feu.
III. — Des ambulances en temps de guerre.
IV. — De la peste bovine ou typhus contagieux du gros bétail.
V. — Des causes de la dépopulation en France et des moyens d'y remédier.
VI. — Du traitement de la syphilis.
VII. — De la réorganisation de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie en France.
VIII. — Des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin et de la rendre en harmonie avec le rôle qu'il est appelé à remplir dans la Société.

Art. 6. — Ces questions seront traitées dans l'ordre de leur inscription au programme. Ainsi :

La 1re question du programme sera traitée le mercredi 18 ; — la 2e le 19 ; — la 3e le 20 ; la 4e le 21 (1); — la 5e le lundi 23 ; — la 6e le 24 ; — la 7e le 25; la 8e le 26.

Art. 7. — Les membres fondateurs ou adhérents qui désireront faire une communication sur une des questions du programme ou sur un autre sujet sont invités à adresser leur travail à M. le secrétaire général au moins une semaine (10 septembre) avant l'ouverture du Congrès. La commission décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre suivant lequel elles seront faites.

Art. 8. — Les séances du Congrès seront publiques, mais les membres fondateurs ou adhérents auront seuls droit de prendre part aux discussions.

Il y aura une ou deux séances par jour, suivant le nombre et l'importance des travaux.

Art. 9. — Chaque question n'occupera qu'un jour, et l'ordre du jour sera ainsi réglé : 1° Lecture sur les questions du programme ; 2° Discussion ; 3° Si le temps le permet, communication des travaux laissés à l'initiative individuelle.

Art. 10. — Le temps accordé pour chaque lecture sera limité, s'il y a lieu, en vue de donner accès à un plus grand nombre de travaux.

Art. 11. — A l'ouverture de la première séance, le Congrès nommera son bureau, composé d'un président, de vice-présidents, d'un secrétaire général, de secrétaires des séances.

Art. 12. — Tous les mémoires lus au Congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du secrétaire général ; ils sont la propriété du Congrès.

Les travaux du Congrès seront publiés en totalité ou en partie par le soin de la commission d'organisation.

Le président, P. DIDAY.

Le secrétaire général, Achille DRON.

(1) Le Congrès ne tiendra pas de séance le dimanche, à moins que l'importance des travaux à l'ordre du jour ne le nécessite.

COMMENTAIRES

En faisant suivre de commentaires l'énoncé de quelques-unes des questions, la Commisssion n'a point voulu circonscrire à un nombre limité de points les recherches auxquelles elle fait appel ; elle entend, au contraire, laisser aux communications toute la latitude, toute la généralité possibles. Elle n'a eu d'autre but que d'indiquer les côtés de la question qui lui paraissent plus particulièrement intéressants, soit par leur actualité, soit par leur caractère pratique.

Ire Question. — *Des épidémies de variole.*

En proposant cette question, la Commission a été guidée dans son choix par la gravité de l'épidémie de variole qui vient de désoler la France, après avoir ravagé une partie de l'Europe, et qui sévit encore en ce moment sur un grand nombre de localités de l'ancien et du nouveau monde.

Il lui a paru important de centraliser les observations qui ont pu être faites dans les diverses régions atteintes par le fléau et de recueillir un ensemble de documents propres à éclairer l'histoire de la maladie, à en faire apprécier la gravité, les causes et les allures.

La Commission avertit que la nature de la question comporte l'étude des moyens à employer pour prévenir la formation ou pour arrêter la marche des épidémies de variole semblables à celles que nous venons de traverser ; elle appelle à ce propos plus spécialement l'attention sur certains points de la question du vaccin, telles que la valeur comparée des diverses variétés de vaccin, la vaccination animale et les mesures de police sanitaire qui devraient être conseillées, en France, dans le but de favoriser et d'assurer la propagation de la vaccine.

IIe Question. — *Des plaies par armes à feu.*

La Commission appelle spécialement l'attention des membres du Congrès sur les points suivants : 1° effets primitifs et consécutifs des nouveaux projectiles sur les tissus vivants ; — discuter la question des balles explosibles.

2° Indications respectives de l'expectation méthodique, des amputations et des résections dans les fractures diaphysaires et articulaires.

Étudier comparativement ces trois méthodes au point de vue de la mortalité et de la conservation des fonctions du membre.

3° Modes de pansement de ces plaies, les plus propres à prévenir leurs complications et à permettre le transport des blessés à de grandes distances.

IIIe Question. — *Des ambulances en temps de guerre.*

Cette question s'imposait au choix de la Commission en raison des événements auxquels nous venons d'assister et qui ont montré, en France du moins, l'insuffisance du service de santé en temps de guerre.

La Commission appelle expressément l'attention des membres du Congrès sur les points suivants :

1° Étude comparative des ambulances au point de vue de leur organisation chez les différentes nations ;

2° Des rapports du chef d'ambulance avec le commandement militaire ;

3° Des rapports du service de santé régulier avec les ambulances libres.

IVe Question. — *De la peste bovine ou typhus contagieux du gros bétail.*

La Commission signale plus particulièrement l'importance des recherches :

Sur les pertes que la dernière épizootie, qui sévit encore, a fait éprouver à l'agriculture dans les diverses parties de la France ;

Sur l'étude comparée de cette affection avec les autres maladies virulentes, épidémiques ou épizootiques, de l'homme ou des animaux, avec lesquelles elle peut avoir des analogies ;

Sur les divers modes de propagation de la peste bovine ;

Sur les moyens les plus capables d'en arrêter les progrès ou d'en prévenir le retour ;

Enfin, sur la législation sanitaire relative au typhus dans les divers pays de l'Europe.

Ve Question. — *Des causes de la dépopulation en France et des moyens d'y remédier.*

La Commission, en adoptant cette question ainsi formulée, n'ignore pas que la dépopulation, en France, n'est pas absolue. Sa population s'accroît, il est vrai, mais elle s'accroît de moins en moins et beaucoup plus lentement que celle des autres nations de l'Europe et de l'Amérique. Il en résulte que notre force relative, sous ce rapport, diminue chaque jour.

Les causes de cette diminution, trop nombreuses pour être énumérées ici, sont de deux ordres : d'une part la diminution graduelle de la natalité ; d'autre part, la mortalité énorme des jeunes enfants : double face de la question à éclairer.

1° La diminution de la natalité provient de conditions nombreuses que les auteurs auront à rechercher, conditions qui mettent obstacle aux mariages ou les rendent peu féconds, tels que les grandes armées permanentes, le luxe exagéré, la débauche, l'alcoolisme, etc., etc.

2° Dans l'examen des causes de la mortalité des jeunes enfants, les auteurs auront à déterminer l'influence de l'allaitement mercenaire, du nourrissage artificiel, de l'industrie nourricière, des bureaux de placement, des crèches, de la vaccine, des habitations, etc., et à comparer sous ce rapport les résultats des usages ou des systèmes dans différents pays.

3° La Commission désire que les auteurs, après avoir étudié les causes de la dépopulation de la France, formulent d'une manière aussi claire et aussi précise que possible les moyens pratiques d'accroître la natalité et de diminuer la mortalité de ses jeunes enfants.

VIe Question. — *Du traitement de la syphilis.*

Le pouvoir du mercure contre la syphilis est incontestable. Mais on a avancé qu'il n'est pas opportun de le donner indistinctement chez tous les syphilitiques et à toutes les périodes de la syphilis. Existe-t-il réellement des cas de syphilis où non-seulement on puisse obtenir la guérison sans mercure, mais encore où il soit préférable de s'abstenir de ce remède ? D'autre part, le mercure doit-il être administré dès le début de l'accident primitif ? ou fait-on mieux, au contraire, de n'en commencer l'emploi que lorsque les accidents généraux de la syphilis apparaissent ?

Peut-on espérer la guérison radicale par un seul traitement mercuriel, et y a-t-il lieu de l'instituer en vue de ce résultat ? ou ne faut-il lui demander que la disparition de chacune des poussées successives dont se compose l'évolution totale de la maladie ? Dans le premier cas, quelle doit être la durée d'un traitement réputé curatif ? Dans le second, tous les accidents, quels qu'ils soient, qu'ils apparaissent isolés ou réunis, indiquent-ils obligatoirement, dès qu'ils réapparaissent, la reprise du traitement mercuriel ?

Quelle part doit être faite aux agents du traitement local contre certaines formes ou certaines récidives ?

Le traitement par l'absorption cutanée ou sous-cutanée (méthode Lewin) mérite-t-il, soit d'une manière générale, soit dans quelques cas à spécifier, d'être préféré au traitement usuel par l'absorption à la surface des organes digestifs ?

Quelle est la valeur, quelles sont les indications comparatives des mercuriaux et des préparations d'iode ?

Établir par des faits précis quel genre de secours le médecin peut espérer de l'emploi des eaux minérales, et notamment des

eaux sulfureuses, dans le traitement de telles ou telles formes de syphilis.

VII[e] QUESTION. — *De la réorganisation de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie en France.*

VIII[e] QUESTION. — *Des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin et de la mettre en harmonie avec l'importance du rôle qu'il est appelé à remplir dans la société.*

La Commission appelle plus spécialement la discussion sur les points suivants : 1° répression efficace de l'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie; 2° institution de chambres syndicales; 3° réglementation plus équitable des rapports entre les médecins et les Sociétés de secours mutuels.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. FÉRÉOL.

Ictère chronique. — Mort. — Calculs du canal cholédoque. Hémorrhagies internes.

Observation recueillie par M. RECLUS, interne.

Le 6 janvier, entrait dans la salle Sainte-Thérèse, n° 12, la nommée Marie P..., lingère, âgée de 32 ans. Quoique déjà fort affaissée et d'une intelligence médiocre, du reste, elle put nous donner les renseignements qui suivent :

Elle fut prise, il y a un an et demi environ, de maux d'estomac qui se manifestaient surtout après les repas, des aigreurs, quelques nausées, mais jamais de vomissements. Ce malaise durait une heure tout au plus. Au demeurant, elle se portait assez bien, lorsque tout à coup, et par suite d'un trouble dans le ménage, elle vit apparaître, deux ou trois jours après une vive contrariété, une jaunisse très-intense avec démangeaison à la peau et décoloration des matières fécales.

Depuis, l'ictère a persisté, mais soumis à de nombreuses alternatives : tantôt les téguments étaient d'un jaune verdâtre; tantôt, au contraire, on remarque à peine une légère teinte de la sclérotique. La malade, du reste, ne sait à quelle cause attribuer ces alternatives diverses. Elle ne se rappelle ni crampes, ni douleurs sourdes ou aiguës, ni coliques, ni vomissements qui eussent précédé de quelques heures ou de quelques jours la coloration plus foncée de la peau.

Elle n'en continue pas moins son travail, mais se lasse assez promptement et éprouve, vers le soir surtout, une grande fatigue musculaire. La menstruation est régulière.

Vers juillet 1871, elle part pour son pays, la Lorraine, y reste rois mois et sent ses forces revenir. Au retour, elle se remet au travail. Son appétit est bon, mais elle ressent encore quelques tiraillements, très-supportables d'ailleurs, au creux épigastrique, avec rétrécissement dans la région lombaire.

C'est alors que le 30 décembre, à son réveil, elle éprouve au côté *gauche* une très-vive douleur qu'augmente la pression, et l'ictère, presque disparu, se manifeste aussitôt très-intense. La douleur persiste trois jours et cède, dit la malade, à la suite de frictions qu'elle se fait elle-même.

Le 3 janvier la douleur reparaît, mais cette fois dans l'hypochondre droit. Elle s'exaspère par la pression, s'irradie en arrière et devient si vive que la respiration se suspend lorsque la malade veut poser le pied par terre ; elle accuse en même temps de la douleur dans le creux poplité. Ce sont ces douleurs, trois épistaxis survenues dans la journée et l'appareil fébrile qui se manifeste qui la décident, le 6 janvier, à entrer à l'hôpital.

Le 7 janvier, le médecin peut constater en dehors des symptômes propres à l'ictère : coloration très-foncée de la peau, matières fécales argileuses, sueurs et sécrétions vaginales jaunâtres, urine à précipité vert bouteille, un état général inquiétant. La langue est sèche et fendillée, la soif vive, les gencives saignantes, la peau chaude, le pouls est à 104 et la température axillaire à 38,4. En même temps manque de sommeil, céphalalgie légère, urine extrêmement rare, constipation opiniâtre.

Lorsque l'on palpe l'hypochondre droit, on trouve au foie un volume normal; la malade s'y plaint d'une douleur très-vive et appelle l'attention sur la jambe droite empâtée, légèrement œdémateuse; et peut-être sent-on profondément un cordon noueux dans le creux poplité.

Dans la journée, nouvelle épistaxis. Le soir, le pouls est à 106, la température à 38,5.

Le 8 janvier, les urines continuent à être rares : à peine 70 grammes dans les 24 heures. L'hypochondre est de plus en plus douloureux, et la douleur s'étend jusque dans la région rénale, où elle est plus vive que partout ailleurs. La ligne de matité descend d'un travers de doigt. Pouls 112, temp. 37,7. Le soir, la malade éprouve une douleur violente d'estomac : hématémèse 60 grammes environ d'un liquide marc de café. La céphalalgie s'accentue et devient très-vive. Pouls 112, temp. 38.

Le 9, le faciès s'altère, et la malade s'affaisse visiblement. La matité au niveau de l'hypochondre augmente, et l'on sent nettement un épanchement limité qui s'étend à droite de l'ombilic vers la région lombaire. La douleur du creux poplité a complétement disparu. Pouls 92, temp. 38,1. Mais le soir, la malade ne répond déjà plus aux questions qu'on lui adresse, la respiration est suspirieuse, la somnolence continue; cependant elle se passe fréquemment la main sur le front, ouvre les yeux et manifeste de la douleur lorsqu'on palpe la région rénale. Du reste, on ne trouve aucun autre accident nerveux; il n'existe pas d'hémiplégie. Pouls 76, temp. 38. Elle meurt dans la nuit.

Autopsie. — A l'ouverture du cadavre, s'écoule de la cavité abdominale une quantité très-considérable de liquide séro-sanguinolent, d'une coloration très-foncée, sans adhérence des intestins et sans fausses membranes, si ce n'est au niveau de l'hypochondre, où le foie présente de nombreuses adhérences, surtout en arrière.

Cet organe est volumineux, ferme, résistant, d'une coloration jaune-verdâtre qui se retrouve dans l'intérieur sur les surfaces de section; on y aperçoit un double piqueté, dont les grains sont les uns d'un jaune plus pâle, et les autres d'un jaune plus foncé. Son poids est de 2 kilogrammes. L'examen microscopique n'a pas été fait.

Les voies biliaires offrent de nombreuses altérations : la vésicule est adhérente à la fossette atrophiée et presque semblable à un appendice graisseux; mais ses parois sont épaissies, revenues sur elles-mêmes. Au fond de la vésicule se trouve un diverticulum renfermant un petit calcul.

Le canal cystique a disparu dans l'hypertrophie générale des parois ; mais une ouverture persiste qui établit un libre passage de la vésicule dans le canal cholédoque.

Ce dernier, raccourci, mais d'un diamètre très-considérable, présente, à son extrémité inférieure, au niveau du point où il pénètre dans le duodénum, une large ampoule contenant un calcul enchatonné du volume d'une grossse noisette. Il contient en outre 3 calculs plus petits; ses parois, du reste, sont très-épaissies, comme celles de la vésicule.

Les canaux hépatiques, très largement dilatés, peuvent admettre facilement l'extrémité du petit doigt et paraissent avoir un diamètre égal à celui des canaux bifurqués du sinus de la veine-porte. Dans l'intérieur du foie, les canalicules biliaires sont aussi volumineux que les rameaux portes adjacents et sont gorgés de bile qui sourd à la surface de la coupe lorsque l'on comprime la substance hépatique.

Outre ces lésions du foie, des hémorrhagies considérables se rencontrent dans tous les points environnants. C'est ainsi qu'au-dessous et qu'en arrière du foie, tout autour de l'atmosphère graisseuse du rein, se trouve une poche sanguine qui descend le long des artères, apparaît dans le péritoine, dans le tissu cellulaire de la gaine du psoas, et pénètre jusque dans le petit bassin. En incisant cette

poche, il s'écoule du sang fluide au milieu duquel il se trouve une masse considérable de caillots.

Les deux reins ont un volume inégal; le droit plus gros que le gauche; il est ferme, résistant, son parenchyme présente à la coupe une coloration jaune très-intense; le bassinet et les calices sont imprégnés de sang qui les colore en rouge; il est difficile de distinguer la substance corticale de la substance médullaire; cette dernière cependant est d'une teinte moins foncée.

Les parois de l'urèthre droit sont épaissies, très-infiltrées; la lumière paraît être oblitérée, ce qui pourrait expliquer la rareté des urines.

L'utérus est normal. Des deux ovaires, le droit est atrophié; deux petits kystes se sont développés à sa surface. Le gauche, noir, distendu, par du sang, offre dans son intérieur un tissu complétement détruit par l'hémorrhagie. La muqueuse stomacale et celle des intestins sont soulevées en plusieurs points par de nombreuses ecchymoses. Rien de particulier au cœur et à la rate.

Le cerveau, lorsque la boîte crânienne a été enlevée, présente un soulèvement de la dure-mère, et l'hémisphère droit, aussi bien à la base qu'à la convexité, est entouré par du sang d'un rouge brun parfois désigné sous le nom de *sang dissous*. Sous la pie-mère et au niveau du lobe occipital, la membrane vasculaire est soulevée par du sang; mais dans un point de la convexité, de la largeur de la paume de la main, et entouré de tous côtés par du sang, se trouve une surface jaune-serin. Cette partie est plus molle et s'affaisse. A la coupe, la coloration reste aussi intense; il existe dans ce point une portion ramollie comprenant le lobe occipital tout entier; mais dans son intérieur se trouvent de petits foyers sanguins assez mal délimités et fort nombreux, dont la teinte noirâtre contraste avec le tissu jaune environnant. Le ventricule latéral droit est plein de sang; le gauche est normal. Il en est de même de tout l'hémisphère.

CONTRIBUTIONS DE L'ÉLECTRICITÉ

A LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES APPAREILS URINAIRE ET GÉNITAL (1)

Par M. le docteur Mallez.

D'importantes contributions, procédant des vues théoriques les plus variées, ont été fournies par l'électricité à la thérapeutique des maladies des voies urinaires et de l'appareil génital.

Dans *les paralysies incomplètes de la vessie*, généralement comprises sons la désignation commune d'*atonie vésicale*, la faradisation donne, le plus souvent très-promptement, d'excellents résultats. Les réserves que comporte son indication tiennent à des considérations de diagnostic étiologique dont nous résumons ici l'examen.

Pour faradiser la vessie, on emploiera comme excitateurs, tantôt une sonde vésicale isolée jusqu'à quelques centimètres de son extrémité libre, avec un bouton humide appliqué au-dessus du pubis ou sur le périnée; tantôt deux boutons humides, l'un périnéal, l'autre sus-pubien; tantôt enfin un bouton sus-pubien et l'excitateur rectal olivaire appuyant sur la face postéro-inférieure de la prostate. Les séances, quotidiennes ou répétées deux fois par jour, doivent durer de trois à cinq minutes. Tous les appareils peuvent se prêter à cette opération; mais le plus convenable, en raison de la facilité de sa graduation et de la faculté qu'il laisse de faire varier la tension des courants, est l'appareil à chariot de Tripier (V. *Lésions de forme et de situation de l'utérus*, etc., et *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, oct. 1871) dont on emploiera la bobine à gros fil.

Les tentatives de traitement de l'atonie vésicale par les excitations des variations électriques doivent déjà être anciennes. Bonnefoy rapporte (*Applications de l'électricité dans l'art de guérir*, 1782) que Webster et Mauduit ont traité l'incontinence d'urine par des étincelles tirées le long du raphé et près de la symphise pubienne; il est difficile d'admettre que cette pratique, à laquelle ils ont dû des succès, n'ait pas été étendue à l'inertie de la vessie.

Grapengiesfer cite un cas de « paralysie du sphincter et du col de la vessie » guérie, non plus par l'électrisation à l'aide de la machine à frottement, mais par la galvanisation discontinue. Enfin Masson avait prévu l'utilité, dans ces cas, des applications des courants induits, applications que devaient réaliser Duchenne (*De l'électrisation localisée*, 1855), Pétrequin (*Académie des sciences*, 1859) et Michon (*Mém. de la Soc. de chirurgie*, t. II). Duchenne opère tantôt avec un excitateur dans la vessie et un dans le rectum, tantôt avec un excitateur vésical double, qui est un mauvais instrument; dans les paralysies vésicales qui compliquent les paraplégies, il se contente d'agir sur les parois abdominales; enfin il recommande de vider la vessie. Pétrequin agit également par la vessie et le rectum, ou dans la vessie et sur l'hypogastre; il ne vide pas la vessie.

Dans un travail récent (*On paralysis of the bladder and its treatment by the constant galvanic current*, 1871), J. Althaus, après avoir essayé de tenir compte autant que possible de la distinction qu'il serait désirable de pouvoir toujours faire entre les atonies vésicales proprement dites et les atonies vésicales symptomatiques d'une affection du centre nerveux, et après avoir reconnu l'efficacité de la faradisation contre les premières, vanté, contre les dernières, l'efficacité de la galvanisation, à l'occasion du procédé opératoire, insiste sur l'inutilité, pour agir sur la vessie, d'un excitateur introduit dans sa cavité : la galvanisation immédiate des parois vésicales présente quelques inconvénients, que la vessie soit vide ou pleine, tandis que la galvanisation extérieure donne les mêmes effets thérapeutiques sans présenter ces inconvénients.

Appliquant l'excitateur positif au-dessus du pubis, et l'excitateur négatif à la partie postérieure du cou ou au bas de la région lombaire suivant le siége de la lésion nerveuse, Althaus recourt ensuite, non pas à la galvanisation continue, mais à la galvanisation discontinue, faisant, dans une séance de trois à quatre minutes, 50 ou 60 interruptions au niveau du pôle négatif, soit une interruption de très-courte durée toutes les trois ou quatre secondes.

Nous pensons que, dans les cas auxquels l'auteur anglais applique la galvanisation discontinue, la galvanisation continue serait mieux indiquée contre la lésion nerveuse, les variations électriques destinées à agir sur la motilité de la vessie étant, s'il y avait lieu, demandées à la faradisation. Enfin, nous estimons avec lui que l'électrisation médiate atteint le plus souvent fort bien le but que l'on se propose, et que, quelque soit le procédé auquel on s'arrête, il n'y a pas lieu de modifier au préalable l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie.

A Pétrequin revient le mérite d'avoir constaté que le *catarrhe de la vessie*, effet ou cause, ou simplement coïncidence dans les cas de paralysie vésicale, était très-heureusement modifié par les séances de faradisation. Aussi convient-il de recourir à celle-

(1) Extrait d'un volume sous presse intitulé : *Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire.*

ci, dans le catarrhe chronique de la vessie, alors même qu'il n'existe pas de complication appréciable d'atonie.

Les conditions paralytiques qui favorisent la *spermatorrhée* sont encore mal déterminées. Tripier professe que ce symptôme est lié à une névropathie de l'ordre des paralysies cérébrales, et que les diverses affections de l'appareil génito-urinaire qui ont été données comme causes productrices de la spermatorrhée n'interviennent que comme sollicitations occasionnelles dans la production d'un phénomène réflexe.

Partant de cette vue théorique, nous avons appliqué ensemble au traitement de la spermatorrhée la galvanisation continue ascendante de la région rachidienne, galvanisation lombo-post-cervicale. Pile de 12 à 24 couples moyens; séances de cinq à dix minutes, suivant l'état de la pile. Le résultat a été quelquefois tout à fait satisfaisant au bout de trois à six séances; d'autres fois, l'amélioration n'a été que partielle, et le traitement longtemps continué n'a conduit qu'à des guérisons incomplètes, suivies de rechutes après l'interruption du traitement.

Les mêmes idées théoriques ont conduit Tripier à distinguer les *anaphrodisies* en *spinales* et en *cérébrales*. Dans les premières, il a recours à la faradisation pratiquée au moyen d'un excitateur uréthal et d'un excitateur rectal, ou d'un bain scrotal et d'un excitateur tantôt périnéal, tantôt sus-pubien. Cette pratique, qui lui a donné quelquefois des résultats tout à fait satisfaisants en moins de dix séances, lui a paru sans valeur dans les anaphrodisies cérébrales. Ici, il a recours à la galvanisation continue rachidienne ascendante, et cela avec des résultats moins nets. C'est une question encore à l'étude, et sur laquelle l'auteur ajourne toute conclusion thérapeutique jusqu'à ce que la lumière soit faite sur certains points de pathologie et de diagnostic étiologique encore assez obscurs.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mars 1872 (1). — Présidence de M. DOLBEAU.

M VERNEUIL. Combien faut-il attendre de temps après l'accouchement pour opérer? Je crois qu'il faut attendre au moins deux mois. J'ai pratiqué des opérations réparatrices sur la vulve après un mois et six semaines, et les opérations ont échoué. Il y a, du reste, une indication tirée d'une autre source; par exemple, pour les opérations de fistule vésico-vaginale, nous savons qu'en cas d'insuccès, on ne doit pas recommencer l'opération avant trois mois. Pour une suture du périnée pratiquée six semaines après l'accouchement, j'ai eu un insuccès; les fils d'argent avaient coupé les tissus.

Peut-on opérer les femmes enceintes? Certes, personne n'hésiterait à pratiquer une opération de hernie étranglée chez une femme enceinte. Mais j'ai observé un fait, qui ne sortira pas de ma mémoire : chez une femme enceinte, j'ai ouvert un abcès de la vulve; une angioleucite est survenue, puis l'avortement, puis une péritonite et l'infection purulente.

Valete, de Lyon, a publié un mémoire où il dit que l'on peut sans danger opérer une femme enceinte. Un de mes élèves, M. Petit, a fait une thèse remarquable sur ce sujet, et il a émis des idées entièrement opposées à celles de Valete. Depuis, j'ai observé des faits nouveaux.

J'ai opéré d'une tumeur du sein une femme dont j'ignorais la grossesse; la malade la dissimulait. La grossesse a suivi son cours, et la malade est accouchée à terme. Ce fait est plus heureux que les trois suivants. Sur une malade atteinte d'œdème de la glotte et enceinte, j'ai pratiqué la trachéotomie; quarante-cinq heures après, la malade avorte et meurt trois heures après. Pendant la Commune, une femme enceinte reçoit une balle dans le genou; le cinquième jour, après un mieux apparent, elle tombe dans le coma et meurt après avoir avorté. Enfin, une malade, renversée par une machine à vapeur, avait une de ces tumeurs décrites par Morel-Lavallée sous le nom d'hydrocèle traumatique; une ouverture eut lieu, je traitai par les lavages de la cavité. Tout allait bien, quand un érysipèle survint. L'avortement eut lieu presque aussitôt. Aussi serais-je porté à me demander si, dans une récente discussion à la Société de médecine de Lyon, les médecins n'étaient pas dans le vrai lorsqu'ils disaient que ce n'est ni l'opération, ni la plaie qui font avorter, mais bien la complication inflammatoire développée à l'occasion de la plaie.

M. GUYON. Je ne crois pas qu'il y ait de règles absolues, et je veux citer un fait en opposition avec ceux de M. Verneuil. Une jeune femme enceinte portait un abcès froid symptomatique d'une lésion osseuse de la partie supérieure de la cuisse. L'abcès était énorme et était l'objet de mes préoccupations, car la malade s'épuisait. Comme les accidents que j'aurais pu provoquer en opérant la malade ne me semblaient pas plus graves que le danger de laisser cette femme subir les effets de cet abcès froid, je pris le parti de passer un drain dans la tumeur. Le résultat fut très-bon; il y eut une amélioration rapide, et la malade n'avorta pas. La grossesse a suivi son cours régulier.

M. TRÉLAT. Sans m'étendre sur ce que la tumeur a de particulier et sur sa nature, je vois qu'au point de vue de l'opportunité des opérations chez des femmes enceintes, il y a des règles de conduite admises, et qu'on peut concéder ce principe, qu'il ne faut opérer qu'en cas de grave urgence; mais il ne faut pas que ce soit là une règle absolue.

Pour ce qui est du moment propice aux opérations après l'accouchement, je pense que c'est de trois à six mois après les couches que nous devons opérer. A cet égard, nous sommes à peu près d'accord. Les observations de notre collègue M. Verneuil, relatives aux indications opératoires chez les femmes grosses, sont au contraire discutables. On ne saurait inférer rien de l'intervention chirurgicale pour l'abcès de la vulve suivi de péritonite et d'avortement. Je n'aperçois pas davantage la part de gravité qu'a apportée à une angine, chez une femme grosse, la trachéotomie. On peut, en effet, accuser à juste titre la maladie d'avoir causé l'avortement et la mort.

M. GUÉNIOT. Il a été cité ici des faits pour et contre. L'hésitation en ressortirait si l'on ne sentait la nécessité de catégoriser les faits. Une plaie étroite peut causer l'avortement et une grande plaie laisser la grossesse suivre son cours. J'ai eu un exemple remarquable de plaie de l'abdomen, chez une femme enceinte qui était tombée dans un puits. Il y eut de la gangrène autour de la plaie; néanmoins la cicatrisation se fit et la grossesse continua jusqu'au jour où le choléra vint emporter la malade.

Au point de vue pratique, on devrait chercher ce que sont les opérations chez les multipares et les primipares. Entre les opérations d'urgence, telle que la hernie étranglée, et les opérations de tumeurs que rien ne presse d'enlever, il y a toute une série d'intermédiaires. Il faudrait savoir quelles opérations on peut pratiquer, si le danger existe indifféremment pour les opérations sur la vulve et les opérations sur le reste du corps. Il ne faut pas négliger non plus les antécédents des malades.

Quant au moment où il convient d'opérer après l'accouchement, il n'y a pas de limites de temps exactes sur lesquelles on puisse se fonder; ce qui sert de guide, c'est le retour des parties à l'état normal, c'est le rétablissement des fonctions.

M. VERNEUIL. Lorsque nous disons qu'il faut attendre trois mois, nous faisons, bien entendu, des réserves et nous subordonnons les

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

indications opératoires à l'état plus ou moins bon de nos malades et à leur rétablissement complet.

En fait de règles précises, il n'y en avait pas lorsque Berard a opéré à regret une femme enceinte qui est morte, et pour ma part, je n'aurais pas supposé que l'ouverture d'un abcès de la vulve fût aussi grave. Aussi désormais, je m'abstiendrai d'ouvrir les abcès de la vulve chez une femme enceinte. Mais je me propose aussi de rechercher si, comme cela a été dit à la Société de médecine de Lyon, c'est la maladie inflammatoire qui agit sur la grossesse, plutôt que l'opération ou la plaie.

M. TRÉLAT insiste sur cette proposition, qu'il y a des opérations, habituellement d'urgence, qui ne sont point de nécessité, et réciproquement ; qu'une ouverture d'abcès peut n'être pas indispensable et que des végétations gênantes, par exemple, doivent être opérées.

PRÉSENTATION DE MALADE

Anévrysme cirsoïde de la région auriculo temporo mastoïdienne gauche. — M. LABBÉ. J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade atteinte d'un anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporale gauche, présentant un volume considérable.

Cette femme est âgée de 33 ans ; elle ne peut dire si au moment de sa naissance il existait, dans la région auriculo-temporale, une tache érectile, mais elle sait qu'à l'âge de cinq ans une hémorrhagie grave s'est déclarée dans cette région. Un médecin fut appelé, et appliqua une ligature pour amener la chute d'une tumeur grosse comme une cerise.

Depuis l'âge de cinq ans jusqu'à celui de vingt-sept, il ne survint pas de nouvelle hémorrhagie, mais il se produisit une modification notable dans l'aspect de la région. Une dilatation artérielle existait au niveau du pavillon de l'oreille, de la région temporale, de la région mastoïdienne. La malade entendait un bruit intense, sorte de bruit de rouet, bruit qui n'a jamais cessé depuis cette époque, et qui même est devenu plus intense.

Une hémorrhagie des plus graves survint à ce moment, et ne fut arrêtée que très-difficilement. Le médecin appelé auprès de la malade pratiqua des injections de perchlorure de fer. Ces injections furent souvent renouvelées ; à plusieurs reprises, elles furent suivies de la formation de petites eschares. Sous leur influence, la partie de la tumeur correspondant au pavillon de l'oreille s'est modifié, et là les battements ont cessé ; seulement les tissus sont indurés.

Depuis cette époque, il y a eu quelques nouvelles hémorrhagies, et aujourd'hui la tumeur a acquis un grand volume. La tumeur est formée par un groupe de gros vaisseaux qui soulèvent la peau ; la tumeur présente des battements perceptibles au toucher et même à la vue. Ces battements disparaissent très-difficilement lorsqu'on pratique la compression au niveau des vaisseaux du cou. On perçoit un bruit de souffle intermittent, doux à la partie inférieure de la tumeur, nettement musical vers la partie supérieure.

La malade est de plus en plus incommodée par le bruissement incessant auquel donne lieu la tumeur. La vie lui devient très-pénible.

J'ai l'intention d'intervenir dans ce cas, et je crois qu'ainsi que l'a fait M. Broca il y a deux ans, chez une malade qui nous a été présentée, il convient d'avoir recours aux injections de perchlorure de fer, après avoir établi préalablement une compression bien complète sur tout le pourtour de la tumeur.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ
des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille.

PRIX ANNUELS
PROGRAMME

La Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille décernera, s'il y a lieu, des médailles d'or, de vermeil, d'argent et de bronze, aux auteurs des travaux qui lui seront adressés sur les sujets désignés ci-après.

Elle se réserve, s'il y a lieu, de joindre à la médaille un prix en argent lorsque le mémoire sera de nature à avoir exigé des dépenses de la part de l'auteur.

Les pièces ou mémoires pourront être publiés par la Société.

Par décision particulière, prise le 17 mars 1865, la première médaille d'or décernée pour la meilleure pièce de poésie ou de littérature sera remplacée par un objet d'art.

I. — SCIENCES PHYSIQUES.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Faire un exposé élémentaire, propre à être introduit dans l'enseignement, de la théorie mécanique de la chaleur et de ses applications aux machines.

2° La viande de boucherie est, comme on sait, répartie en plusieurs catégories ou qualités, dont le prix au kilogramme est fort différent.

On n'a aucune analyse chimique comparative de ces diverses qualités de viande du même animal.

Quelles sont les différences que ces qualités présentent sous le rapport de la composition immédiate?

Sous le rapport alimentaire, ces qualités offrent-elles réellement des différences tranchées et en conformité de leurs valeurs vénales?

Pourquoi les bas morceaux, à quantités égales de chair, nourriraient-ils moins bien que les morceaux de premier choix?

Est-il possible à la chimie de donner des réponses précises à ces questions, qui intéressent si puissamment l'hygiène publique?

3° Étude des questions chimiques qui se rapportent à la fabrication du sucre.

4° Études nouvelles sur les matières colorantes.

5° Études nouvelles sur les matières décolorantes.

II. — SCIENCES NATURELLES ET PHYSIOLOGIE.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Le mode de reproduction des anguilles est complétement inconnu des naturalistes, on ne sait pas quels sont les organes producteurs des éléments qui servent à la génération, et l'on ignore si les anguilles produisent des œufs ou des petits vivants.

On connaît plusieurs espèces ou variétés d'anguilles ; certains naturalistes ont pensé que ces différentes formes pourraient bien n'être que des formes sexuelles.

Examiner et résoudre ces différents problèmes, importants pour la physiologie et la pisciculture.

2° Faire connaître la distribution des végétaux fossiles dans le bassin houiller du nord de la France, et indiquer les conclusions que l'on peut tirer de cette distribution par rapport à la constitution géologique du bassin et à son mode de formation.

3° Déterminer l'âge historique ou géologique des principales tourbières du nord de la France.

4° Etudier les phénomènes cadavériques qui précèdent la période de putréfaction à l'effet de déterminer par des recherches positives à quelle époque apparaît et cesse la rigidité chez l'adulte et l'enfant nouveau-né.

Tirer de cette étude des applications à la médecine légale.

5° Déterminer, d'après l'état actuel de la science, les influences chimiques et mécaniques qu'exercent sur le torrent circulatoire les gaz absorbés par les muqueuses intestinale et pulmonaire.

Rechercher les affections et les effets produits sur l'économie animale par le passage des principales substances gazeuses dans le système sanguin.

6° Rechercher les troubles apportés dans les fonctions de nutrition et de relation par l'usage du tabac ; déterminer, en s'appuyant sur de nombreuses observations, quelle est la manière de fumer la plus nuisible à la santé.

7° On connaît l'action physiologique et thérapeutique de la quinine; étudier et faire connaître, par des expériences, les effets physiologiques des autres principes contenus dans le quinquina.

8° Faire la même étude pour le tabac.

9° Représenter, à l'aide du dessin, les principales régions du corps humain, d'après des coupes faites sur des cadavres congelés.

Utiliser ces recherches pour établir, avec la mensuration, les rapports exacts des organes entre eux, surtout au point de vue des applications chirurgicales et médicales.

Profiter de cette étude pour préciser les rapports des organes thoraciques, et en particulier du diaphragme chez l'enfant nouveau-né avant et après la respiration.

III. — INDUSTRIE.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Mesure des quantités de force exigées par les différents appareils d'une industrie mécanique quelconque.

2° Monographie des principaux accidents de machines à vapeur survenus dans l'arrondissement de Lille depuis dix ans; — les étudier dans leurs causes et leurs effets; — examiner les questions de droits civil et de droit pénal qu'elles ont soulevées.

IV. — AGRICULTURE.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Faire la carte agronomique d'un des cantons du département, les cantons de Lille exceptés.

2° Faire une statistique raisonnée de l'état agricole de l'arrondissement de Lille, de 1850 à 1868.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Dolbeau commencera son cours de chirurgie mercredi 20 mars, à trois heures.

— On demande un bon médecin pour Séville (Espagne). S'adresser à M. le docteur Delvaille, à Bayonne (Basses-Pyrénées).

— Le village de Jouy-sous-Morin, arrondissement de Coulommiers (Seine-et-Marne), se trouve en ce moment dépourvu de médecin. Deux villages voisins forment, avec le premier, une population d'environ 4,000 âmes à soigner. Des routes excellentes permettent de parcourir en voiture toute l'étendue de ces communes, dont la population est agricole sur les plateaux et industrielle dans la vallée du Grand-Morin. — S'adresser, pour plus amples renseignements, à M. le maire de Jouy-sous-Morin par la Ferté-Gaucher (Seine-et-Marne).

PETITE CORRESPONDANCE

—

M. le docteur A..., à Savignac-les-Églises. — Adressez-vous à M. Lauwereyns, libraire-éditeur, 21, rue Monsieur-le-Prince, à Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux**.

Prix : la boîte de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau. — **Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris**.

CONTREXÉVILLE

(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEMTEMBRE

Dépôt central :

23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Pilules de Hogg.

— **1° Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée.** Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène. En vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° Pilules à la pepsine unie au protoiodure ferreux inaltérable. En vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

Huile de foie frais de morue de Hogg

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — **Douce et facile à prendre.** — Mention honorable. — 2, Rue Castiglione, Paris.

Aménorrhée, Dysménorrhée.

— L'observation médicale confirme chaque jour le propriétés véritablement spécifiques de l'APIOL des docteurs JORET et HOMOLLE comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'APIOL est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli.

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

MALTINE GERBAY

Dosée physiologiquement d'après la méthode du Docteur COUTARET.

Avec la MALTINE, on opère la *digestion artificielle* de toutes les substances féculentes.

Les médecins de France et de l'étranger, qui, depuis trois années, l'ordonnent habituellement, ont reconnu que la MALTINE est le

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE DES DYSPEPSIES AMYLACÉES

On en obtient les plus heureux résultats dans les cas de DYSPEPSIE SALIVAIRE OU AMYLACÉE, GASTRITE, GASTRALGIE, AIGREURS, EAUX CLAIRES, VOMISSEMENTS, POINTS, CONSTIPATION *et tous autres accidents qui proviennent pendant la première ou la seconde digestion.*

La MALTINE GERBAIS est beaucoup plus active et bien plus économique que toute

BIÈRE DE MALT

Se méfier des contrefaçons.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vente en gros, pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Sirop de digitale de Labelonye.

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches PNEUMONIES, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.)

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault,

seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

ST-HONORÉ-LES-BAINS (Nièvre).

Eau sulfureuse sodique

analogue à celle des Pyrénées. Admise dans les hôpitaux de Paris. Souveraine dans les maladies de la gorge, de la voix et de la poitrine, les catarrhes chroniques, asthme, scrofule et affections cutanées.

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET.

Bains et douches ; piscine à eau courante, 32°. — Site magnifique. — Vie à bon marché.

DÉPÔT des Eaux, 60, rue Caumartin, Paris.

GOUDRON VÉGÉTAL LE BEUF

L'émulsion de goudron végétal de Le Beuf, obtenue par l'intermédiaire de la *Saponine* (1), corps complétement *neutre*, et ne renfermant aucune substance capable d'altérer la matière médicamenteuse, est par conséquent *bien préférable* pour l'administration du goudron à l'intérieur aux *liqueurs concentrées* qui sont toutes associées à un corps *alcalin* ou *acide*, corps qui, tout en favorisant la dissolution du *goudron* dans l'eau, altère *profondément* ses principes résineux et balsamiques.

Cette préparation, dont *l'odeur caractéristique* prouve que le GOUDRON *n'est en rien modifié*, constitue le moyen le *plus rationnel* pour l'emploi du *goudron* en thérapeutique (Voyez Dr GUBLER, *Commentaires thérapeutiques du Codex*, p. 143. — ADRIAN, *Note sur le goudron et ses meilleures préparations, Bulletin thérap.*, 1867, p. 406 et 407.)

MODE D'EMPLOI. — Le **Goudron Le Beuf** s'administre à la dose d'**une cuillerée à café**, deux ou trois fois par jour, délayée dans **un demi-verre d'eau sucrée** ou de **lait chaud**.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) Principe immédiat contenu dans la saponaire et auquel cette plante doit ses propriétés dépuratives et rafraîchissantes.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saint-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HOSPICE DE BICÊTRE. Démence avec idées incohérentes de grandeur sans aucun symptôme de paralysie. Valeur de l'écriture et de ses modifications (M. Berthier). — De l'emploi simultané des eaux bicarbonatées sodiques et de eaux ferrugineuses arsenicales (M. H. Charvet). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille. — Nouvelle. — Bibliographie.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a tenu hier sa séance publique annuelle, mais non solennelle, qui, suivant les usages, aurait dû avoir lieu le 15 décembre dernier, et que des circonstances impérieuses avaient obligé à ajourner. D'après une décision du conseil, cette séance, uniquement consacrée à la lecture du rapport général sur les prix décernés pour les deux années 1870 et 1871 et du programme des prix proposés pour les années 1872 et 1873, a eu lieu sans l'apparat et le cérémonial habituels. Ni éloge académique, ni public d'élite d'invités, ni toilettes élégantes, ni palmes, ni broderies. Le bureau avait laissé au porte-manteau ses habits de gala et mis une sourdine à son éloquence officielle des grands jours. La séance était présidée par M. Wurtz, président de l'année dernière, assisté de MM. Barth et Depaul, président et vice-président pour l'année présente, de M. le trésorier Gobley et de M. Béclard, secrétaire annuel, faisant fonctions de secrétaire perpétuel. Les lauréats seuls avaient été invités à venir entendre proclamer leurs noms. Rien n'était changé, au surplus : même assistance et même aspect qu'aux séances ordinaires.

Le rapport général de M. le secrétaire annuel, qui a fait, avec la lecture du programme des prix proposés, tous les frais de la séance, a été écouté d'un bout à l'autre avec une attention et un intérêt soutenus. C'est un résumé extrêmement lucide des rapports partiels des diverses commissions, relevé de temps en temps d'appréciations savantes et de réflexions judicieuses. En annonçant à la fin de ce rapport le legs de M. Falret, M. Béclard a payé, en termes émus et éloquents, à la mémoire de cet estimable et regretté académicien, mort si malheureusement loin des siens et dans des circonstances si graves, le juste tribut d'éloges et de gratitude qui lui était dû.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. BERTHIER.

Démence, avec idées incohérentes de grandeur sans aucun symptôme de paralysie. Valeur de l'écriture et de ses modifications.

(Observation recueillie par M. JOUGLA, interne du service.)

L'observation qui va suivre est un exemple de la réserve que l'on doit apporter dans la généralisation des théories et des idées scientifiques. Bayle a constaté sérieusement, le premier, que les aliénés dominés par des idées de grandeur sont menacés ou déjà en voie de démence paralytique. Cette doctrine acceptée, répandue, exagérée, a fait que les successeurs de Bayle ont fini par donner au délire ambitieux une signification trop exclusive. Peut-être est-il temps de réagir par de nombreux exemples contre cette idée trop facilement acceptée, et de montrer que beaucoup d'aliénés en proie au délire orgueilleux ne deviennent pas paralytiques, enfin de rechercher les signes qui permettraient de reconnaître le délire orgueilleux incohérent, qui annonce la paralysie générale des aliénés, signes que nous n'avons pu apprendre à distinguer après avoir compulsé et analysé les cas de folie paralytique insérés dans les principaux recueils.

Paul a déclaré être né à Paris et être âgé de 45 ans. Il a habité Toulouse pendant vingt ans; ses souvenirs à cet égard sont fidèles. Pour maladies antérieures, il n'aurait eu que de violentes crises d'estomac, et des *crises* de nerfs sur la nature desquelles il ne peut s'expliquer.

Les médecins qui ont successivement examiné le malade ont donné les certificats suivants :

Certificat de la préfecture de police : « Paul T... est affecté d'affaiblissement intellectuel; quelques conceptions délirantes orgueilleuses; extravagance; incapacité de se diriger ». 1er novembre 1871.

Certificat de l'asile sainte-Anne : « P. T... est atteint d'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées ambitieuses incohérentes, activité désordonnée; développement physique incomplet. » 3 novembre 1871.

Certificat d'entrée de Bicêtre : « Ce malade parle avec volubilité, tend à l'incohérence et à des idées de grandeur et de satisfaction non systématisées, très-mobile; mémoire conservée; bronchite. » 5 décembre 1871.

« Certificat de quinzaine : Est plus calme, mais loquace, mobile,

plein de lui-même; se croyant, comme talent et comme intelligence, un personnage éminent; pas de trace de paralysie, 19 décembre 1871. »

Le malade, interrogé le 15 janvier suivant, au sujet de ses parents, répond que son père est mort de vieillesse et sa mère d'épilepsie, mais il se reprend aussitôt pour dire de crampes d'estomac. « J'ai trois frères, nous dit-il, l'un capitaine d'état-major, le second capitaine au 7e bataillon de chasseurs à pied, le troisième capitaine au 1er de zouaves. » Ce qui est exact.

« J'avais un fils, nous dit-il, Dieu l'a fait noyer dans l'Ariége, mais il vient de me le rendre, et comme j'avais écrit à ma femme : Il paraît que Dieu nous a rendu notre enfant, elle m'a répondu : Oui. Du reste au cimetière son tombeau est effacé. »

Notre examen est interrompu par une personne qui demande à voir Paul T... Cette personne n'est autre que le frère aîné du malade, en effet capitaine d'état-major. Le malade qui vient de nous parler de lui ne le reconnaît pas.

A son retour près de nous, T... déclare avoir été nommé d'emblée commandeur de la Légion d'honneur par M. Thiers, parce qu'il se propose d'adopter tous les enfants de cet asile. Puis il passe à un autre ordre d'idées : il est très-riche, a mille écus, joue admirablement du piano, de la clarinette, du violon, du cor, de la harpe et de l'harmonium, etc., etc. Grand littérateur, il a composé l'*Esprit des lois*, est chevalier de la Marche et de l'ordre du Saint-Esprit. Il va se charger de l'instruction de tous les enfants dont il veut faire des cultivateurs. Mais il ne se croit pas à Bicêtre, et l'on a changé ce nom en celui d'Aubigny. « J'ai demandé à Dieu, ajoute-t-il, l'abolition des put...; il a répondu : « Oui. »

16 janvier 1872. Interrogé de nouveau, P. T... est chef d'orchestre à l'Opéra de Paris; il possède rue Rivoli un magnifique hôtel. Son père était chef de musique des gardes du corps du roi Charles X. Il est franc maçon martyriste, chevalier de la Marche et grand-maître de la Sainte-Trinité. Il se trouve bien ici, quoique ne pouvant causer avec ses compagnons dépourvus d'instruction, et qu'il semble prendre en pitié. Ses qualités sont multiples, ses talents variés; il exerce plusieurs professions : sculpteur, graveur, il est même marchand de vin.

Envoyé à la classe, le malade écrit les lignes suivantes :

« Lundi 25 janvier 1872. Ma bien chère Hortense si tu savais combien je t'aime !... Je suis encore engagé avec le bon Dieu pour huit jours. Lundi aujourd'hui donc 25, mardi 26, mercredi 27, jeudi 28, vendredi (ne ris 29) pas (*sic*) je serai rasé pour la dernière fois. Samedi 30, dimanche 31, lundi 32, mardi 33, mercredi 34, jours de ma sortie. Tu sais que je désire communier tous les huit jour. Seulement quoique ce ne soit pas un dimanche, je communierai le 34. Su sais que j'ai des magnifiques, notamment un veston de velours vert. L'hôtel rue Rivoli m'appartient; il me rapportera six mille francs de revenu. Voici la liste de mes ouvrages fantaisie-caprice en forme de sonate. Hommage à M. Marmontel, etc., etc. »

Dans une seconde lettre nous trouvons encore :

« Tu sais que je commandeur de la Légion d'honneur, je communierai tous les dimanches à la messe de 7 heures. Je veux — non j'efface ce mot, il n'est pas décent, je prie Dieu de me le pardonner. Je veux te dire combien de jours encore je vais quitter ce charmant et doux asile où je plais beaucoup. J'ai pris engagement avec Dieu d'y rester encore six journées. » Et plus loin : « Je serai rasé pour la dernière fois. — Tu penses que çà bien égal puisque c'est quand je pénétrerai Dieu m'accorde l'insigne faveur d'avoir ma noire moustache frisée, ma barbiche ma tête fournie comme tu sais que je la veux, un testicule de plus, j'irai voir un dentiste. » Suit la liste des ouvrages à Paul T... »

Nous avons respecté le texte des deux lettres, et les mots omis sur la copie manquent sur l'original. Nous ne pouvons qu'indiquer les caractères de l'écriture en elle-même Le corps de chaque lettre est bien formé, mais les jambages sont légèrement tremblés.

Conduit un jour à la chapelle, on l'a mis à l'orgue; mais quelle différence de ses présomptions à la vérité ! A peine sait-il balbutier quelques phrases musicales sur cet instrument.

Ce que le malade ne nous a point dit, c'est qu'il a mené une existence plus qu'orageuse. Parti de Paris à la suite d'une comédienne, il a parcouru sur ses pas la France entière et une partie de l'Europe, ne dédaignant pas à l'occasion de monter sur les planches. Chaque étape de sa course vagabonde était marquée par des billets à payer, que sa famille a acquittés pendant longtemps; mais à ce jeu-là sa fortune et celle de ses proches ont disparu ou diminué. On nous a signalé aussi l'usage fréquent de l'absinthe fait par Paul T... pendant sa vie aventureuse.

20 janvier. Paul T... semble tomber dans une sorte de torpeur morale et intellectuelle.

25 janvier. Nouvelle visite du frère du malade, que, comme la première fois, T... ne reconnaît pas et auquel il raconte qu'il a trois frères, en donnant la position occupée par chacun d'eux.

Ce qui caractérise cet aliéné, c'est évidemment l'incohérence des idées où domine l'esprit de satisfaction. Ce symptôme de démence est fortifié par l'indifférence morale, l'obtusion de la sensibilité et l'absence de toute spontanéité naturelle.

Comme symptômes physiques, T... ne présente rien ou presque pas de trouble de la parole, pas de faiblesse des membres inférieurs, égalité des pupilles, pas de céphalalgie ni de trouble de la sensibilité cutanée; à peine trouvons-nous dans l'écriture du malade un léger tremblement de jambages, sur la valeur duquel nous aurons à revenir.

Notons aussi un fait important et qui entraîne un pronostic grave, c'est l'embonpoint nerveux pendant que les désordres de l'intelligence vont en augmentant.

Une grave question se pose ici. Avons-nous affaire à une démence paralytique à son début? ou est-ce là un cas de démence simple, qui, comme on le sait, est excessivement rare? Telle est la question sur laquelle nous demandons à présenter quelques observations.

Bayle, qui le premier insista sur les troubles de l'intelligence de la paralysie générale, crut, suivant les propres termes de M. Baillarger, « pouvoir spécifier la nature des lésions de l'intelligence dans cette maladie, de manière à les distinguer des autres formes de la folie, et il a cherché à établir que la paralysie générale a trois périodes, pendant lesquelles les désordres intellectuels offrent des caractères tout à fait spéciaux. » Pour lui, « cette maladie débute par un état de monomanie ambitieuse et par une exaltation plus ou moins grande, qui, réunis à une légère paralysie incomplète et générale, caractérisent essentiellement cette période. Les malades s'imaginent tout à coup qu'ils sont riches, puissants, élevés en dignité, couverts de distinctions et de titres, etc., etc. »

C'est bien là le cas de Paul T..., du côté de l'intelligence, du moins. Nous trouvons, en effet, tous les phénomènes indiqués. Mais, du côté de la paralysie, il est loin d'en être de même. Bayle dit en effet : « une paralysie incomplète et générale. » Or, il n'y en a nulle trace évidente.

D'autre part, on a cité de nombreux cas où la paralysie générale avait débuté par un délire ambitieux durant un temps variable sans paralysie ; puis les symptômes du côté de la motilité apparaissaient, et la maladie, dès lors constituée, suivait sa marche spéciale.

L'opuscule d'Ab. Baillarger contient plusieurs exemples de faits semblables. Nous n'en citerons que deux :

Observation V. — Folie avec prédominance du délire des grandeurs sans signes de paralysie pendant six années ; ensuite, invasion de la démence paralytique.

Observation VI. — Folie avec prédominance du délire des

grandeurs sans signes de paralysie pendant trois années; ensuite, invasion de la démence paralytique.

Un travail récemment publié par M. Dagret, médecin-adjoint à la Ville-Évrard, contient quelques faits du même genre, et après s'être posé la question de savoir si, dans ces cas, la manie chronique et la démence n'étaient pas, dès le début, les symptômes d'une hyperplasie conjonctive des masses cérébrales en voie d'évolution anormale et demi-latente, l'auteur ajoute : « La question me paraît insoluble dans l'état actuel de la science. Je penche pourtant à croire que le diagnostic a été incomplet dans la plupart de ces cas, il me paraît difficile d'admettre la transformation d'une maladie dans une autre, la pathologie du système nerveux offrant peu ou pas d'exemples authentiques de névroses transformées en névrites chroniques et autres dégénérescences organiques. » Que la question soit insoluble, nous n'y contredirons pas ; mais quant au diagnostic incomplet, nous ne voyons guère le moyen de l'éviter. Faut-il pour cela, dans dans notre observation, par exemple, s'en tenir à cet unique symptôme du tremblement des jambages? Mais ce serait peut-être exagérer sa valeur que de baser sur son existence seule le diagnostic paralysie.

Les médecins aliénistes n'échappent pas à cette impossibilité, et dans l'ouvrage même que nous citons, nous trouvons une observation, la VIII[e], où le diagnostic manie chronique est successivement porté et maintenu par trois médecins aliénistes ; ce n'est qu'au bout de ce laps de temps que la paralysie est apparue.

Nous croyons M. Parchappe beaucoup plus près de la vérité quand, répondant à M. Falret, qui croyait pouvoir diagnostiquer la maladie à la forme du délire et à la marche de la maladie, il s'exprime ainsi (Discussion à la Société médico-psycologique sur la paralysie générale) : « S'il y a délire ambitieux sous certaines formes, dans certaines conditions, on peut craindre, souvent même on doit craindre l'avénement de la paralysie générale. Qu'elle s'ajoute au délire, plus de doute, la folie paralytique existe. Mais si les phénomènes de paralysie ne se manifestent pas? Eh bien, le délire ambitieux, en persistant, continue à caractériser une folie simple. »

En résumé donc, se prononcer catégoriquement pour ou contre la paralysie générale, dans ce cas, serait au moins imprudent. Mieux vaut attendre et suivre attentivement le malade. Si la paralysie ne survient pas, ce fait montre l'erreur dans laquelle on serait tombé en suivant Bayle et ses successeurs dans leurs affirmations hâtives. Si, au contraire, elle survient, cette observation n'en est pas moins intéressante en ce que : 1° elle est un exemple de paralysie générale avec sympômes intellectuels très-marqués et symptômes paralytiques presque nuls; 2° elle montre bien l'importance de l'étude de l'écriture, puisque, pendant longtemps peut-être, tous les symptômes paralytiques auront été bornés à un léger tremblement des jambages, et elle pourra servir un jour à déterminer exactement quelle est la valeur de l'écriture et de ses altérations comme signe ou symptôme de la paralysie générale à son début.

En terminant, nous ferons remarquer l'importance que ce caractère pourrait avoir lorsque sa valeur aurait été nettement démontrée pour le médecin légiste.

Enfin, qu'on nous permette une dernière réflexion. Des cas analogues à celui-ci et aussi d'autres leur ressemblant moins expliquent certains diagnostics portés par différents médecins et en apparence contradictoires, lorsqu'il n'y a entre eux qu'une différence de date. C'est qu'en effet, il est difficile, dans les maladies mentales, aussi bien dans la paralysie générale que dans les vésanies, il est même impossible de porter un diagnostic définitif après quelque examen rapide ou un temps insuffisant.

Par l'étude prolongée du malade, par des interrogatoires habilement faits, le diagnostic s'éclaire, le tableau de l'état mental se développe, et rien de l'intelligence atteinte n'échappe à l'observation du médecin. C'est là le but à atteindre, et pour y parvenir, il faut le plus souvent un temps fort long, des interrogatoires nombreux et une patiente observation de tous les instants.

DE L'EMPLOI SIMULTANÉ DES

EAUX BICARBONATÉES SODIQUES

ET DES EAUX FERRUGINEUSES ARSENICALES (1)

Par M. le docteur H. Charvet.

Avant de citer quelques observations qui nous sont personnelles, nous décrirons brièvement le mode d'administration qui nous semble le plus avantageux.

Le voici : Nous faisons prendre les eaux acidulées avant les repas, à des doses toujours modérées, deux, trois ou quatre verres dans la journée, et les eaux bicarbonatées pendant le repas, ou peu de temps après être sorti de table. Si cette eau est choisie parmi les sources faibles, elle est prise en mangeant, et alors la dose sera de deux ou même trois verrées à chaque repas ; si c'est une source forte, la dose sera réduite à une demi-verrée, une verrée au plus, et l'eau bue le plus souvent après les repas, mais le plus près possible de ceux-ci. Les bains minéraux seront employés simultanément ; dans presque tous les cas, nous avons fait usage de bains alcalins, à une température qui varie, suivant les indications, entre 30 et 36 degrés centigrades.

Tel est le traitement complet; mais, dans un grand nombre de cas, il n'est pas possible de l'instituer d'emblée, et ce n'est qu'après avoir obtenu, par l'usage exclusif de l'eau d'une de nos sources faibles, une amélioration dans l'état et les fonctions des voies digestives, qu'une véritable tolérance s'établit, et que l'eau des sources ferrugineuses est digérée avec facilité. Encore arrive-t-il parfois que certains malades montrent à l'égard des sources de cette dernière catégorie une difficulté d'assimilation, une non-réceptivité qui défie tous les efforts et apparaît aux moindres doses. Mais ces cas sont très-rares ; presque toujours, l'eau, qui a paru d'abord plus lourde, moins apéritive, et beaucoup plus mauvaise au goût que celles des sources bicarbonatées, se prend bientôt avec la même facilité, et souvent le même plaisir.

Sous l'influence de ce traitement, on voit souvent l'appétit se réveiller avec une grande énergie, et cela dès les premiers jours ; les digestions deviennent faciles, les selles régulières ; bientôt la peau se colore, les muqueuses des lèvres et des gencives prennent une teinte plus franche, les forces se relèvent et le malade accuse une sensation de bien-être général, précurseur de la rentrée en possession de la pleine santé.

Dans aucun cas nous n'avons vu le traitement entraîner de sérieux inconvénients; il n'a jamais paru aggraver les symptômes préexistants, ni développer des accidents nerveux; il est vrai que nous l'avons toujours employé avec précaution, et seulement alors qu'aucune circonstance particulière ne venait en contre-indiquer l'usage. Les eaux bicarbonatées sodiques

(1) Suite. — Voir le numéro du 14 mars 1872.

froides sont évidemment nuisibles dans un grand nombre de maladies; l'énergie de leur action les rend dangereuses dans beaucoup de cas, et surtout dans les affections des organes de la respiration et de la circulation, dans certains états diathésiques, etc, etc. Dans toutes les affections de ces catégories, le mode de traitement dont nous nous occupons n'eût certainement pas donné de bons résultats; aussi nous sommes-nous gardé de le tenter. En dehors des contre-indications formelles, il nous paraît absolument de nature à n'entraîner aucun inconvénient sérieux, et ses avantages sont incontestables. Pour le démontrer, qu'il nous soit permis de résumer ici les observations qui nous sont personnelles et qui se rapportent au traitement mixte dont il vient d'être question.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 15 décembre 1871 tenue le 19 mars 1872.

PRÉSIDENCE DE M. WURTZ

1° M. J. BÉCLARD, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés en 1870 et 1871.

PRIX DE 1870

Prix de l'Académie (de la valeur de 1,000 fr.). — Question proposée : « Des épanchements traumatiques intra-crâniens. »

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Robert (Martial), médecin-major au 7° régiment de cuirassiers, auteur du mémoire inscrit sous le n° 2, et portant pour épigraphe : *Ars medica, ut cito addiscatur fieri nequit, propterea quod in ea firma aliqua doctrina tradi non potest.* (Hipp.)

Prix Portal. — « De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. »

Ce prix, de la valeur de 1,000 fr., n'a pas été adjugé.

Prix Bernard de Civrieux (de la valeur de 800 fr.). — « Les névroses peuvent-elles être diathésiques? S'il existe des névroses diathésiques, indiquer les caractères spéciaux que chaque diathèse imprime à chaque névrose. »

L'Académie ne décerne pas le prix; mais elle accorde à titre d'encouragement :

1° Une somme de 500 francs, à M. le docteur Berthier, médecin de l'hospice de Bicêtre, auteur du mémoire n° 4, ayant pour épigraphe : *Facta potentiora verbis.* »

1° Une somme de 300 francs, à M. le docteur Aribaud, de Condrieu (Rhône), auteur du mémoire n° 1, portant pour épigraphe : « *Naturam morborum curationes ostendunt.* »

Prix Barbier (de la valeur de 3,000 fr.).

Aucun des travaux envoyés au concours n'a paru mériter le prix; mais l'Académie accorde :

1° Un encouragement de 2,000 francs à M. le docteur Amédée Maurin (d'Alger), auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, et portant pour épigraphe : *Quærite et invenietis.*

2° Une mention honorable à M. le docteur Duclout (de Sainte-Marie-aux-Mines), pour son travail intitulé : *Relation de trois cas de fistules vésico-vaginales:*

Prix Capuron (de la valeur de 1,000 fr.). — « Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. »

Aucun des mémoires envoyés au concours n'ayant été jugé digne de récompense, l'Académie a décidé que la même question serait remise au concours de l'année 1872.

Prix Ernest Godard (de la valeur de 1,000 fr.).

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement :

1° Une somme de 600 francs, à M. le docteur J. Carrière (de Paris), pour son travail intitulé : *De la tumeur hydatique alvéolaire.*

2° Une somme de 400 francs à M. le docteur Émile Bertin, pour son *Étude critique de l'embolie dans les vaisseaux veineux et artériels.*

3° Des mentions honorables à MM. le docteur L. Brébant et E. Demeules, interne à l'hôpital Saint-Louis.

Prix Orfila (de la valeur de 6,000 francs). — L'Académie avait de nouveau mis au concours la question suivante :

« De la digitaline et de la digitale.

« Isoler la digitaline; rechercher quels sont les caractères chimiques qui, dans les expertises médico-légales, peuvent servir à démontrer l'existence de la digitale et celle de la digitaline.

« Quelles sont les altérations pathologiques que ces substances peuvent laisser à leur suite dans les cas d'empoisonnement?

« Quels sont les symptômes auxquels elles peuvent donner lieu?

« *Jusqu'à quel point* et dans *quelle mesure* peut et doit être invoquée l'expérimentation des matières vomies sur les animaux, de celles trouvées dans l'économie, ou des produits de l'analyse, comme *indice* ou comme *preuve* de l'existence du poison ou de l'empoisonnement?

L'Académie décerne le prix à M. O. A. Nativelle (de Bourg-la-Reine), auteur du mémoire n° 3, portant pour épigraphe : *Toute substance active recèle un principe immédiat cristallisable doué de ses propriétés essentielles.*

Elle accorde une récompense de 1,400 francs à MM. le docteur Augustin-Eugène Homolle (de Paris) et Simon-Georges Homolle, interne des hôpitaux de Paris, auteurs du mémoire inscrit sous le n° 2, ayant pour épigraphe : « *Dimidium facti qui cœpit habet.* »

Prix Itard (de la valeur de 2,700 francs). — L'Académie décerne :

1° Un prix de 2,000 francs à M. le docteur Lancereaux (de Paris) pour son *Traité historique et pratique de la syphilis*, inscrit sous le n° 6.

2° Une récompense de 700 francs à M. le docteur Guipon (de Laon) pour son ouvrage intitulé : *De la maladie charbonneuse de l'homme*, inscrit sous le n° 5.

3° Une première mention honorable à M. le docteur H. Boens-Boisseau, de Charleroi (Belgique), pour son *Traité pratique des maladies, des accidents et des difformités des houilleurs*, inscrit sous le n° 1.

4° Une seconde mention honorable à M. le docteur H. Bonnet, médecin chef de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe), pour son ouvrage ayant pour titre : *L'aliéné devant lui-même, — l'appréciation légale, — la législation, etc.*, inscrit sous le n° 3.

Prix Rufz de Lavison (de la valeur de 2,000 francs). — La question posée par le fondateur était ainsi conçue : « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Aucun mémoire n'a été envoyé pour concourir.

Prix Saint-Lager (de la valeur de 2,000 francs), destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goitreuse. (Texte du fondateur.)

L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour ce concours.

PRIX DE 1871

Prix de l'Académie (de la valeur de 1,000 francs). — Question proposée : « De l'ictère grave. »

Aucun mémoire n'a été adressé à l'Académie pour ce concours.

Prix Portal (1,000 fr.). — Il ne s'est présenté aucun concurrent.

Prix Bernard de Civrieux (900 fr.). — « De l'emploi du bromure de potassium dans les maladies nerveuses. »

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Auguste Voisin, médecin à la Salpêtrière, auteur d'un mémoire ayant pour épigraphe : « La véritable base scientifique de la thérapeutique doit être donnée par la connaissance de l'action physiologique des causes morbides, des médicaments ou des poisons. » (Cl. Bernard.)

Prix Barbier (3,000 fr.). — L'Académie décerne un prix de 1 500 francs à M. le docteur Ehrmann, de Mulhouse (Haut-Rhin), pour son mémoire intitulé : *Recherches sur la staphylorrhaphie chez les enfants*, inscrit sous le n° 2.

Prix Capuron (2,000 fr.). — « De la fréquence relative des positions occipito-postérieures dans la présentation du sommet, leur influence sur la marche du travail de l'accouchement. »

L'Académie accorde un encouragement de 1,000 francs à M. le docteur Louis Sentex, médecin à Saint-Sever (Landes), auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, et portant pour épigraphe : *J'étais dans ces dispositions d'incertitude et de doute que Descartes exige pour la recherche de la vérité* (J.-J. Rousseau).

Prix Ernest Godard (1,000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Berchon, chirurgien de la marine, pour son *Histoire médicale du tatouage.*

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Rouge, chirurgien de l'hôpital de Lausanne (Suisse), pour son travail intitulé : *L'uranoplastie et les divisions congénitales du palais.*

Prix Amussat (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur L. J. Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine à Gorée, pour son *Traité des fractures non consolidées, ou pseudarthroses.*

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1869 et 1870 :

1° *Une médaille d'or à :*

M. Bertrand (Hector), médecin-major de 1re classe de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, pour son mémoire sur les infirmités et les endémies qui motivent, en France, l'exemption du service militaire.

2° *Des médailles d'argent à :*

M. le docteur Autelet, de Civray (Vienne), pour son rapport sur une épidémie de diphthérie qui a régné dans la commune de Clanzais.

M. le docteur Bessières (Emile), d'Egreville (Seine-et-Marne), pour son rapport sur une épidémie de variole qui a sévi dans cette localité.

M. le docteur Châtelain, de Lunéville (Meurthe), pour son travail intitulé : *Étude sur l'hygiène de l'arrondissement de Lunéville.*

M. le docteur Daniel (Félix), de Brest (Finistère), pour son rapport sur les épidémies qui ont sévi dans l'arrondissement de Brest.

M. le docteur Grandmottet, de Saint-Claude (Jura), pour son rapport sur des épidémies de variole et de fièvre typhoïde qui ont régné dans son arrondissement.

M. le docteur Lagardelle de Niort, pour son rapport sur l'épidémie de variole qu'il a observée à l'asile de la Providence.

M. le docteur Martin-Duclaux (J.-B.) de Villefranche (Haute-Garonne), pour son mémoire sur l'épidémie de coqueluche observée à Nogaret.

M. Molard, médecin-major à l'hôpital militaire de Metz, pour son travail sur la constitution médicale exanthématique qui a régné sur la garnison de Metz, et sur les épidémies de fièvres éruptives qu'il a observées en même temps.

M. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, pour son rapport sur l'état sanitaire du département du Bas-Rhin.

M. Widal, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Maubeuge, pour son rapport sur deux épidémies de fièvre typhoïde dans cet établissement.

M. le docteur Yvaren (Prosper), d'Avignon (Vaucluse), pour son esquisse d'une statistique médicale de la commune et de l'arrondissement d'Avignon.

3° *Des médailles de bronze à :*

M. Arnould (Jules), médecin-major de 1re classe à l'École de Saint-Cyr, pour son mémoire sur les affinités du typhus.

M. le docteur Bancel (Émile), de Toul (Meurthe), pour son rapport sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Toul.

M. le docteur Dauvergne père, de Forcalquier (Basses-Alpes), pour son rapport sur une épidémie de variole et de fièvre typhoïde observée à Manosque.

M. le docteur Dusouil, de Melle (Deux-Sèvres), pour son rapport sur une épidémie de dysentérie observée dans trois communes de son arrondissement.

M. le docteur Charvot, de Moulins (Allier), pour son rapport sur une épidémie de variole observée dans la commune de Coulandon.

M. Legrand, médecin honoraire des hôpitaux civils de Metz, pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le hameau de Flanville.

M. le docteur Martin (Gustave), de Pézénas (Hérault), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde observée à Pézénas et dans plusieurs communes voisines.

M. le docteur Poulet, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône), pour son rapport sur une épidémie de rougeole et sur le traitement de la pneumonie morbilleuse par l'alcool à haute dose.

M. le docteur Tondut, de Niort (Deux-Sèvres), pour son rapport sur une épidémie d'angine diphthéritique qui a sévi à Sciecq.

M. le docteur Vignes, de Tarbes (Hautes-Pyrénées), pour son rapport sur des épidémies de diarrhée, de dysenterie et de fièvre typhoïde, observées sur des militaires en traitement à l'hôpital de cette ville.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant les années 1868 et 1869 :

1° *Des médailles d'argent à :*

M. Barrudel, médecin en chef du service médical de l'hôpital militaire de Vichy (Allier).

M. Colin, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre).

M. Fégueux, pharmacien-major, attaché à l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées).

M. Lemonnier, médecin inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées).

M. Mahier (Émile), docteur en médecine à Château-Gontier (Mayenne).

M. Marturé, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées).

M. Montagnan, médecin inspecteur à Capvern (Hautes-Pyrénées).

M. Privat, médecin inspecteur à la Malou (Hérault).

M. Subervic, médecin inspecteur à Bagnères-de-Bigorre (Basses-Pyrénées).

2° *Rappels de médailles d'argent à :*

M. Auphan, inspecteur des eaux d'Ax (Ariége).

M. Batbédat (François), inspecteur des eaux de Préchacq et de Gamarde (Landes).

M. Caulet, médecin inspecteur à Forges (Seine-Inférieure).

M. Chabannes, médecin inspecteur des eaux de Vals (Ardèche).

M. Charmasson (de Puylaval), médecin inspecteur des eaux de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).

M. Crouzet, médecin inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault).

M. Damourette, médecin inspecteur des eaux de Sermaize (Marne).

M. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère).

M. De Finance, médecin principal chef à l'hôpital militaire de Bourbonne les-Bains (Haute-Marne).

M. Foubert, médecin inspecteur à Villers-sur-Mer (Calvados).

M. Niepce, médecin inspecteur aux eaux d'Allevard (Isère).

M. de Puisaye, médecin inspecteur des eaux d'Enghien.

M. Tillot, médecin inspecteur à Saint-Christau (Basses-Pyrénées).

3° *Des médailles de bronze à :*

M. Grimaud, médecin inspecteur des eaux de Niederbronn (Bas-Rhin).

M. Hamel, médecin chef de l'hôpital militaire d'Hamman-Meskoutin (Algérie).

M. Picon, médecin inspecteur des eaux de Molitg-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

4° *Des mentions honorables à :*

M. Bailly, médecin inspecteur des eaux de Bains (Vosges).

M. Bona, médecin inspecteur des eaux d'Évaux (Creuse).

M. Besançon, médecin-major de l'hôpital militaire d'Hammam-Rira (Algérie).

M. Rockel, médecin aide-major au 41e de ligne.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ

des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille.

PRIX ANNUELS (1)

PROGRAMME

V. — ÉCONOMIE SOCIALE ET STATISTIQUE.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Étudier comparativement les résultats obtenus par l'établissement des fourneaux économiques pour les classes ouvrières; recueillir les documents officiels relatifs à leur organisation; rechercher quels enseignements ont peut tirer de cette étude comparative relativement à l'établissement de fourneaux semblables à Lille.

2° Rechercher quels ont été l'organisation et les résultats des sociétés de secours mutuels entre ouvriers (dites *Sociétés des malades*) qui existaient à Lille, antérieurement à 1789.

3° Faire l'historique de l'une des grandes industries du département du Nord (sucrerie, distillerie, potasse de betteraves, savons mous, etc.), en signalant les diverses phases de son développement et indiquant son avenir probable.

Établir l'état actuel de l'industrie dont on parlera, d'après une statistique dont les éléments, puisés aux sources officielles, pourront être contrôlés.

4° Établir la valeur des terres et leur prix de location à diverses époques dans une des régions du nord de la France; rechercher le rapport de ces prix avec le chiffre de la population.

VI. — LÉGISLATION.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Chercher quelle a été la législation des établissements incommodes ou insalubres dans une des villes du nord de la France antérieurement au décret de 1810.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

2° Étude critique des prescriptions de la loi de 1856 et du décret de 1865 sur les appareils de sûreté des machines à vapeur.

VII. — HISTOIRE.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Faire l'historique des rues de Lille.

2° Indiquer la topographie physique de la Flandre maritime lor de la conquête romaine. Étudier cette question principalement au point de vue de la critique scientifique et de la géologie, tout en s'appuyant sur les documents géographiques et archéologiques. Discuter les diverses opinions déjà émises sur ce sujet.

3° Rechercher s'il existe dans le département des débris de l'industrie humaine pouvant se rapporter à l'âge de pierre.

4° Histoire de l'organisation judiciaire des diverses provinces formant aujourd'hui le département du Nord, depuis l'invasion des barbares jusqu'en 1789.

5° Histoire des établissements charitables et hospitaliers de l'arrondissement de Lille.

6° Étude biographique sur le botaniste Desmazières.

7° Étude biographique sur le naturaliste Macquart.

8° Étude biographique sur le physicien Delezenne.

9° Histoire d'une commune rurale du département du Nord.

10° Étude comparative d'après les données de l'archéologie et de l'histoire, sur la topographie, les enceintes successives et les monuments des principales villes du département du Nord, depuis l'époque gallo-romaine jusqu'au règne de Louis IV. Le mémoire doit être accompagné de plans.

La Société pourrait récompenser un mémoire qui ne traiterait que d'une seule ville.

VIII. — LITTÉRATURE ET POÉSIE.

Chaque année il sera ouvert un concours de poésie et décerné des médailles aux auteurs des meilleurs pièces de vers : le sujet est laissé à la disposition des concurrents.

La première médaille d'or décernée pour le travail le plus remarquable dans les deux concours de littérature et de poésie sera remplacée par un objet d'art.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° Étude critique sur le mouvement littéraire dans les provinces qui forment aujourd'hui le département du Nord, depuis l'incorporation à la France (1667) jusqu'en 1789, ou depuis cette dernière époque jusqu'à nos jours.

2° Une scène dramatique comprenant des personnages et des chœurs, destinée à être mise en musique.

3° Éloge de l'un des bienfaiteurs des pauvres à Lille (la comtesse Jeanne, Gantois, Masurel, Stappaert, etc.).

(*Sera continué.*)

MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours à l'Ecole pratique, sont prévenus que la distribution des amphithéâtres aura lieu lundi 25 mars, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 35. — SAMEDI 23 MARS 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 23 MARS 1872. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saints-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Reprise du cours de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Société des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Reprise du cours de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Après une interruption nécessitée par les soins de sa santé, M. le professeur Béhier a repris lundi dernier, 18 mars, ses leçons cliniques à l'Hôtel-Dieu. L'amphithéâtre était comble. L'Hôtel-Dieu n'avait pas vu depuis longtemps une pareille affluence et un tel mouvement. Cet empressement avait un double motif, la satisfaction de revoir, après une longue absence, un maître aimé, et le désir d'entendre de nouveau ces leçons instructives, toutes pratiques et relevées par ce style animé et incisif qui les grave si bien dans l'esprit. Tous les services de l'Hôtel-Dieu avaient fourni leur contingent d'auditeurs. Nous pourrions même citer tel chef de service qui a devancé de près de deux heures le moment habituel de sa visite pour permettre à ses élèves et se permettre à lui-même d'assister à la leçon.

« C'est avec un rare plaisir et une joie véritable, a dit M. Béhier, que je me retrouve au milieu de vous. Pendant de longues semaines, j'ai pu croire que cette bonne fortune ne me serait plus permise ; car l'année scolaire a mal commencé pour moi, et j'ai dû renoncer pour un temps beaucoup trop long aux travaux qui sont ma joie et mon plus cher plaisir. Mais ce n'est pas pour moi seul que cette année a mal commencé, elle a mal commencé aussi pour la science ; car nous avons fait des pertes douloureuses. La mort de M. Laugier est une perte profondément sentie. Peut-être vous dira-t-on un jour ce qu'était cet homme aimable et bienveillant. Pour parler de ses travaux, il faudrait une autorité chirurgicale que je n'ai point. Je ne puis que regretter le collègue et l'ami. »

Une autre perte que M. Béhier a tenu à signaler à son auditoire est celle de M. Pierre Chalvet, cet intelligent et intrépide travailleur, dont la *Gazette des hôpitaux* peut se flatter d'avoir su apprécier de bonne heure les mérites et encourager les premiers travaux, en lui ouvrant largement, dès ses débuts, l'accès de ses colonnes. « Celui-là, a dit M. Béhier, j'ai pu l'apprécier complétement et je puis vous dire en connaissance parfaite pourquoi sa mort a été un malheur réel, un sujet de deuil pour la science et pour les honnêtes gens. Nul plus que Chalvet n'a jamais été plus fermement honnête, plus dignement indépendant, plus constamment charitable ; nul n'a jamais eu un caractère plus aimable, un esprit plus original et plus persévérant dans la voie qu'il s'était proposée..... » Après avoir retracé les traits nombreux de désintéressement, de bienfaisance, d'indépendance, d'honnêteté et de modestie qui ont fait le fond du caractère et de la vie de Chalvet, M. Béhier a esquissé et apprécié dans les termes suivants l'ensemble et l'enchaînement de ses travaux ; ce qui lui a fourni l'occasion d'exposer à ses élèves le programme des perfectionnements qui viennent d'être tout récemment introduits dans l'enseignement clinique de l'Hôtel-Dieu et le complément nouveau qu'il compte lui donner à l'avenir, en dirigeant une partie de ses recherches scientifiques dans la voie ouverte par M. Chalvet. Nous reproduisons textuellement toute cette partie de l'allocution de M. Béhier.

« Tous les travaux de Chalvet convergeaient vers le même but : prouver que les recherches cliniques bien dirigées peuvent prêter à la clinique et à la science médicale des secours pleins d'efficacité, secours que l'observation et la tradition seules, non plus que les procédés physiques, ne sauraient remplacer.

Cette idée constamment poursuivie a inspiré Chalvet dans toute sa carrière. Elle domine dans les thèses de doctorat et d'agrégation qu'il nous a données en 1863 et en 1869, — dans son mémoire sur les désinfectants et leur application à la thérapeutique et à l'hygiène, travail couronné par l'Académie de médecine, — dans ses recherches sur la coloration verte et bleue qu'on observe au voisinage des plaies, — dans ses études sur le sang des malades atteints de scorbut qu'il observa pendant le siége de Paris, — enfin dans ce travail qu'il communiqua à la Société de biologie en 1867, sous le titre modeste de *Note sur les altérations des humeurs par les matières dites extractives*. Ce travail est certainement l'un des plus importants qu'on puisse trouver sur la question. Il a d'autant plus de valeur à mes yeux que je suis fermement résolu à continuer l'œuvre de Chalvet sur ce point. Là, suivant moi, est une source précieuse d'enseignement, et je vous montrerai chemin faisant tout ce que cet ordre de recherches peut avoir de précieux dans l'étude des problèmes ardus de la clinique et de la pathologie.

L'idée dominante de ce travail avait déjà été ébauchée par Schottin, Scherer et Hoppe, qui constatèrent un excès de matières extractives dans le sang des albuminuriques. Par matières extractives, il faut entendre soit dans l'urine, soit dans le sang, les principes solubles dans l'alcool absolu, à l'exception de l'urée.

La présence de cette dernière substance dans le sang ne doit pas être considérée comme la cause des accidents dits urémiques. Chalvet a même prouvé qu'elle est plutôt utile en ce qu'elle facilite l'élimination des matières extractives.

Ces matières ne sont autre chose qu'une forme des produits de la dénutrition des tissus. Or la maladie hâtant les combustions organiques, ces déchets de la nutrition sont plus abondants pendant l'état de maladie. Que si les divers émonctoires de l'économie ne fonctionnent pas régulièrement et n'augmentent pas selon le besoin leur activité éliminatrice, ces déchets, retenus dans le sang, rendent ce liquide nuisible, et de là la production de ces phénomènes graves qui constituent l'état typhoïde, l'état ataxique, l'état adynamique.

La qualité de ces déchets, désignés sous le nom de matières extractives, nous est encore peu connue, mais Chalvet a montré que leur quantité plus ou moins grande dans le sang est en coïncidence avec le développement plus ou moins complet des phénomènes redoutables qui constituent ces états si graves que je nommais tout à l'heure.

Vous voyez la donnée précieuse que Chalvet avait mise en lumière. Nous chercherons à la confirmer, et même, si nos forces le permettent, nous chercherons à l'étendre. Grâce à la sollicitude que M. Wurtz a témoignée pour la clinique de l'Hôtel-Dieu, et grâce au bon vouloir qu'il a trouvé dans l'administration de l'assistance publique, nous sommes dotés d'un laboratoire qui permet ce travail. A la tête de ce laboratoire, il nous a permis de placer pour les recherches chimiques un des élèves distingués de notre pauvre sœur d'Alsace, M. Hœfner, qui remplissait les fonctions de chef de laboratoire dans un des services cliniques les plus distingués de la Faculté de Strasbourg.

La présence de notre cher collaborateur nous sera profitable, et nous ferons tous nos efforts pour lui adoucir les tristesses de l'exil qu'il a dû préférer à la domination de nos ennemis.

Nous ne saurions trop témoigner ici notre reconnaissance au doyen de notre Faculté pour l'extension qu'il nous a permis de donner à notre atelier de recherches. Désormais vous verrez par vous-mêmes les résultats des recherches de chimie pathologique que vous démontrera M. Hœfner, comme vous verrez, de vos yeux, à l'aide des instruments que la même libéralité nous a donnés en nombre suffisant, les altérations histologiques que notre chef de clinique si zélé, notre ami si dévoué, M. Liouville, prépare avec tant d'habileté.

Entre autres points, nous étudierons donc surtout ces matières extractives dont Chalvet a démontré l'importance.

J'ai tenu, messieurs, à vous parler de cet homme de bien, de ce jeune savant si épris de la science et qui promettait de lui rendre tant de services. Ses camarades, ses égaux lui ont payé leur tribut au moment où ils ont livré à la terre sa dépouille mortelle. J'ai voulu qu'un nouvel hommage lui fût rendu du haut de la chaire que j'ai l'honneur d'occuper. C'était un agrégé, et j'ai tenu à honneur, comme professeur titulaire, de dire toute la haute estime dont j'étais pénétré pour celui qui m'appelait gracieusement son maître, tandis qu'à vrai dire j'ai été bien souvent son simple disciple. »

M. Béhier, après cette allocution qui a été couverte par les applaudissements de l'auditoire, a abordé l'étude des malades de son service, en entretenant ses élèves d'un cas de pleuropneumonie, dont l'histoire est instructive à plusieurs titres et particulièrement pour les enseignements que fournit la marche de la maladie. — Nous publierons un résumé de ce fait et des considérations auxquelles il a donné lieu de la part du professeur.

Cette semaine, la Faculté a terminé son semestre d'hiver et a inauguré les cours d'été. Parmi les cours qui ont commencé, nous signalerons particulièrement celui de M. le professeur Gubler (chaire de thérapeutique), qui a eu l'heureuse et patriotique idée d'entreprendre cette année une série de leçons sur la thérapeutique thermale française.

Dans plusieurs publications récentes, des auteurs aussi compétents que bien inspirés, ont déjà cherché à démontrer que la France est aussi riche en sources minérales et thermo-minérales que n'importe quelle contrée de l'Europe, et qu'elle possède dans son sol de quoi suffire largement à tous les besoins de la thérapeutique, sans qu'il soit nécessaire de recourir à l'hospitalité de nos voisins et peut-être à l'inhospitalité de quelques-uns. M. Gubler s'est proposé de reprendre de haut cette importante question, en complétant les énumérations et les indications déjà très-utiles qui ont été produites sur ce point, par une étude pratique comparée, au double point de vue de leur composition, de leur action physiologique et de leurs indications thérapeutiques, des divers groupes d'eaux minérales si abondamment répandues sur le sol français, avec leurs analogues des autres pays et particulièrement de l'Allemagne.

Dans sa première leçon, que nous avons entendue avec un vif plaisir, M. Gubler a esquissé largement et à grands traits les ressources immenses et trop peu connues que nous possédons en France, pour réaliser la série complète des traitements par les eaux minérales.

L'auditoire entier, qui était très-nombreux et dans lequel nous avons remarqué, mêlés au milieu de la foule des élèves, un grand nombre de médecins et particulièrement plusieurs de nos confrères des stations thermales, a paru apprécier comme ils méritaient de l'être le tact et le bon goût avec lesquels M. Gubler a évité tout ce qui pouvait rappeler des sentiments de rivalité jalouse et haineuse ou de trop légitimes représailles, pour rester constamment sur le terrain de la vérité scientifique et de l'utilité pratique. Nul doute que ce cours ne soit suivi avec un vif intérêt et qu'il n'ait tout le retentissement qui lui est dû.

Dr Brochin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance publique annuelle du 15 décembre 1871 tenue le 19 mars 1872 (1).

PRÉSIDENCE DE M. WURTZ

PRIX DE 1871

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS POUR LE SERVICE DE LA VACCINE EN 1869.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder :

1° *Un prix de 1,500 francs, partagé entre :*

M. Millet, docteur en médecine à Tours (Indre-et-Loire);

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

M. Renault, officier de santé, directeur de la vaccine à Alençon (Orne);

M. Godefroy, docteur en médecine à Rennes (Ille-et-Vilaine).

2° *Des médailles d'or à :*

M. Pangaud, docteur en médecine à Montluçon (Allier).

M. Chipault, médecin cantonal à Châteauneuf (Loiret).

Mme Abrion, sage-femme à Massay (Cher).

M. Leduc, docteur en médecine à Versailles (Seine-et-Oise).

3° Quatre-vingt-dix-huit médailles d'argent aux vaccinateurs dont les noms suivent, qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie :

Mme Anceaume, sage-femme à Villez-sur-Bailleul (Eure).

Mme Angelot, sage-femme à Bourbonne (Haute-Marne).

M. Artance, docteur médecin à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

M. Astier, docteur médecin à Paulhaguet (Haute-Loire).

Mme Augé (femme Cabau), sage-femme à Massat (Ariége).

Mme Avril, sage-femme à Château-Renaud (Indre-et-Loire).

M. Baciocchi, officier de santé à Aullène (Corse).

M. Barely, interne des hôpitaux de Paris (Seine).

Mme Barreau, sage-femme à Albi (Tarn).

M. Baverel, docteur médecin à Morteau (Doubs).

M. Bédel, docteur médecin à La Broque (Vosges).

M. Bellat, médecin à Saint-Jean (Drôme).

M. Bergerat, officier de santé à Neuilly (Allier).

Mme Biron (née Zubler), sage-femme à Metz (Moselle).

M. Blanc (Marius), docteur médecin à Uzès (Gard).

M. Botrel, docteur médecin à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine).

M. Buet, docteur médecin à Morzine (Haute-Savoie).

Mme Caumel (N. E.), sage-femme à Monflanquin (Lot-et-Garonne).

Mme Chuvinier, sage-femme à Ajuhon (Cantal).

M. Clément, médecin cantonal à Beaujeu (Rhône).

Mlle Coisnon, sage-femme à Pont-sur-Yonne (Yonne).

M. Compagnon, docteur médecin à Saint-Claud (Charente).

Mlle Cordier, sage-femme à Checy (Loiret).

M. Courcelle, docteur médecin à Laval (Mayenne).

M. Dambax, docteur médecin à Labarthe (Basses-Pyrénées).

M. Deschanels, docteur médecin à Joyeuse (Ardèche).

M. Duclot, médecin à Vif (Isère).

M. F. Ducom, officier de santé à Panjas (Gers).

M. Dufay, médecin à Thiembronne (Pas-de-Calais).

M. Faraut, docteur médecin à Nice (Alpes-Maritimes).

M. De Ferolles, officier de Santé à La Bazoge (Sarthe).

M. Ferret, docteur médecin à Graissessac (Hérault).

M. Finckler, médecin cantonal à Volmunster (Moselle).

M. Fontès, docteur médecin au 1er arrondissement de Paris (Seine).

M. Foriat, docteur médecin à Charlieu (Loire).

Mme A Fosses, sage-femme à Mont-de-Marsan (Landes).

M. Galtier, docteur médecin à Castelnaudary (Aude).

M. Gasne, docteur médecin au 17e arrondissement de Paris (Seine).

M. Geneuil, docteur médecin à Jonzac (Charente-Inférieure).

Mme Geoffroy, sage-femme à La Charité (Nièvre).

M. Georgeon, docteur médecin à Melisey (Haute-Saône).

Mme veuve Gibory, sage-femme à Droué (Loir-et-Cher).

Mme veuve Gillet, sage-femme au Blanc (Indre).

Mlle Guernet, sage-femme à Caen (Calvados).

Mme veuve Guignard, sage-femme à Salins (Jura).

M. Guilbert, docteur médecin à Périgueux (Dordogne).

M. J. Guillot, officier de santé à Prades (Pyrénées-Orientales).

Mme Guinot, sage-femme à Savignac (Dordogne).

Mme Hélin, sage-femme à Chatellerault (Vienne).

Mme Istace, sage-femme à Charleville (Ardennes).

M. Jamyot, docteur médecin à Mauron (Morbihan).

M. Jorrand, docteur médecin à Méru (Oise).

M. Kuzinski, docteur médecin à Arles (Bouches-du-Rhône).

Mme Langlais, sage-femme à La Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne).

Mme La Perrière-Ferraud, sage-femme, à Garnerans (Ain).

Mme Larpenteur, sage-femme à Pont-sur-Seine (Aube).

Mme Lavabre-Duchâtel, sage-femme à Lille (Nord).

M. Lebœuf, docteur médecin à Cahors (Lot).

M. Leclerc, docteur médecin à Rouillac (Charente).

Mme Legoux, sage-femme à Albert (Somme).

M. Lemaistre, médecin des épidémies, à Limoges (Haute-Vienne).

M. Leray, docteur médecin à Blain (Loire-Inférieure).

Mme Lœuillet, sage-femme à Nogent (Loire-Inférieure).

M. Louboutin, docteur médecin à Crozon (Finistère).

Mme Madesclaire, sage-femme à Meymac (Corrèze).

M. Mangin, docteur médecin à Baccarat (Meurthe).

M. Margoton, officier de santé à Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Mme Morillon, sage-femme à Coulonges (Deux-Sèvres).

M. Morin, docteur médecin au 6e arrondissement de Paris (Seine).

M. A. Mouttard, médecin à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie).

M. Mouret, docteur médecin à Monistrol (Haute-Loire).

M. Nève (P.-L.), docteur médecin à Bar-le-Duc (Meuse).

M. Nogaret, docteur médecin à Saliés (Basses-Pyrénées).

M. Ollivier, officier de santé à Louroux-Beconnais (Maine-et-Loire).

M. Omouton, docteur-médecin à Yvetot (Seine-Inférieure).

Mme Parquet, sage-femme à Flins (Seine-et-Oise).

M. Petiteau (Marcel), docteur médecin aux Sables-d'Olonne (Vendée).

Mme Peyroux (née Rozier), sage-femme à Saint-Germain (Haute-Vienne).

Mme Piedena-Mercier, sage-femme à Lille (Nord).

M. Perrichon, officier de santé à Plénée-Jugon (Côtes-du-Nord).

Mme Pinault, sage-femme au Châtelet (Cher).

Mme Pouplin, sage-femme à Soissons (Aisne).

M. Rabasse, médecin cantonal à Serres (Hautes-Alpes).

M. Rambeau, docteur médecin à Neuilly-en-Thelle (Oise).

M. Rapp, médecin cantonal à Bischwiller (Bas-Rhin).

M. Regnier, médecin à Blaye (Gironde).

M. Remy, docteur médecin à Mareuil-le-Port (Marne).

M. Ricque, médecin major de 2e classe au 3e régiment du train, à Châteauroux (Indre).

M. Rivairol, docteur médecin à Montauban (Tarn-et-Garonne).

Mlle Roux (femme Fauvel), sage-femme à Chambon (Creuse).

M. Savy fils, docteur médecin à Valensolle (Basses-Alpes).

M. Sée, docteur médecin à Strasbourg (Bas-Rhin).

M. Sénéchal, docteur médecin au 13e arrondissement de Paris (Seine).

M. Soubrier, docteur médecin à Sengouagnet (Haute-Garonne).

Mme Tréantous, sage-femme à Lorient (Morbihan).

Mme Truffert, sage-femme à Cherbourg (Manche).

M. Vidal, docteur médecin à Hyères (Var).

Mme Vachey, sage-femme au Creuzot (Saône-et-Loire).

M. LE PRÉSIDENT WURTZ donne lecture du programme des prix proposés pour les années 1872 et 1873.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1872.

PRIX DE L'ACADÉMIE.

L'Académie met au concours la question suivante :

« De l'ictère grave. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PORTAL

Ce prix sera décerné au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique.

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX BERNARD DE CIVRIEUX.

L'Académie propose la question suivante :

« Des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. »

Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

PRIX BARBIER.

Ce prix, de la valeur de 2,000 francs, doit être décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables, etc.

PRIX CAPURON.

La question suivante est de nouveau mise au concours.

« Des phénomènes précurseurs et concomitants de la sécrétion lactée. »

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX ERNEST GODARD.

Ce prix sera accordé au meilleur travail sur la pathologie interne.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX ORFILA

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur un sujet appartenant à l'une des branches de la médecine légale, la toxicologie exceptée.

Il sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX LEFÈVRE.

La question posée par le testateur est ainsi conçue :

« De la mélancolie :

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

L'Académie, se conformant aux intentions du testateur, appelle l'attention des concurrents sur une forme particulière de la mélancolie, et met au concours, pour 1872, la question suivante : DE LA NOSTALGIE. »

PRIX RUFZ DE LAVISON.

Question posée par le fondateur :

« Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

Comme pour les autres prix que décerne l'Académie, les médecins français et étrangers seront admis à ce concours.

Ce prix sera de la valeur de 2,000 francs.

PRIX SAINT-LAGER.

Extrait de la lettre du fondateur.

« Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration, aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains des pays à endémie goîtreuse. »

Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1873

PRIX DE L'ACADÉMIE.

L'Académie pose la question suivante :

« Faire l'histoire de la résection des os, dans leur continuité, à la suite de coups de feu (à l'exception des résections articulaires). »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX PORTAL.

La question suivante est de nouveau mise au concours :

« De l'état des os, notamment des vertèbres, dans le cancer des viscères. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX BERNARD DE CIVRIEUX.

Question :

« Des aliénations mentales transitoires qui surviennent dans le cours ou la convalescence des maladies aiguës. »

Ce prix sera de la valeur de 900 francs.

PRIX CAPURON.

Ce prix sera décerné au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale.

Il sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX BARBIER.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

PRIX ERNEST GODARD.

Ce prix sera décerné au meilleur travail sur la pathologie externe.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX AMUSSAT.

Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

Il sera de la valeur de 1,000 francs.

PRIX ITARD.

Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

La valeur de ce prix sera de 2,700 francs.

PRIX D'OURCHES.

Extrait du testament :

« Je veux qu'il soit prélevé sur la valeur de ma succession une somme de 25,000 francs destinée, dans les conditions ci-après énoncées, à la fondation de deux prix, savoir :

« 1° Un prix de 20,000 fr. pour la découverte d'un moyen simple et vulgaire de reconnaître d'une manière certaine et indubitable les signes de la mort réelle ; la condition expresse de ce prix est que le moyen puisse être mis en pratique, même par de pauvres villageois sans instruction.

« 2° Un prix de 5,000 francs pour la découverte d'un moyen de reconnaître, d'une manière certaine et indubitable, les signes de la mort réelle, à l'aide de l'électricité, du galvanisme, ou de tout autre procédé exigeant, soit l'intervention d'un homme de l'art, soit l'application de connaissances, l'usage d'instruments ou l'emploi de substances qui ne sont pas à la portée de tout le monde.

« Les sommes destinées à ces prix feront retour à ma succession dans le cas où, pendant cinq ans, à dater du jour de l'acceptation, l'un ou l'autre des prix, ou aucun d'eux, n'aurait pu être décerné. »

Les mémoires pour les prix à décerner en 1872 devront être envoyés, sans exception aucune, à l'Académie, avant le 1er août de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

N. B. Tout concurrent qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (Décision de l'Académie du 1er septembre 1838.)

Toutefois, les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil, Godard, Barbier, Amussat et d'Ourches, sont exceptés de cette dernière disposition.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Marseille médical*; — le *Montpellier médical*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — l'*Ippocratico*, journal médical par le docteur Luigi Car. Casati. — *Introduction aux connaissances humaines*, par M. A. Dantès.

M. Panas présente un travail de M. le docteur V. de Castro (d'Alexandrie), intitulé : *Des abcès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurgical.*

M. Dolbeau présente à la Société, de la part de l'auteur, M. Duplouy, une note sur la désarticulation du genou (Commissaires : MM. Perrin, Legouest et Desprès).

DISCUSSION

De l'opportunité des opérations chez les femmes enceintes et les nouvelles accouchées. — M. Tarnier. La malade dont j'ai entretenu la Société a eu quelques accidents sur lesquels je veux revenir. La malade, pendant l'application du chloroforme, a été d'abord comme sidérée, puis elle a eu du strabisme et de la dilatation de la pupille; deux jours de suite après l'opération la malade a vomi; il y a eu de la gangrène de la plaie chirurgicale, puis un affaissement général inquiétant, mais aujourd'hui le mieux se prononce.

Je crois que la malade a été fâcheusement influencée par le chloroforme.

La tumeur, examinée, contenait du tissu fibro-plastique.

M. Desprès. J'ai consulté mes notes de l'hôpital de Lourcine, et je vous apporte les documents précis relatifs aux opérations que j'ai pratiquées sur des femmes enceintes. J'ai enlevé chez six malades grosses de trois à sept mois et qui étaient à leur première grossesse et avaient 17, 18, 19 et 20 ans, des végétations énormes, qui leur rendaient le séjour au lit lui-même insupportable. Aucune de ces malades n'a avorté; une est accouchée à terme plus d'un mois après, d'un enfant mort, à cause d'une complication, la procidence du cordon. J'ai eu deux fois à faire des incisions dans des abcès de la glande vulvo-vaginale sur des femmes grosses; les malades n'ont eu aucun accident et sont accouchées à terme. Une fois chez une femme de 30 ans, grosse de trois mois, qui avait une fistule recto-vaginale, j'ai fait une opération : j'ai transformé la fistule recto-vaginale en une fistule à l'anus périnéal. La malade n'a eu aucun accident et est accouchée à terme. Par opposition, une malade qui avait un kyste du vagin et que je voulais opérer s'est refusée à l'opération; elle a avorté à deux mois et demi sous mes yeux. Si j'avais opéré cette malade, j'aurais sans aucun doute accusé l'opération. Je pense donc, d'après ces faits, d'après ceux de M. Chassaignac, que l'on ne doit pas proscrire chez les femmes grosses les ablations des végétations gênantes.

En terminant, je ferai remarquer que l'on passe au spéculum les femmes enceintes et qu'on traite leurs vaginites par les tampons d'alun, restés classiques à l'hôpital de Lourcine. Aucun chirurgien de l'hôpital ne redoute les avortements, et pour ma part, je n'ai rien vu qui pût justifier cette crainte. Une fois cependant, une malade dont le col avait été difficile à trouver, et qui avait été passée deux fois au spéculum dans les 24 heures, a avorté, et je crois que l'emploi prolongé du spéculum n'a pas été étranger à l'avortement.

M. Forget. Je demanderai toujours dans quelles limites de temps les opérations doivent être pratiquées après l'accouchement, car l'état puerpéral se fait encore sentir longtemps après l'accouchement. Je ne pense pas que la malade de M. Tarnier ait subi l'influence du chloroforme, je crois que l'on pourrait bien plutôt accuser l'état puerpéral; ce qui me le fait penser, ce sont les accidents du côté de la plaie. Je suis donc d'avis qu'on ne saurait trop attendre pour opérer les femmes en couches.

M. Boinet. Il y a des opérations urgentes qu'on ne saurait retarder, telles sont les déchirures du périnée. Il y a tout intérêt à fermer immédiatement la plaie. Pour des cas semblables, j'ai pratiqué des sutures immédiatement, et j'ai eu de bons résultats. On débarrasse les malades du séjour des lochies dans la plaie.

M. Tarnier. Les opérations d'urgence peuvent être pratiquées sur les femmes enceintes; mais les unes sont innocentes, tandis que d'autres sont suivies d'hémorrhagies d'avortement. Pour ce qui est des végétations, on doit s'abstenir aussi longtemps que possible; d'une part, les végétations tombent seules après l'accouchement; de l'autre, avec la poudre de tannin on dessèche les végétations au point de les rendre peu gênantes. Nous voyons ces faits souvent dans les services d'accouchement.

M. Desprès nous dit que les tampons de l'hôpital de Lourcine et l'emploi du spéculum sont mis en usage journellement chez les femmes enceintes ou non à l'hôpital de Lourcine, sans qu'on redoute l'avortement. J'ai vu le fait pendant un remplacement à l'hôpital de Lourcine. Oui, les tampons gros comme un petit œuf, placés dans le vagin, ne causent pas l'avortement, mais cela ne veut pas dire que le tamponnement connu des accoucheurs ne provoque pas des contractions utérines, puisqu'en obstétrique le tampon vaginal est un moyen de provoquer l'accouchement artificiel; il y a une différence entre un gros et un petit tampon pour les effets sur l'utérus gravide.

Je dirai à M. Forget que j'ai opéré ma malade 45 jours après ses couches. J'ai attendu que tout écoulement lochial eût disparu; j'ai peut-être opéré un peu tôt. Wieland, dans sa thèse inaugurale, disait que le rétablissement complet des fonctions ne s'effectuait pas même complétement après le retour de couches, et qu'après la première époque des règles l'utérus restait encore hypertrophié; de sorte que l'on peut dire que les opérations sur les nouvelles accouchées ne devraient pas être faites avant la deuxième apparition des règles.

M. Blot s'associe à la distinction que l'on doit faire entre les gros et les petits tampons, mais il croit devoir insister sur la non-opportunité des opérations hatives pour remédier aux ruptures du périnée. Il y a, dit-il, une distinction à faire : certaines ruptures du périnée comprennent seulement la peau, d'autres comprennent les parties profondes. Pour les premières, il n'y a rien à faire, elles se cicatrisent seules; quand la déchirure est étendue, on ne réussit pas les sutures et l'opération a même cela de fâcheux qu'en échouant elle rend plus difficile une opération ultérieure.

Les opérations retardées sont surtout utiles pour les déchirures profondes du périnée et pour les fistules vésico-vaginales. On doit attendre trois et quatre époques, attendre même plus; car des fistules se rétrécissent considérablement; quelques-unes guérissent spontanément, et d'autres peuvent être guéries par de simples cautérisations. Aussi est-il indiqué de n'opérer que quand il est démontré que la fistule ne se rétrécit plus.

M. Chassaignac. M. Tarnier a reconnu qu'il y avait des opérations urgentes qu'il était nécessaire de pratiquer chez les femmes grosses, mais qu'il y avait des cas où il fallait s'abstenir. J'aurais voulu que notre collègue distinguât quant au procédé à employer. Il y a deux catégories de moyens à mettre en usage : l'opération sanglante et les opérations telles que le drainage et l'écrasement linéaire. M. Guyon nous a fourni une observation, où un abcès froid, chez une femme grosse, a été très-heureusement traité sans qu'il y ait eu avortement. J'ai vu, lorsque j'étais à Lourcine, une jeune femme enceinte atteinte de grosses végétations, suintant beaucoup, et gênant considérablement la malade. Imbu des idées qu'il ne fallait pas toucher aux végétations des femmes enceintes, et connaissant les tentatives de destruction des verrues par l'acide acétique, j'essayai l'acide acétique sur les végétations de ma ma-

lade. Ce traitement occasionna les douleurs les plus vives et n'avait qu'un médiocre effet. J'ai fait alors des ligatures en trois fois. Malgré l'emploi du chloroforme, la malade souffrit beaucoup ; elle eut des attaques d'hystérie et même des coliques et des contractions utérines ; néanmoins il n'y eut pas d'avortement. Depuis, j'ai opéré des femmes enceintes atteintes de végétation avec l'écraseur linéaire, et j'en ai eu de bons résultats.

Les abcès que l'on ouvre chez les femmes enceintes, au sein ou à la vulve, exigent des ouvertures très-petites ; car les grandes incisions donnent lieu à une hémorrhagie ; mais cette hémorrhagie n'est pas elle-même le plus grand danger. Les hémostatiques que l'on emploie cautérisent, enflamment les plaies, comme cela a existé chez la malade de M. Verneuil. Pour les abcès en général chez les femmes grosses, au sein ou à la vulve, je serais tout à fait d'avis que le meilleur moyen de les ouvrir est le trocart.

M. Després. En prenant des précautions, on peut opérer les femmes grosses sans danger d'hémorrhagie ou d'avortement. M. Tarnier croit qu'on doit attendre l'accouchement pour opérer les végétations ; mais doit-on s'abstenir quand on voit des malades au troisième mois de la grossesse avec des bouquets de végétations à la vulve gros comme une tête d'adulte ou une tête d'enfant ? quand, malgré poudres, soins de propreté et bains, les malades ne peuvent rapprocher les jambes, quand le frottement cause des eschares sur les cuisses ou que les végétations s'ulcèrent les unes contre les autres, peut-on laisser les malades six mois dans cet état, alors qu'on n'est pas sûr que les végétations tomberont seules après l'accouchement ? car, il faut bien le dire, j'ai opéré plus d'une fois des végétations chez des femmes accouchées depuis plus de six semaines, et qui avaient des végétations stationnaires depuis le commencement ou le milieu de leur grossesse.

Les six malades que j'ai citées avaient des végétations énormes ; je les ai opérées en plusieurs fois, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie, parce que je cautérisais avec le chlorure de zinc, ou je comprimais avec de l'amadou ou de la charpie quand il coulait du sang. J'ai déjà dit qu'il n'y avait pas eu d'avortement.

Il est possible d'expliquer les divergences d'opinion entre les chirurgiens de l'hôpital de Lourcine et les chirurgiens chargés des services d'accouchement. Nous voyons, nous, les malades au commencement de la grossesse, et, en deux ans, à l'hôpital de Lourcine, on opère plus de grosses végétations que l'on n'en voit en vingt années dans un service d'accouchement.

(Sera continué.)

SOCIÉTÉ

des sciences, de l'agriculture et des arts de Lille.

PRIX ANNUELS (1)

PROGRAMME

IX. — BEAUX-ARTS.

Questions proposées pour le concours de 1872.

1° On demande un projet de statue à ériger à l'un des bienfaiteurs des pauvres à Lille (Gantois, Mazurel, Stappaert, etc.). Le modèle devra être en plâtre et au quart d'exécution.

2° Histoire des arts du dessin à Lille depuis la fondation de la ville jusqu'au XIXe siècle inclusivement. Par les arts du dessin, il faut entendre la peinture, la sculpture, la gravure, l'architecture, ainsi que les arts industriels dans leurs rapports avec les premiers.

3° Étudier les transformations architecturales qu'entraîne l'emploi, de plus en plus prépondérant, des métaux dans la construction des édifices et des monuments de l'ordre le plus élevé. Quelles sont les qualités qui recommandent ces matériaux, ou les défauts qui doivent les faire repousser au point de vue de l'art.

4° Il sera décerné une médaille à l'auteur d'une œuvre musicale remarquable, telle que symphonie, ouverture, chœur avec ou sans accompagnement.

Pour une œuvre de chant sans accompagnement de piano, la médaille pourra, au choix du concurrent, être remplacée par la publication aux frais de la Société.

5° *Photographie* : — Indiquer un procédé qui permette de substituer l'encre grasse à la gélatine dans l'obtention des épreuves dites photoglyptiques (*système Wodbury*), en maintenant à ces épreuves leur admirable perfection.

6° Indiquer un procédé qui permette d'obtenir, par la simple exposition à la chambre noire, une planche photographique sur métal ou sur pierre, pouvant fournir directement un tirage industriel à l'encre grasse.

X. — ENCOURAGEMENTS DIVERS.

La Société se réserve de récompenser et d'encourager par des primes et par des médailles les auteurs de productions ou travaux scientifiques, littéraires, artistiques, agricoles et industriels non mentionnés dans le présent programme.

Elle pourra même récompenser l'importation dans l'arrondissement de Lille d'une industrie nouvelle ou de procédés industriels nouveaux ; et, en général, tout travail ayant pu exercer une influence sur la situation du pays.

XI. — RÉCOMPENSES AUX AGENTS INDUSTRIELS.

La Société décerne chaque année une médaille d'honneur aux vieux serviteurs de l'industrie ; elle récompense de même la fidélité et l'attachement des serviteurs à leurs maîtres.

Les demandes doivent être faites par les patrons et maîtres et être adressées avant le 15 octobre au secrétaire général.

Conditions générales du concours.

Chaque année, les mémoires et travaux présentés au concours seront adressés *franc de port* au secrétaire général de la Société, à l'Hôtel-de-Ville, avant le 15 octobre.

Chaque envoi portera une épigraphe reproduite en forme d'adresse sur un billet cacheté, contenant l'indication du nom et du domicile de l'auteur, avec une attestation signée de lui, constatant que le travail envoyé est inédit et n'a été présenté antérieurement à aucun concours. Ce billet ne sera ouvert que dans le cas où le concurrent aurait mérité une récompense.

Tout ouvrage manuscrit, dessin, plan ou modèle, envoyé pour le concours, reste la propriété de la Société, qui peut autoriser les auteurs à en faire prendre copie à leurs frais.

La disposition précédente n'est point applicable aux objets d'art.

Le président : Blanquart-Évrard.

Le secrétaire général : J. Gosselet.

(1) Fin. — Voir les numéros des 19 et 21 mars 1872.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 mars, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Foissac.

Au grade de chevalier : M. le docteur Fournier.

— Par décret en date du 7 mars 1872, M. Bonnacorsi, médecin principal de 2e classe en non-activité, a été rappelé et promu au grade de médecin principal de 1re classe, pour prendre rang du 29 mai 1870.

— Par décret en date du 29 février, ont été nommés médecins aide-majors de deuxième classe, pour prendre rang du 31 décembre 1871, les médecins stagiaires dont les noms suivent :

MM. Charvot, Rédier, Pasquier, Rigal, Grosjean, Belime, Bailly, Boucher, Lucotte, Moty, Roch, Moine, Eude, Quivogne, Forgemol, Delorme, Gerboin, Febure, Mengin, Dupont.

MM. Gouell, Barrois, Fluteau, Julié, Mussat, Càzalas, Kablé, Aubry, Dubois, Blot, Grandmougin, Roberdeau, Brisset, Bienvenue, Cluzant, Pilet, Sauzède, Dardignac, Lauzies, Willigens.

MM. Muller, Sauveroche, Bonnefon, Petitgand, Dupuy, Carette, Autellet, Antoine, Thiébault, Gigon, Gamon, Barthé, Donion, Bourdon, Lartigue, Trifaud, Mestrude et Durand.

— Par décret en date du 27 février 1872, M. Goupil, médecin-major de 2e classe, a été rappelé pour prendre rang du 19 février 1868.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de clinique chirurgicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris :

1° Leur acte de naissance;

2° Leur diplôme de docteur;

3° Une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le mercredi 3 avril, à trois heures.

— Par décision du 19 février 1872, la commission de révision des grades a maintenu dans le cadre de :

Médecins-majors de 2e classe : MM. Cret-Duverger, Ferron et Laurens.

Médecins aide-majors de 1re classe : MM. Mire, Marchant, Dengler, Sordes, Buez et Cassoulet.

Médecins aide-majors de 2e classe : MM. Rauziès et Pauvert.

— Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Duauthier, médecin-major, et de M. Ricou, médecin-major de 2e classe.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-médecine.

Essai critique sur le *délirium tremens*, par le docteur Victorin Laval. — In-8°. Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

De l'opportunité des grandes opérations, par le Dr Polaczeck. — In-8°. Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saints-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔTEL-DIEU. Conférences cliniques sur la phthisie (M. Constantin Paul). — Maladies de l'oreille (M. J. Toynbee). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 25 mars 1872.

A la suite de troubles répétés, la Faculté de médecine de Paris a suspendu ses cours jusqu'à nouvel avis.

Cette mesure si grave, — et qu'on prend avec tant de facilité depuis quelques années, — blesse des intérêts tellement respectables, et les blesse dans des conditions d'équité si douteuses, que nous continuerons à protester contre les fermetures de l'École.

Un professeur est accusé d'un fait excessivement grave. Ce fait — s'il était vrai — entacherait son honneur et le rendrait à jamais indigne de toute fonction publique. La Faculté s'en émeut-elle ? Réunit-elle son conseil? Appelle-t-elle le collègue à démentir la rumeur publique ? Et, après s'être fait une conviction, calme, froide, raisonnée, prend-elle la défense d'un collègue calomnié ou rejette-t-elle de son sein un coupable ? N'est-ce pas là ce que se doit à lui-même un corps constitué ?

Non, la Faculté reste immobile; elle croit pouvoir planer audessus de l'opinion publique, et, laissant le bruit grossir, elle semble le dédaigner.

Devant ce silence, la jeunesse de nos Écoles, si impétueuse dans ses mouvements, oublie qu'elle ne doit jamais se faire juge de ses maîtres; justement soucieuse de la dignité professionnelle, elle dépasse les bornes et veut se faire justice elle-même. Le cours du professeur est rendu impossible, et le maître est convié à s'expliquer. C'est ici que nous conjurons nos camarades d'hier, nos confrères de demain, de ne jamais demander ainsi ce qu'il est impossible d'accorder.

A ces troubles, que répond la Faculté ? elle ferme ses portes. Est-ce là une réponse? Et comment le professeur pourra-t-il remonter dans sa chaire si la lumière ne s'est point faite dans ces tristes circonstances?

Mais si la Faculté n'a pas fait ce qu'elle devait; si les élèves ont franchi la barrière qu'ils doivent toujours respecter, nous n'en demeurons pas moins en présence d'une grande agitation dans le corps médical.

Le professeur incriminé n'appartient pas seulement à la Faculté, aux hôpitaux, à l'Académie; il est membre de notre grande famille médicale, où notre honneur ne peut être suspecté. Il ne peut garder le silence.

Au nom de ses plus chers intérêts, au nom de l'honneur professionnel, nous avons la douleur de l'adjurer de parler.

Dr E. Le Sourd.

M. le docteur Darin, ancien interne des hôpitaux, médecin de l'hospice de Chevreuse, publiera prochainement la traduction du *Traité des maladies de l'oreille*, par Joseph Toynbee, avec le supplément de J. Hinton. Ce traité, dont la réputation est européenne, repose sur de nombreuses observations, que M. le docteur Darin a traduites et a bien voulu offrir aux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*. En remerciant vivement notre confrère de sa gracieuseté, nous commençons aujourd'hui cette remarquable série.

HOTEL-DIEU. — M. CONSTANTIN PAUL.

Conférences cliniques sur la phthisie.

(Recueillies par M. A. BROCHIN, élève du service.)

TROUBLES ET PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES DE LA RESPIRATION

Dyspnée. — J'ai annoncé, dans la dernière leçon, que nous entreprendrions aujourd'hui l'étude des troubles de la respiration dans la phthisie pulmonaire.

Il ne faut pas oublier, si l'on veut apprécier convenablement les phénomènes pathologiques de la respiration, qu'il y a dans la respiration normale, selon les sexes et les âges, des variations et des modes divers dont on doit tenir compte lorsqu'on a à examiner un phthisique. On a dit, par exemple, que, chez les femmes phthisiques, la respiration abdominale devait remplacer la respiration supérieure, surtout quand les sommets étaient attaqués. Je crois que c'est là une déduction plus théorique que pratique. Clarck (de Londres) a en effet émis une théorie à ce sujet qui peut être contestable. D'autres auteurs ont voulu établir de même que les côtes inférieures, du côté droit, pouvaient

parfois ne pas se relever, et en donnnent pour raison une altération ou une augmentation de volume du foie. Ce phénomène se constate en effet dans certaines phthisies scrofuleuses; mais il ne présente pas une importance telle qu'on doive s'y arrêter longtemps.

Il est bien évident que dans les altérations des organes respiratoires, les malades n'absorbent plus la même quantité d'air. Devant cette opinion, on a cherché à mesurer la quantité d'air absorbé dans une ou plusieurs respirations.

A Londres, des expériences ont été faites dans ce sens avec le gazomètre, et on a constaté que les phthisiques inspiraient une quantité d'air moindre. Bonnet (de Lyon), séduit par ces expériences, a voulu les appliquer à toutes les affections de poitrine; mais la théorie et la pratique sont, vous le savez, deux choses bien différentes, et, en pratique, ces expériences entraînent de nombreuses causes d'erreurs; aussi l'invention du spiromètre n'a-t-elle pas donné les résulats qu'on en attendait. Ces causes d'erreurs tiennent surtout à ce qu'on a beaucoup de peine à obtenir des malades qu'ils respirent avec leur rhythme habituel dans cet appareil. Mais comme peu à peu ils parviennent à s'y habituer, il arrive qu'au bout d'un certain temps ils semblent aller mieux, alors qu'il n'y a rien de changé dans leur état.

Devant ces causes d'erreurs, on a essayé d'autres moyens, et le docteur Lyons, entre autres, médecin anglais, s'y prenait ainsi : il disait au malade de faire une forte inspiration, d'inspirer la plus grande quantité d'air possible, après quoi il le faisait compter à haute voix. Il a constaté ainsi qu'un homme sain pouvait compter pendant 20 à 25 secondes. Les phthisiques, au contraire, au bout de la 6e et 7e seconde, étaient obligés de s'arrêter. Au reste, il ne faut pas attacher à ces petits moyens plus d'importance qu'ils n'en méritent. Nous avons aujourd'hui bien d'autres ressources; cependant toutes ces recherches ne sont pas restées sans application. L'un de mes collègues, M. Dally, en a tiré des conclusions thérapeutiques d'une certaine valeur. Il a imaginé le traitement de la phthisie par la gymnastique de la poitrine. Je l'ai essayé, mais sans succès jusqu'ici.

Un de mes amis, au moment où il tira au sort, était assez mal conformé; il avait une poitrine étroite et de gros membres. On le refusa pour le service militaire. Il vint alors me trouver, et je l'engageai à faire de la gymnastique dans l'espoir qu'il développerait ainsi sa poitrine. Il est devenu d'une force étonnante, puisqu'il soulève, à bras tendu, l'altère de 40 kilos; mais sa poitrine est toujours restée aussi étroite. L'action thérapeutique des mouvements n'a donc pas l'importance qu'elle paraît avoir.

Pour en revenir à la dyspnée, voyons comment elle se comporte dans les différentes phthisies? Elle est extrême dans les phthisies aiguës généralisées et en constitue un caractère important. Dans ces sortes de phthisies, la fièvre est parfois tellement intense qu'on la confond avec la fièvre typhoïde. Or, la gravité de la dyspnée est un symptôme très-important au point de vue du diagnostic différentiel de la phthisie aiguë et de la fièvre tyhoïde. Cette dyspnée est au contraire peu accusée dans les phthisies granuleuses, limitées et chroniques. Elle augmente beaucoup, d'autre part, dans la pneumonie caséeuse, lobuleuse, dans la cachexie. Vous trouverez donc, dans la dyspnée, une mesure pour la gravité du pronostic. C'est surtout à ce point de vue qu'elle constitue un symptôme important.

Toux. — Avant d'étudier la toux des phthisiques, permettez-moi de vous remettre en mémoire quelques notions générales sur la toux en elle-même.

On peut dire, d'une façon générale, que la toux est une expiration convulsive et bruyante et le plus souvent ayant pour but une expectoration. Je dis le plus souvent, car, comme vous le savez, la toux n'est pas toujours fatalement accompagnée d'expectoration. Nous reviendrons, du reste, tout à l'heure sur ce sujet. Il ne faut pas croire non plus qu'un accès de toux se compose d'une seule expiration; il en faut, la plupart du temps, trois, quatre, cinq et plus pour arriver au résultat cherché. Mais par quel mécanisme a lieu ce phénomène? C'est ce que nous allons étudier.

On peut compter dans un accès de toux trois temps : 1° un premier temps qui consiste dans une sensation plus ou moins pénible, un chatouillement désagréable s'accompagnant d'une inspiration exagérée; 2° le second temps se traduit par un effort qui augmente la tension dans les voies aériennes, car la glotte se ferme, mais en même temps les muscles de l'abdomen, ainsi que ceux de la cage thoracique se contractent, et l'air qui y est renfermé se trouve ainsi pressé et tend à sortir; — 3° enfin un troisième temps, dans lequel la glotte s'ouvre : l'air contenu dans la poitrine, ainsi que certaines autres matières, peuvent alors être expulsés au dehors. Ce qui se passe là dans ces trois temps est absolument ce qui se passe dans le fusil à vent et l'on ne saurait trouver de plus juste comparaison. C'est la même théorie. Je vous ai dit, en vous donnant une définition générale de la toux, qu'on ne pouvait pas affirmer qu'elle s'accompagnât toujours d'expectoration.

Chez les malades atteints de bronchites chroniques, la toux est presque toujours suivie d'expectoration, facile et abondante, mais il y a certaines phthisies qui présentent des conditions telles que ce phénomène se produit avec beaucoup moins d'intensité et de facilité. Nous verrons plus tard quelles en sont les raisons; nous allons d'abord passer en revue les différents genres de toux.

Ces genres varient plus ou moins, selon les efforts des malades et surtout selon l'organe qui provoque la toux. Nous avons donc à établir un premier diagnostic, qui consiste à savoir quel est l'organe malade et qui fait qu'on tousse; la toux peut, en effet, avoir pour point de départ plusieurs organes. Elle peut n'être provoquée que par un simple chatouillement de la gorge, et l'on obtient alors la toux superficielle, la *tussicula* des anciens, à laquelle on a encore donné un nom emprunté à l'harmonie imitative : le *hem*. En Belgique même, on n'en a seulement pas fait un nom, car il y a le verbe *hemmeler*. Le hem donc (je serais assez disposé à conserver ce mot comme exprimant bien le genre de toux dont je veux parler) n'est pas une toux de la phthisie; il existe chez les jeunes gens atteints d'angine chronique ou de dyspepsie chronique. C'est donc une toux particulière, n'offrant aucune gravité, mais très-fatigante par sa fréquence même.

En second lieu vient la toux du larynx, sonore, aiguë, stridente, sifflante, dont le timbre est assez marqué pour qu'on le reconnaisse de suite à première audition. Elle se rencontre dans la phthisie laryngée; elle peut prendre aussi un caractère spécial dans certaines phthisies dans lesquelles les malades deviennent aphones par suite de la paralysie des cordes vocales. Généralement, dans la dernière période de la phthisie, survient cette toux laryngée qui accompagne la tuberculisation; cette toux est très-reconnaissable, comme je vous l'ai dit, par son acuité et la hauteur de son timbre. Quant à la toux des bronches et des pou-

mons, elle est beaucoup plus grave et d'un ton beaucoup plus bas. C'est la plus commune. Mais avant de nous étendre sur ces différents genres, voyons d'abord comment a lieu un accès de toux ?

C'est évidemment à une action réflexe qu'est due la production de ce phénomène. Les nerfs qui entrent en jeu dans cette action sont le pneumo gastrique, le nerf laryngé supérieur, le bulbe et aussi les nerfs phréniques. Il y a là une sorte de *circulus* de cette action réflexe qui vous fera comprendre comment des organes autres que les voies aériennes peuvent déterminer la toux. Des expériences ont été faites ; on a produit la toux en coupant le nerf pneumogastrique ou seulement en excitant l'une de ses extrémités.

On peut tousser volontairement, il est vrai, comme on peut tousser par le fait d'une altération centrale ; mais le plus souvent la toux est provoquée par une excitation sensible de la muqueuse du larynx ou de la trachée-artère. Cette toux réflexe est involontaire, elle est transmise par les fibres centripètes du pneumogastrique au bulbe et réfléchie de là sur les muscles du larynx et les muscles abdominaux. Traube a montré que l'excitation portée sur le bulbe amène l'excitation du nerf phrénique et la contraction tétanique du diaphragme.

Rosenthal a montré que si l'on coupe le pneumogastrique au-dessous de l'émergence du laryngé supérieur, on produit le même phénomène. Mais que si on excite le laryngé supérieur, c'est la contraction des muscles abdominaux que l'on provoque, et ce second mécanisme serait celui de la toux.

Schiff a combattu cette théorie, en disant que si l'on coupe les deux pneumogastriques, l'excitation de la trachée artère provoque néanmoins la toux.

Biermer dit que l'irritation du bulbe peut être provoquée par des excitations d'autres organes sur les surfaces respiratoires.

D'autres, au contraire, ont prétendu que les malades ne tousseraient que par suite de la présence des crachats dans la trachée ou le larynx. Les substances irritantes portées directement dans les bronches ne provoquent pas la toux.

Rarement, en effet, les gens qui toussent se plaignent de douleurs profondes ; c'est surtout du chatouillement du larynx qu'ils se plaignent ; c'est là un fait acquis, à savoir qu'il y a une assez grande différence entre la sensibilité du larynx et celle des bronches.

Ainsi donc, d'après les uns, un point quelconque des voies aériennes excité déterminerait la toux et, d'après les autres, le larynx seul reçoit le siége des causes déterminantes de ce phénomène. Une dernière explication a semblé mettre tout le monde d'accord. Il se passe là, dit-on, ce qui se passe pour l'utérus et pour la langue, où l'inflammation rend exquise une sensibilité obtuse à l'état normal.

Mais pour en revenir à la question de l'organe centre des causes influant sur la production de la toux, il y a des cas où une lésion de la moelle allongée peut empêcher de tousser. Il existe une observation de Ch. Bell, dans laquelle une lésion traumatique de la colonne vertébrale, siégeant un peu au-dessous du bulbe, mettait le malade dans l'impossibilité de tousser; il y a là évidemment une relation avec les expériences dont je vous parlais tout à l'heure.

Ne croyez pas que ces détails soient sans utilité, car, comme je vous le disais, on tousse différemment selon l'affection dont on est atteint. La toux constitue donc à elle seule un précieux symptôme pour le diagnostic.

(*A suivre.*)

MALADIES DE L'OREILLE

Par J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. le docteur Darin.)

OREILLE EXTERNE.

On connaît la divergence d'opinion des auteurs relativement à l'influence du pavillon sur le pouvoir auditif. Les uns, comme Itard, Richerand, Hennen, Wepfer, disent qu'il est inutile ou à peu près. D'autres, tels que Valsalva, Haller, Boerhaave, Leschevin, soutiennent que, sans produire la surdité, la perte de cet appendice amène toujours un affaiblissement de l'ouïe.

Mais « l'examen détaillé des cas d'après lesquels on a déduit les fonctions du pavillon prouve que les observations n'ont pas été faites avec assez de soin pour trancher la question. Dans les exemples où l'on note une diminution de l'ouïe, la condition des autres parties de l'organe n'est point mentionnée, et, dans ceux où il est dit que les malades entendaient parfaitement, on ne s'est pas assuré d'une manière rigoureuse du pouvoir auditif; et il ne paraît pas qu'on ait pris les soins nécessaires pour s'assurer si le sens supposé parfait ne devait pas son intégrité à l'organe resté intact. Aussi suis-je heureux de pouvoir donner une observation où ces particularités se trouvent notées soigneusement. »

Obs. I. *Enlèvement du pavillon droit.* — W. B..., matelot, 33 ans. Toute la partie supérieure du pavillon droit est absente. L'antitragus reste, avec une portion du tragus, de dimensions à peu près égales au premier; au dessous d'eux pendent les débris du lobule, coupé obliquement en bas et du côté du cou. Il raconte que c'est un autre matelot qui lui a emporté l'oreille avec les dents, dans l'une des îles des Navigateurs; mais l'état des parties indique plutôt une ablation à l'aide d'un instrument tranchant. Or le blessé revenait de Californie, où l'on avait l'habitude de couper l'oreille droite aux voleurs. Désirant vivement retourner dans ce pays, il était peu soucieux d'y reparaître sans son oreille droite, et venait en conséquence me demander de l'aider à lui procurer une pièce artificielle. Ses cheveux, très-longs, cachaient entièrement l'oreille restante et empêchait qui que ce fût de s'apercevoir de son infirmité. Mais les longs cheveux était chose suspecte en Californie; les cheveux portés courts autour des oreilles, étaient, dans ce pays, non-seulement une affaire de mode, mais un point absolument essentiel aux gens comme il faut. En examinant le blessé, je vis que les deux conduits auditifs contenaient du cérumen; après l'extraction de ce produit à l'aide de la seringue, B... entendit la montre également bien des deux côtés, à la distance de 0m,60; et des épreuves faites avec soin me rendirent incapable de découvrir la moindre différence entre la puissance auditive des deux oreilles. J'adressai ce malade à l'ingénieux M. Rein, qui lui procura, je n'en doute pas, ce qu'il demandait.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1872. — Présidence de M. Dolbeau (1).

M. VERNEUIL. J'ai dit que la Société des sciences médicales de Lyon s'était occupée, en décembre 1871, de la question du traumatisme chez les femmes enceintes. Voici le résumé de cette discussion (2).

M. Poncet communique l'observation suivante :

Une femme de 27 ans, ayant eu déjà deux accouchements à

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) *Lyon médical*, 18 février 1872, page 255.

terme et sans accidents, entra à l'hôpital pour une ostéo-arthrite du pied gauche, datant de douze ans.

Les règles s'étant montrées dans les premiers jours de novembre, rien ne faisait soupçonner une grossesse.

Amputation sus-malléolaire le 18 novembre, par M. Ollier. Bandage ouaté et silicaté. Pendant les six premiers jours, la température ne dépasse pas 38 degrés, le pouls oscille entre 80 et 90.

Le 25, petits frissons le soir. Signes d'adénite inguinale. On enlève le bandage. Cataplasme de fécule. Pouls à 130. Température rectale, 40°,7.

Le lendemain, érysipèle étendu du moignon, à la partie moyenne de la cuisse.

Le 27, apparition de règles abondantes; on prescrit dix gouttes de perchlorure, et plus tard 50 centigrammes d'ergot de seigle.

La métrorrhagie continue, quoique faiblement.

Le 4 décembre, dans l'après-midi, expulsion, sans douleur, d'un œuf de deux mois à deux mois et demi pesant 80 grammes.

Le soir, cessation de la métrorrhagie.

L'érysipèle avait été très-bénin; au moment de l'hémorrhagie, il n'en restait que quelques traces douteuses à la jambe.

M. Poncet, après avoir rappelé les conclusions du mémoire de M. Valette, ne cherche point à les contredire; il dit seulement que si le traumatisme n'est pas la cause efficiente de l'avortement, il peut en être au moins parfois la cause occasionnelle. Chez la malade actuelle, l'avortement a eu lieu quatorze jours après l'amputation et ne peut être attribué ni au choc traumatique, ni à la fièvre traumatique, qui a été fort légère. Il a été causé par l'érysipèle, survenu précisément quelques jours avant l'expulsion de l'œuf, en agissant à la manière des fièvres éruptives.

Si les grandes opérations sont bien supportées par les femmes enceintes, il n'en est probablement pas de même de leurs complications, et de nouveaux faits prouveront peut-être que toute plaie qui est une porte d'entrée à l'érysipèle l'est aussi, chez une femme enceinte, à l'avortement.

Dans la discussion qui suivit cette intéressante communication, les avis furent partagés sur la cause de l'avortement; mais l'opinion de M. Poncet sembla prévaloir. Pour ma part, je l'adopte volontiers et suis disposé à accuser l'érysipèle de la fausse couche. La blessure en elle-même et le fameux choc traumatique sont loin d'avoir une influence démontrée; car on sait que les fractures simples qui ne sont pas accompagnées de fièvre grave guérissent très bien chez les femmes enceintes, ou du moins déterminent rarement l'avortement.

Il serait important de constater qu'entre la lésion traumatique et la fausse couche vient s'interposer une complication : érysipèle, angioleucite, phlegmon, fièvre traumatique, phlébite, etc. Il y aurait également à rechercher si ces complications sont plus fréquentes chez la femme grosse que chez d'autres. Toutes circonstances étant égales d'ailleurs, il faut donc réunir de nouvelles observations et attendre pour se prononcer.

J'ai dans mon service une malade qui, sauf la nature de la blessure, se rapproche de celle de M. Poncet. Voici un résumé des notes recueillies par M. Bourdon, interne de mon service.

C... (Marie), enceinte de trois mois, a été blessée par les éclats d'une machine à vapeur. A son entrée à l'hôpital, le 6 février, onze jours après l'accident, elle présentait une contusion étendue de la moitié gauche du ventre et de la fesse, un épanchement sanguin abondant, et une vaste eschare existait à la fesse et à la région sacrée et était soulevée par une collection de liquide. L'eschare se détacha et la tumeur donna issue à de la sérosité purulente le 11 février.

Le lendemain la température était à 38°, et il y eut un frisson; le 13, un érysipèle se déclara, la malade avait une température de 39°; des douleurs assez vives existaient dans le bas-ventre et dans la plaie.

Le jeudi 15, le surlendemain, la malade avorta; les douleurs persistèrent, la température monta à 40. L'érysipèle suivit son cours, et après s'être promené sur le tronc arriva à son terme, et la plaie de la fesse marche actuellement vers la guérison.

M. DEMARQUAY. Il n'est pas étonnant que les opérations fassent avorter les femmes enceintes, car il est commun de voir les règles paraître et devancer les époques chez les femmes qu'on soumet aux opérations hors l'état de grossesse. Je partage l'avis de M. Després pour ce qui est des végétations; j'ai fait des opérations de ce genre chez des femmes grosses; j'opérais aussi en plusieurs fois, et, pour éviter les hémorrhagies, je cautérisais avec le fer rouge. Je n'ai point vu les malades avorter.

A mon avis, pour les opérations à pratiquer chez les nouvelles accouchées, il en est qu'il ne faut pas retarder. La suture du périnée doit être faite de suite, attendu qu'elle n'est ni difficile ni douloureuse et qu'on peut la pratiquer pour ainsi dire à l'insu des malades, comme si on faisait un simple pansement. J'opère les malades après 48 heures, je fais une suture et j'ai presque toujours des succès. D'abord il y a une tendance à la réunion; si la première suture échoue, j'en fais une seconde, encore à l'insu des malades, car il est bon de ne pas ébranler le moral des malades en leur parlant d'une opération.

M. TARNIER. Malgré les explications conciliatrices de M. Després, je persiste à dire, en opposition avec MM. Demarquay et Després, qu'il ne faut pas enlever les végétations des femmes grosses. M. Després a enlevé de très-grosses végétations; il n'a pas eu d'accidents, mais il a pris des précautions. M. Demarquay a été dans le même cas; tous deux cautérisaient les plaies, M. Després même a eu recours à la compression; cela indique combien les hemorrhagies sont à redouter.

Puis les végétations peuvent repousser après ces opérations, et quand il y en a dans le vagin en même temps qu'à la vulve, on ne peut les enlever toutes. On arrive, au contraire, à soulager les malades à l'aide de poudres dessiccatives et désinfectantes, au point de les faire patienter jusqu'au moment des couches.

Pour ce qui est de la possibilité d'avortement, s'il y a les observations de M. Després, il y a celle de Velpeau, rappelée par M. Blot.

Je ne sais si M. Demarquay fait les sutures prématurément pour les cas graves, et surtout s'il obtient des succès. J'ai été appelé dans son service pour accoucher une négresse primipare à laquelle un médecin de la ville avait fait une déchirure du vagin en tentant une application de forceps difficile; le vagin était déchiré de haut en bas au niveau de la cloison.

M. DEMARQUAY. J'ai fait la suture 48 heures après l'accouchement; la malade va très-bien.

M. TARNIER. Je ne comprends pas qu'on puisse opérer les malades, leur faire une suture au périnée sans qu'elles s'en aperçoivent, car la suture du périnée est une opération où il est nécessaire de placer les femmes dans la position de l'application du spéculum. Même lorsque l'on pratique la suture à l'aide des serres-fines, il faut bien placer la malade. J'ai été une fois une demi-heure pour faire une suture du périnée, et j'ai dû placer beaucoup de fils. Aussi je m'étonne que l'on puisse opérer les malades à leur insu.

M. DEMARQUAY. A l'aide de l'aiguille courbe de Blandin on opère facilement la suture en se plaçant sur le côté des malades.

M. BLOT. Il ne faut pas méconnaître que chez la malade dont nous parlent MM. Tarnier et Demarquay, il ne s'agit pas d'une véritable rupture du périnée, c'est une sorte de coupure des tissus par le forceps qui existait chez cette négresse. On s'explique alors pourquoi la suture a réussi.

Dans les déchirures du périnée, les bords de la déchirure sont contus, il y en a une partie qui se gangrène, et cela met obstacle à la réunion immédiate; il faut aviver, si l'on veut réussir. Certainement il y a des parties de peau divisées qui peuvent reprendre, mais l'exemple de M. Demarquay n'est pas bien choisi. Les déchirures du périnée qui arrivent après un travail rapide peuvent seules reprendre par première intention; mais hors ce cas, on ne réussit pas. Cependant, lorsqu'il y a une fente profonde de la cloison recto-vaginale, je reconnais qu'on peut se hâter d'opérer.

M. DEMARQUAY. Je n'ai jamais fait d'avivement; lorsque des fils ne tiennent pas, j'en place d'autres, l'opération est sans gravité et

j'en ai obtenu de très-bons résultats. Si l'on attend, au contraire, on est obligé de recourir plus tard à la périnéorrhaphie, qui est une longue opération.

M. GUYON. Pendant le temps où j'étais à la tête d'un service d'accouchement, j'ai observé un certain nombre de ruptures du périnée qui exigeaient l'intervention chirurgicale. Les déchirures, il est vrai, n'étaient pas très-étendues. J'ai eu recours, chaque fois, à la réunion immédiatement après l'accouchement; j'employai les serres-fines, d'après la méthode de Danyau. Les résultats ont été publiés par un de mes élèves, M. Montfort. On obtient ainsi des résultats très-bons; la réunion est parfaite. Le périnée, en effet, a une vitalité qui ne peut être comparée qu'à celle du tégument de sa face. Même sur la muqueuse vaginale et vulvaire, de petites serres fines procurent une réunion immédiate des déchirures peu étendues. En présence des résultats obtenus dans de telles conditions, j'étais disposé à faire des sutures dans le cas où une grande déchirure du périnée se serait présentée à mon observation, et j'aurais opéré alors peu de temps après l'accouchement. Je m'y serais déterminé d'autant plus volontiers que je savais que M. Nélaton avait tenté la suture, pendant la période de bourgeonnement des lèvres, d'une déchirure du périnée, et qu'il avait obtenu une guérison.

PRÉSENTATION DE MALADE

Epispadias avec exstrophie de la vessie. — M. LABBÉ présente un petit malade atteint d'épispadias avec exstrophie de la vessie. Les uretères sont apparents sur la vessie renversée, et cet organe tend tous les jours de plus en plus à être chassé de l'abdomen.

M. Labbé demande s'il n'y a pas lieu de tenter immédiatement l'opération.

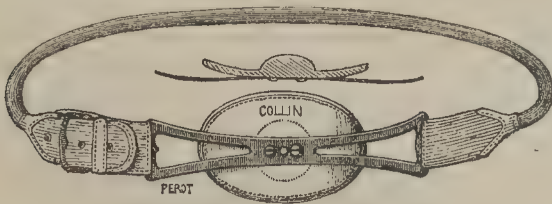
M. DOLBEAU croit qu'il faut opérer, et qu'il est urgent d'abord de recouvrir l'ectropie vésicale.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. LABBÉ présente au nom de l'auteur, M. Beau, professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Brest, une série d'appareils destinés à obtenir la guérison des fractures de cuisse sans raccourcissement. (Commission : MM. Marjolin, Després et Dubrueil.)

M. DOLBEAU présente un bandage pour la hernie ombilicale, et dont la ceinture est en caoutchouc, de façon à produire une pression continue sur la hernie.

Chacun sait, dit-il, combien il est difficile de maintenir les bandages de l'ombilic. Ils se déplacent constamment, ou s'ils sont maintenus, la pression devient insupportable. Le ventre change constamment de volume; sa forme varie suivant les attitudes du malade ; telles sont les difficultés de la contention parfaite et tolérable.



Le bandage que je présente a été fait, sur mes indications, par M. Collin, et si j'en juge par mes observations, cet appareil est destiné à rendre beaucoup de services dans la pratique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : Armand Després.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 19 janvier 1872. — Présidence de M. Léon Gros.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Le *Bulletin médical de l'Aisne*, 4e trimestre 1869;

Le *Rapport sur le service militaire de santé dans la ville du Mans*, par le docteur Mordret. 1871.

Le *Compte rendu des travaux du Comité de secours de la Sarthe*, par M. le docteur Léon Boulanger. 1871.

Une lettre de M. le docteur Deville demandant le titre de membre honoraire.

M. PERRIN annonce que M. le docteur Jacquemin fait don à la Société d'une somme de 200 francs.

Des remercîments sont votés à M. le docteur Jacquemin.

M. GIRALDÈS présente un rapport sur un mémoire de M. Surmay intitulé : *Contributions à l'étude de l'infection purulente*, et demande 1° que M. le docteur Surmay soit nommé membre correspondant; 2° que son mémoire soit renvoyé au Comité de publication.

M. Giraldès fait observer que c'est surtout dans un but d'impartialité et pour laisser toutes les opinions se manifester librement qu'il demande le renvoi au comité de publication du mémoire de M. Surmay, car il ne saurait partager les idées émises par l'auteur, qui, avec M. Chauffard, et avant la discussion soutenue par ce médecin à l'Académie de médecine, avait déjà avancé que l'infection purulente est due à une forme d'inflammation qui emprunte ses caractères particuliers aux troubles dynamiques de l'organisme.

Pour M. Surmay, l'infection purulente est un acte inflammatoire devié de sa marche normale et précédant l'infection. M. Giraldès pense au contraire que, dans l'infection purulente, il faut tenir compte d'une série de facteurs, dont les deux principaux sont, d'une part, l'absorption d'une substance toxique, et d'autre part, les conditions de milieu.

Les expériences récentes de chimistes prouve que la macération de substances organiques donne un extrait dont l'injection dans les veines d'animaux sains détermine l'empoisonnement. Cet extrait, qui a été appelé *septine*, agit différemment, selon que les animaux qui sont empoisonnés restent en liberté ou sont renfermés dans un endroit limité, et aussi selon la quantité de substance toxique injectée.

Si l'on ne fait qu'une injection et si les animaux restent dans les conditions habituelles, on ne détermine que des accidents locaux et passagers; mais si les injections sont nombreuses et si on confine les animaux, on obtient tous les phénomènes qui accompagnent la fièvre purulente.

Il en est de même chez les opérés, et à côté du poison septique, il est important de tenir compte de l'influence des milieux dans lesquels se trouve le malade. Il faut, de plus, se rappeler que les accidents généraux dépendent de la quantité plus ou moins grande de substance septique qui a pu être absorbée. Si le poison est en petite quantité et si la constitution du malade est forte, l'affection reste locale; le contraire a lieu si le blessé est opéré et si la décomposition de la plaie est énergique. L'âge du malade influe également.

La thérapeutique à suivre est la conséquence logique de ces faits, et on comprend ainsi le secours et l'utilité d'une aération bien faite, d'une ventilation souvent répétée et d'un régime tonique.

M. DURAND-FARDEL, en son nom et en celui de MM. Gros et Leudet, propose de consacrer la somme qui serait dépensée dans le banquet annuel à la Souscription nationale de la délivrance de la France. Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

M. MOTET lit la seconde partie de son mémoire sur les aliénés.

A la suite de cette lecture, **M. DELASIAUVE** fait observer que, jusqu'à présent, il n'a jamais vu de séquestration arbitraire, et que la

proposition de faire intervenir une commission judiciaire lui paraît un hors-d'œuvre et une ingérence inutile de la magistrature dans des questions purement médicales.

S'il y a des lacunes dans la loi, ce ne serait que pour les malades des établissements privés, qui ne sont pas aussi activement protégés que ceux des établissements de l'État.

On pourrait, de plus, ajoute M. Delasiauve, modifier la loi sur le domicile de secours, et établir des hôpitaux spéciaux pour les épileptiques.

M. LUNIER croit qu'il faut limiter la discussion dans les seuls points qui ont un rapport direct avec la loi de 1838, et qu'il ne faut s'occuper que des questions sur lesquelles les médecins sont attaqués, c'est-à-dire sur le placement, la sortie et le contrôle de secours. L'application de la loi sur le domicile de secours conduit parfois dans la pratique à des résultats déplorables, mais il ne faut modifier que cette application, et cela ne nécessite nullement une modification de la loi.

Quant aux épileptiques, c'est une question complétement en dehors de celle qui est en discussion, car la loi de 1838 n'a pas visé les épileptiques, mais uniquement les aliénés.

M. MOTET dit que le rapport a été rédigé au point de vue exclusivement médical et d'après les questions réglées par la loi de 1838. La commission n'a voulu, au sujet de l'intervention efficace de la magistrature, n'exprimer qu'un vœu, celui de faire partager la responsabilité et de donner ainsi à chaque individu et au public toutes les garanties désirables.

M. DURAND-FARDEL croit que la discussion soulevée depuis quelque temps au sujet de la loi de 1838 est inspirée par des erreurs du public et par le sentiment très-louable qu'il y a encore mieux à faire. Il croit que, dans certains cas, il y aurait quelques modifications à faire; ainsi un aliéné non dangereux peut, sans inconvénient, ne pas être renfermé. Tout aliéné qu'il soit, il peut lui rester le même droit qu'à tout autre malade, celui d'aller ailleurs et de changer de milieu physique et moral. Or, la famille peut ne pas se soucier de le faire sortir de l'asile, et le médecin peut être entraîné à ne pas s'opposer au désir de la famille. Il ne reste donc que la volonté de l'aliéné, et celle-ci n'a aucun crédit, et ne peut parvenir à surmonter le mauvais vouloir ou l'indifférence de sa famille; il est mineur, et toutes les conditions le maintiennent dans cet état de dépendance.

M. FOVILLE répond d'abord à M. Delasiauve, qu'en demandant l'intervention effective de la magistrature, il n'y a nullement l'intrusion d'un pouvoir nouveau, car l'intervention des magistrats existe partout dans la loi. Mais il désire que ceux-ci agissent dès le début, et qu'on les force à agir; au lieu d'être facultative, il faut que leur action soit obligatoire et que le public en soit instruit.

Quant à la question posée par M. Durand-Fardel, c'est une question de sentiment et non de législation. C'est, de la part de la famille, une question de sens moral, et ces questions échappent à toute réglementation. D'ailleurs, la loi a essayé de remédier à ce cas, car l'article 14 dit que tout individu peut demander sa sortie. Au bout de quinze jours, même si le préfet ne donne aucune réponse et si le médecin ne déclare pas sa mise en liberté d'un danger urgent, il sort de droit de l'asile.

De plus, l'article 29 dit que tout individu maintenu dans un asile peut s'adresser au président du tribunal, qui se renseigne comme bon lui semble, et qui prend un arrêté non motivé.

M. DELASIAUVE reprend que, si la magistrature ne profite pas du droit que lui confère la loi, c'est uniquement parce que son intervention est inutile.

M. DURAND-FARDEL ne croit pas que les faits de pouvoir en appeler au président du tribunal soit une garantie suffisante, et il voudrait qu'on pût arriver à remédier à cet inconvénient.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel : Dr ONIMUS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

60. Griffon. Du thrombus de la vulve et du vagin.

61. Thierry. Influence de la suppuration sur la marche de la folie paralytique.

62. Noury. Du perchlorure de fer à l'intérieur à haute dose dans le traitement de la diphthérie et spécialement de l'angine pseudo-membraneuse.

63. De Lanessan. Étude sur le genre garcinia (Clusiacées) et sur l'origine et les propriétés de la gomme-gutte.

64. Villard. Du hachisch; étude clinique, physiologique et thérapeutique.

65. Auban. De l'emploi de la sonde pour provoquer ou hâter l'expulsion du fœtus.

66. Julié. De l'aspiration combinée avec la ponction capillaire.

67. Pastel. Traitement médical et chirurgical des épanchements séreux de la pleurésie.

68. Des phlegmons de la fosse iliaque consécutifs à des plaies par armes à feu.

69. Pilliard. Essai sur l'étiologie des luxations de l'articulation péronéo-tibiale supérieure et spécialement sur celles qui succèdent à un raccourcissement du tibia.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Association générale.* — L'Assemblée générale aura lieu le dimanche 7 et le lundi 8 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Ordre du jour : Dimanche 7 avril, à deux heures précises.

Recensement des votes des sociétés locales pour l'élection du président de l'Association qui a eu lieu le 10 mars. — Proclamation du nom du président élu. — Allocution de M. le président.

Compte rendu de la situation de la caisse générale et de la caisse des pensions viagères d'assistance, par M. Brun, trésorier. — Compte rendu de la situation actuelle de l'Association générale, par M. Amédée Latour, secrétaire général. — Rapport sur les propositions relatives au concours pour les places et fonctions médicales, par M. Jeannel. — Rapport sur l'exercice illégal de la médecine, par M. Guerrier.

A huit heures, soirée confraternelle dans les salons du Grand-Hôtel.

Lundi 8 avril, à une heure précise : Rapport sur la gestion des finances de la caisse générale et de la caisse des pensions viagères d'assistance, par la commission de vérification. — Élection en remplacement de ceux des membres du conseil général dont le mandat est expiré. — Rapport de la commission relative aux modifications à introduire dans les statuts, par M. Gallard, rapporteur. — Rapport sur la proposition de M. le docteur Maurice, secrétaire de la Société locale de la Loire, relative au fonds de réserve des sociétés locales, et à leurs droits proportionnels aux subventions de la caisse générale, par M. Brun. — Rapport sur la question des médecins certificateurs, par M. Bardy-Delisle. — Rapport sur l'inspectorat des eaux minérales, par M. Hérard.

Les membres du conseil général dont le mandat est expiré, mais qui sont rééligibles, sont MM. Gallard, H. Roger, Bardinet, Bardy-Delisle et Halléguen.

M. Laugier, décédé, doit aussi être remplacé dans cette séance.

Par suite de la démission de M. Léon Gros, il y aura lieu également à l'élection d'un vice-secrétaire du Conseil général.

MM. les secrétaires des sociétés locales qui n'ont pas encore envoyé le procès-verbal du résultat du 10 mars sont instamment priés de l'adresser sans retard au siége de l'Association générale.

— *Corps de santé militaire.* — M. Sériziat, médecin-major de

2e classe; MM. Tessier et Périchot, médecins aide-majors de 1re classe, viennent de donner leur démission.

— Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre excellent ami et collaborateur M. le docteur Montanier, mort à Pise le 11 mars, à l'âge de 47 ans.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Des abcès du foie des pays chauds et de leur traitement chirurgical, par le docteur S. V. DE CASTRO (d'Alexandrie d'Égypte). — Paris, 1870, in-8° de 91 pages. — Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, par le docteur Henri ROGER, médecin de l'hôpital des Enfants. Tome Ier. 1 vol. in-8°. Prix : 8 francs. — Paris, 1872, P. Asselin.

Bulletins et mémoires de la Société de thérapeutique. Tome IIIe, année 1870. 1 vol. gr. in-8°. — Prix : 3 fr. 50. — P. Asselin.

Étude sur Broussais et son œuvre, par le docteur Paul REIS. 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 37. — JEUDI 28 MARS 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 28 MARS 1872. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saint-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — Séance de l'Académie de médecine. — Hôtel-Dieu. Leçons cliniques sur la phthisie (M. Constantin Paul). — De l'emploi simultané des eaux bicarbonatées sodiques et de eaux ferrugineuses arsenicales (M. H. Charvet). — Académie de médecine. — Variétés. — Correspondance.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une correspondance très-chargée, comprenant un arriéré de deux séances, des présentations nombreuses d'ouvrages, d'instruments et appareils, des lectures de candidature, des observations de faits rares et curieux, des allocutions dont quelques-unes riches de promesses pour l'avenir, tel est le bilan de cette séance, l'une des mieux remplies qui aient été depuis longtemps.

M. Bourdon, candidat pour la section d'anatomie pathologique a lu un mémoire sur les maladies du bulbe rachidien. Les observations qu'il a réunies sur ce sujet sont divisées en trois groupes :

Le premier comprend les faits dans lesquels les altérations anatomiques intéressent la région antérieure de l'organe : sections ou déchirures, soit par traumatisme, soit par hémorrhagie, d'où résulte ou une mort subite, ou une hémiplégie, ordinairement croisée, mais qui peut être directe lorsque la lésion a un siége déterminé.

Le deuxième groupe comprend les faits dans lesquels les altérations sont plus centrales et se rapprochent du plancher du quatrième ventricule. Dans ce groupe entre la paralysie labio-glosso-laryngée.

Dans le troisième groupe sont rangés les faits de lésion des parties postérieures du bulbe, entraînant des troubles de la sensibilité et de la coordination des mouvements.

De l'ensemble de cette étude, qui montre toutes les difficultés du sujet au point de vue du diagnostic de ces diverses lésions, mais d'où ressortent aussi des indications utiles pour en aplanir quelques-unes, M. Bourdon déduit la conclusion générale suivante, savoir : que si les lésions des parties antérieures du bulbe rachidien ne se traduisent pas par des symptômes assez caractéristiques pour conduire par eux-mêmes au diagnostic, si l'on doit, pour y arriver, s'appuyer encore sur d'autres considérations puisées en dehors de ces symptômes, par contre, les altérations des parties centrales et postérieures de cet organe déterminent des symptômes assez pathognomoniques pour permettre de les diagnostiquer d'une manière presque certaine.

Ce travail ajoutera un nouveau titre aux titres nombreux et déjà anciens de M. Bourdon à la place qu'il aspire à occuper au sein de l'Académie.

A M. Bourdon a succédé, à la tribune, à M. Lancereaux, candidat pour la même section, qui, à l'occasion d'un fait rare et curieux de ladrerie chez une femme observé dans son service, a esquissé l'histoire de la ladrerie dans l'espèce humaine.

La série des lectures a été close par un mémoire de M. Joulin, candidat pour la section d'accouchements, intitulé : *Recherches sur l'époque précise où apparaît la membrane lamineuse dans le placenta humain.* Dans un travail précédent, M. Joulin avait exposé à l'Académie le résultat de recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme, établissant qu'à terme le chorion a disparu comme membrane continue de la face fœtale du placenta et que le tissu grisâtre et résistant qui forme la charpente du placenta n'est nullement le chorion, mais bien une membrane de nouvelle formation qui s'est substituée au chorion. C'est à cette membrane qu'il a donné le nom de membrane lamineuse. Son nouveau travail a pour objet d'éclaircir un point obscur de l'évolution de cette membrane, en étudiant une série de placentas aux différents âges de leur développement. On trouvera au compte rendu de la séance ce travail textuel qui, entre autres mérites, a celui d'être très-court.

Au commencement de la séance, M. J. Guérin a pris la parole pour présenter quelques observations au sujet de la communication qui a été faite, dans la dernière séance, sur la création d'une association contre l'abus des boissons alcooliques, dont nous avons fait connaître les statuts et la composition. L'un des membres fondateurs et président d'une association semblable, plus ancienne et dont l'objet, plus étendu, comprend à la fois la répression de l'abus des boissons et celle de l'abus du tabac, M. J. Guérin, tout en se félicitant de cette concurrence dans la voie du bien, a revendiqué, en très-bons termes, en faveur de cette association, qui est en grande partie son œuvre, le droit de priorité qui lui est incontestablement acquis et les mêmes titres à l'intérêt et aux encouragements de l'Académie. L'appui moral de l'Académie ne saurait manquer plus à l'une qu'à l'autre de ces deux utiles institutions.

Nous devons, enfin, une mention honorable, en terminant, à

la petite mercuriale toute paternelle du président, qui, rappelant à l'Académie tout ce qu'elle a fait dans ces derniers temps, sous l'inspiration toute patriotique de nos calamités publiques, pour quelques-unes des grandes questions de chirurgie ou d'hygiène que les événements mêmes mettaient à l'ordre du jour, a adjuré ses collègues de redoubler de zèle et d'initiative pour l'étude des nombreuses questions de science et de pratique qui lui sont naturellement déférées, et particulièrement de celles qui ont été déjà de sa part l'objet d'un commencement d'enquête et qui attendent encore leur solution.

En fait de zèle, M. Barth eût pu en citer un exemple personnel, le sien même. On comprend qu'il ne l'ait pas fait. Mais nous, qui n'avons pas les mêmes raisons de nous taire là-dessus, nous mettons les choses et les noms à leur place.

Dr Brochin.

HOTEL-DIEU. — M. Constantin Paul.

Conférences cliniques sur la phthisie (1).

(Recueillies par M. A. Brochin, élève du service.)

Quand la phthisie débute, il arrive souvent que le malade a été atteint plusieurs fois de bronchite. Je vous ai dit souvent que la constitution de l'individu influait beaucoup sur la manière dont il prenait un rhume ; et en effet, par la manière seule dont il tousse, vous pouvez, avec une certaine habitude, savoir de suite si vous avez affaire à un scrofuleux, à un dartreux ou à un arthritique ; c'est surtout chez les scrofuleux que vous aurez affaire à des pneumonies sérieuses dont le pronostic est toujours grave. Chez les dartreux, vous rencontrerez ces phthisies auxquelles on a donné le nom de phthisies éréthiques, et dans lesquelles tous les phénomènes de spasmes se montrent avec une grande intensité. Le goutteux ou l'arthritique, au contraire, conserve, lui, tous les attributs extérieurs de la santé. Ses poumons viennent-ils à se tuberculiser? les tissus qui entourent ces tubercules restent sains, et alors même qu'il est atteint d'une caverne, il n'en paraît jamais plus malade pour cela et continue souvent à vivre de la vie du monde. Ces différences sont très-importantes à connaître au point de vue du diagnostic et surtout du pronostic; au reste, les malades eux-mêmes le sentent bien, et tel d'entre eux viendra vous dire : je tousse, mais je ne crache pas; j'ai ce qu'on appelle vulgairement la toux d'irritation, je m'épuise en efforts inutiles, il me semble que je vais me déchirer la poitrine et je ne crache pas. Or, quand vous voyez ainsi de violents spasmes sans sécrétion, cherchez et vous trouverez presque toujours un dartreux. Les dartreux, en effet, sécrètent peu d'une façon générale au début. Tel autre vous arrivera présentant une face rubiconde, le ventre gros, le cou dans les épaules; celui-ci tousse à se rompre la tête; il semble que tout son sang, quand il tousse, afflue vers elle ; ses yeux s'injectent et semblent vouloir sortir de leurs orbites ; et pourquoi tous ces efforts? pour amener un petit crachat sec et dur. Il est de ceux, en effet, qui crachent sec et loin, comme on dit ; c'est un arthritique, c'est un sanguin qui suppurera peu, et vous voyez tout de suite de quelle importance sont ces remarques au point de vue du pronostic.

Le scrofuleux, au contraire, avec son apparence de fraîcheur sur le visage, sa *morbidessa*, tousse sans efforts avec une expectoration facile et abondante, il tousse et crache sans cesse, toujours il sécrète et prenez garde dès lors à la pneumonie caséeuse. Ce n'est pas chez lui que vous aurez à craindre des hémoptysies, mais il prendra une petite pneumonie, facilement résolutive; tout paraîtra fini, quand il en prendra une seconde, moins résolutive que la première, bientôt suivie d'une autre, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il reste phthisique pour le reste de ses jours. Vous le voyez, il est donc bien utile de voir comment tousse un phthisique. Étant connus ces rapports importants de la constitution de l'individu avec la façon dont il tousse, revenons à notre sujet, la phthisie.

J'ai déjà eu occasion de distinguer deux grandes sortes de phthisies : la phthisie granuleuse généralisée avec sa fièvre tellement intense que vous la confondrez souvent avec la fièvre typhoïde. Mais si vous portez votre attention vers la toux, vous y trouverez un moyen de les distinguer l'une de l'autre. Dans cette sorte de phthisie, en effet, vous avez une toux fréquente, fiévreuse, quinteuse, pénible ; tandis que, dans la fièvre typhoïde, au contraire, la toux ne présente pas cette fréquence ni cette intensité. Autre fait qui vous servira dans ce diagnostic, et dont le caractère ne manque pas non plus d'une certaine importance : dans la phthisie, la toux va en augmentant d'intensité dans la journée ; le matin, les malades toussent et crachent facilement ; mais leurs bronches ne tardent pas à se fatiguer et à se paralyser; leurs efforts pour tousser n'en deviendront que plus violents et plus fatigants, et le soir vous aurez des actions réflexes du côté de l'estomac. Rien n'est commun, en effet, comme de voir les phthisiques, le soir, après leur dîner, pris d'accès de toux assez violents pour déterminer les vomissements. M. Bourdon a publié de très-beaux travaux sur ce sujet. Informez-vous donc, lorsque vous soupçonnez votre malade atteint de phthisie, s'il tousse et vomit après les repas du soir. En dernier lieu, je dois vous signaler la toux ultime, la toux des cachectiques, qui a lieu alors que les malades présentent de grandes cavernes, cette toux incessante ayant pour but de vider la caverne. Aussi lorsque cette toux s'arrêtera, loin d'en tirer un bon présage, méfiez-vous, car, généralement, au bout de 24 ou 48 heures, votre malade sera mort. Qu'arrive-t-il en pareil cas? Le malade et ceux qui l'entourent vous supplient d'arrêter cette toux qui l'épuise ; vous donnez alors de la codéine et obtenez ainsi un peu moins de violence de la toux. Mais arrive une période où la codéine ne suffit plus. Prenez bien garde alors à la morphine ; ne vous laissez pas entraîner par les supplications des parents et des amis qui vous disent : mais si vous lui donniez de l'opium ; moi, lorsque je tousse ainsi, l'opium me calme, etc., etc. Rappelez-vous qu'en pareil cas la morphine peut achever votre malade en 24 heures, car si vous l'empêchez de tousser, vous l'empêchez aussi de cracher et vous l'asphyxiez.

Mais, ce n'est pas tout; je dois encore vous prévenir contre certaines difficultés de diagnostic qu'on ne peut lever qu'en prêtant la plus grande attention au moindre phénomène et par l'étude approfondie de son malade. Un malade tousse depuis longtemps; il dépérit, perd ses forces et maigrit ; vous l'auscultez, vous percutez sa poitrine ; l'auscultation ni la percussion ne vous révèlent rien ; étudiez bien la toux Mais à quoi donc pourrons-nous reconnaître la toux qui vient des voies aériennes de celle qui vient d'autres organes ? Comment, par exemple, déterminerons-nous la toux qui vient de la plèvre? la toux pleurétique, ou bien encore cette toux provoquée par un point de côté, par de la pleurodynie ? En pareil cas, elle est brève et sèche; elle est ce qu'on appelle *bridée*. On sent en effet qu'elle consiste

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

surtout dans un effort que le malade essaie d'arrêter. Elle indique une lésion, soit pleurale, soit musculaire, soit névralgique. Elle pourra venir compliquer la phthisie ; mais elle pourra aussi se rencontrer seule. Il est une autre toux qui lui ressemble et qui tient aussi de la toux des enfants atteints de coqueluche. C'est une toux qui procède par quintes, c'est-à-dire par expirations convulsives nombreuses ; mais ce qui la distingue de la coqueluche, c'est qu'elle ne présente pas ce qu'on appelle la reprise lamentable, cette inspiration bruyante qui se fait entendre à la fin de chaque quinte. Elle ne s'accompagne pas, non plus que la coqueluche, d'expectoration. Cette toux est produite par une affection des ganglions bronchiques, l'adénite tuberculeuse des médiastins.

Je dois vous citer aussi cette toux, peu importante dans ses caractères et qui se rencontre chez certains dartreux ; je veux parler de cette toux que provoque le moindre refroidissement, et qui survient lorsque, par exemple, on se déshabille, et que le froid porte sur la peau ; mais, je le répète, cela est de peu d'importance.

J'arrive à une espèce particulière de toux qui mérite toute notre attention ; je veux parler de la toux gastrique. Il y a des dyspepsies auxquelles on a donné le nom de phthisies dyspeptiques. Cette toux, qui constitue l'un des principaux caractères de cette affection, s'accompagne de phénomènes connus de tout le monde, tels que dyspepsie, perte des forces, amaigrissement, etc. Vous devez comprendre de quelle importance est ici le diagnostic différentiel. Or, comment le ferez-vous? Rappelez-vous qu'ici la toux accompagne principalement les repas ; elle dépend d'une pharyngorrhée. Ces malades toussent de la gorge ; en les étudiant bien, vous arriverez facilement à distinguer cette toux de celle des phthisiques. La toux dyspeptique peut, elle aussi, provoquer des vomissements, mais dans une bien moindre mesure que la phthisie.

Vous rencontrerez souvent aussi une autre espèce de toux chez des jeunes filles au moment de la puberté ; elles ont une toux nerveuse, hystérique ; mais cette toux, qui se lie à l'hystérie, n'entraîne pas le dépérissement, et c'est là une remarque générale qu'on peut faire au sujet de l'hystérie et qui résulte des belles recherches de MM. Briquet et Lasègue sur cette question, à savoir qu'elle n'altère pas la nutrition. Cette toux présente un caractère particulier de bizarrerie et d'irrégularité : Elle est *folle*, disait Trousseau, ou mieux encore, pour lui emprunter une autre expression : C'est une véritable *chorée pulmonaire*.

Je vous mentionnerai une autre toux analogue à celle dont je viens de vous parler, et que présentent les hypochondriaques. Mais il y a, me direz-vous, des hypochondriaques de phthisie aussi bien que d'autres maladies. Cela est vrai ; mais vous serez toujours, dans ce cas, éclairé par l'examen de la poitrine.

Enfin, il est encore une toux qui a quelque chose de spécial. A ce sujet, je vous demanderai la permission de vous raconter un fait qui m'est arrivé à moi-même, il y a sept ans. J'étais en Hollande, à Amsterdam ; un de mes amis vient me dire que dans la famille avec laquelle il voyage se trouve une jeune fille de 18 ans, atteinte d'une toux singulière : tant qu'elle est couchée, elle ne tousse pas ; mais, sitôt qu'elle se lève, elle est prise d'une toux spasmodique, incessante, et qui la fatigue beaucoup par sa persistance. On avait tout essayé ; rien n'avait réussi. Comme elle ne pouvait passer sa vie au lit, on s'était décidé à faire venir de Chine une chaise de fumeur d'opium, au reste fort élégante, sur laquelle cette jeune fille se tenait continuellement étendue le soir au salon, ainsi qu'à table ; car, assise sur une chaise ordinaire, il lui était impossible de manger, puisqu'elle ne cessait de tousser. Elle en était donc réduite à cette existence de fumeur d'opium. Je fus appelé à l'examiner ; l'examen le plus sérieux et le plus approfondi ne me révéla rien, absolument rien. Je n'avais même pu trouver la moindre trace d'hystérie. Je commençais donc à être tout à fait dérouté, lorsque, en la déshabillant, je découvris une scoliose. J'eus l'idée que ce pouvait bien être là la cause de cette toux que rien n'expliquait ; je la levai sous les épaules et la soutins ainsi pendant un certain temps : elle ne toussa plus. Je demandai alors à voir le médecin qui la soignait habituellement ; ce médecin me fit le plus froid accueil ; je ne lui en détaillai pas moins les résultats de mon examen et les conclusions que j'en avais tirées. Il ne tarda plus dès lors à se rendre à mes raisons ; on s'enquit d'un mécanicien, auquel on fit faire un corset avec des tuteurs, et cette toux, qui avait si longtemps inquiété la famille, disparut pour ne plus reparaître. Rappelez-vous cette aventure dont je me suis si heureusement tiré ; elle pourra vous servir à l'occasion. Enfin, je dois vous citer, en dernier lieu, la toux qui accompagne quelquefois la présence des entozoaires, du ténia ; et ici encore je vous rappellerai une de mes aventures, mais qui fut bien plutôt, celle-là, une mésaventure pour moi. Il s'agissait d'une jeune femme qui était prise d'une toux que j'avais attribuée à l'hystérie, et c'était dans ce sens que j'avais dirigé mes conseils, lorsque, un matin, son mari vint me dire qu'elle avait rendu un ténia, et que depuis elle ne toussait plus. Rappelez-vous donc cette circonstance, dans laquelle, vous le voyez, je fus beaucoup moins heureux que dans la première, mais qui ne m'a pas moins servi, et qui, je l'espère, vous servira de même.

En résumé donc, la toux, par ses caractères, peut vous donner de précieuses indications pour le diagnostic et le pronostic, mais ce n'est jamais là qu'un symptôme, et souvenez-vous de ce conseil de Galien : « *Non ab uno signo sed a consensu omnium.* » Et ne portez pas un diagnostic sur un seul symptôme, mais sur l'ensemble des phénomènes.

DE L'EMPLOI SIMULTANÉ DES

EAUX BICARBONATÉES SODIQUES

ET DES EAUX FERRUGINEUSES ARSENICALES (1)

Par M. le docteur H. CHARVET.

Ces observations sont au nombre de trente-cinq. Elles se rapportent à des sujets placés dans des conditions très-diverses d'âge, de tempérament et de santé ; cependant, deux indications principales se présentaient dans tous les cas : améliorer les fonctions de la digestion, relever les forces générales.

Elles se décomposent ainsi :

Trois se rapportent à des jeunes gens chez lesquels l'anémie et un certain degré de dyspepsie, constituent un état intermédiaire entre la santé et la maladie, mais susceptible d'amener, dans un temps plus ou moins éloigné, un état général sérieusement engagé. Chez les trois malades, le succès a été complet.

Dans cinq autres cas, la faiblesse générale et l'état atonique des organes de la digestion avaient succédé à des accès de fièvre intermittente. Dans tous ces cas-là les accès de fièvre se mon-

(1) Suite. — Voir les numéros des 14 et 21 mars 1872.

traient encore, avec une moindre violence, à des intervalles irréguliers et éloignés. Chez quatre malades, le traitement a été suivi de guérison; chez le cinquième, atteint en même temps d'une énorme hypertrophie de la rate, les débuts du traitement furent extrêmement heureux : l'appétit revint, les digestions furent d'abord excellentes. Malheureusement un refroidissement ramena, quelques jours après, tous les malaises antérieurs, et le malade, découragé, quitta brusquement Vals, avec promesse de retour. Je n'ai pas eu d'autres nouvelles de lui.

Les dix-neuf observations suivantes se rapportent à des malades atteints d'affections diverses des voies digestives, affections anciennes, et ayant amené une débilité telle que l'anémie, résultat elle-même, pouvait être considérée comme un obstacle sérieux à toute tentative d'amélioration ou de guérison. Une dyspepsie persistante, avec névropathie et quelquefois hypocondrie, a été le plus souvent la cause de cet état; dans quelques cas, il y avait un peu d'augmentation de volume dans le foie, sans que les malades souffrissent particulièrement du côté droit. Chez tous, une prostration des forces qui leur faisait redouter la moindre marche comme une fatigue excessive, et tout travail aussi bien que toute distraction. Dans seize de ces cas, nous avons eu à noter, soit une amélioration sérieuse, au moment où les malades ont eu fini leur saison, soit une guérison complète dans les mois qui ont suivi. Dans les trois autres, l'état n'a pas paru sérieusement modifié.

Chez trois autres malades, l'état général et l'état organique étaient liés à une dégénérescence cancéreuse des organes de la digestion ou des organes annexes; dans deux cas de l'épiploon; dans le troisième, la tumeur a paru localisée à la grande courbure de l'estomac, sans ouverture directe dans la cavité de cet organe. Dans les deux premiers cas, le traitement a été accompagné et suivi d'une notable amélioration dans les fonctions de la digestion et dans l'état des forces. Sans enrayer la marche de la maladie, on a pu rendre ainsi aux malades et l'espérance et la possibilité de vivre sans souffrance et de mettre à profit leurs derniers mois. Dans le troisième cas, plus grave et parvenu à une période plus avancée, aucune amélioration n'a pu être obtenue; la maladie a suivi son cours inexorable, sans permettre qu'aucune modification y fût apportée.

Trois de nos observations se rapportent à des anémies qui reconnaissent pour cause principale une maladie de matrice. Dans le premier cas, il ne s'agissait que d'une ulcération du col, suite de couches anciennes, avec dyspepsie consécutive. Tout cela ne présentait qu'un degré assez médiocre de gravité; la guérison a été assez rapidement obtenue, et ne s'est pas démentie. Le second cas est plus intéressant. Ici, il y a eu abcès de la fosse iliaque, déplacement considérable de l'utérus, endométrite chronique; les troubles de la digestion et une anémie prononcée avaient succédé à ces désordres. Nous ne pouvions espérer une guérison complète; le déplacement utérin, antéversion extrêmement prononcée, ne pouvait être atteint par notre médication; cependant les résultats ont été excellents : les forces se sont relevées, la digestion est devenue régulière, les souffrances se sont apaisées. Enfin, la troisième observation de cette catégorie est celle d'une personne faible aussi, anémique et dyspeptique, chez laquelle les époques menstruelles revenaient très-fréquemment, avec une abondance excessive et de vives douleurs dans la région pelvienne, sans que l'examen le plus complet permît de reconnaître une cause quelconque à une semblable déviation de fonctions. Chez celle-ci, la guérison paraît avoir été complète et devoir être durable.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire du 18e volume du *Recueil de mémoires et observations sur l'hygiène et la médecine vétérinaires de militaires.*

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Jules Lefort, membre titulaire dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Robinet, décédé.

Après lecture faite de cette pièce par M. le secrétaire, M. le président invite M. Jules Lefort à prendre place parmi ses collègues.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet:

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant les années 1867 et 1870 dans les départements de la Nièvre, de la Haute-Nièvre, et dans la commune de Moroy-le-Bourg. (Comm. des épidémies.)

2° Le rapport de M. le docteur Marbotin, médecin inspecteur des eaux minérales de Saint-Amand (Nord) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1870. (Commission des eaux minérales.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Dumas, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, en réponse à une lettre adressée par M. Barth, relative à l'*Association contre l'abus des boissons alcooliques.*

L'Académie des sciences a nommé une commission composée de MM. Dupin, Dumas, Bienaymé et Henri Sainte-Claire Deville, chargée d'examiner la question.

2° Des lettres de remerciements adressées par MM. les docteurs Tourdes, Aug. Voisin, Quipont, Daniel, Lagardelle, Prévot, Bessieri, Yvoren.

3° Une lettre de M. Sanson, qui se présente comme candidat à la place déclarée vacante dans la section de médecine vétérinaire.

4° Une lettre de M. le docteur Moreau (de Tours) qui se désiste de sa candidature à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

5° Quatre notes relatives aux signes de la mort réelle. (Comm. du prix d'Ourches.)

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente : 1° une lettre de M. le professeur Tigri (de Sienne) sur l'étiologie et la nature du croup; 2° une brochure de M. le docteur Polaczek sur l'opportunité des grandes opérations; 3° une note de M. le docteur Squire (de New-York) sur un nouvel instrument qu'il nomme cathéter prostatique vertébré; 4° une note sur un appareil prothétique inventé et fabriqué par M. Ch. Delalain, dentiste, et destiné à remplacer, chez un jeune soldat, la mâchoire inférieure et le plancher de la bouche détruits par un éclat d'obus.

M. BOUDET dépose sur le bureau une série de publications anglaises sur différents sujets de médecine.

M. BÉCLARD, au nom de M. Guéride, présente à l'Académie de médecine un instrument construit d'après les indications de M. le docteur Cintrat.

M. Guéride nomme cet instrument *passe-fil* ou *sutureur*. Il est destiné à pratiquer les points de suture complets dans les parties profondes (staphylorrhaphie, fistules vésico-vaginales, etc.).

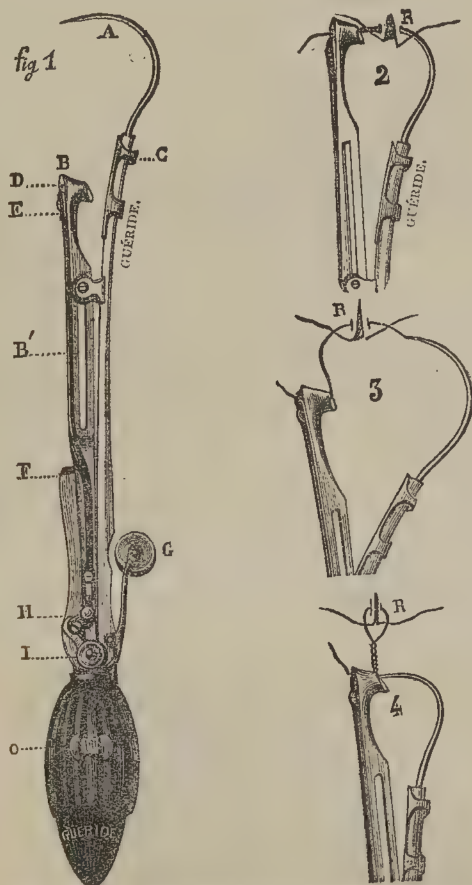
Il se compose de deux parties :

1° Un passe-fil (fig. 1. A C G); 2° une pièce à glissement ou

pince-fil (B H I, fig. 1), pour aller saisir le fil au sortir de la pointe de l'aiguille et le conduire dans les différents temps de l'opération.

Voici la manière de procéder :

1er temps. — Le manche, dans lequel se trouve renfermé le fil



sur une bobine (O, fig. 1), étant à pleine main, passer l'aiguille (A, fig. 1) dans les deux lèvres de la suture (R, fig. 2).

2e temps. — Pousser avec le pouce jusqu'au bout de sa course le bouton (I, fig. 1) ; le pince-fil monte, et son entonnoir (B) va couvrir la pointe de l'aiguille (fig. 2).

3e temps. — Agir avec le pouce sur la mollette (G) qui sert à monter le fil et le faire sortir par le trou (D) de l'entonnoir du pince-fil. Le fil étant sorti de quelques millimètres, porter le pouce sur le bouton (H, fig. 1) et pousser la platine (E) ; recourber le fil et le fixer.

4e temps. — Descendre avec le pouce le bouton (I) que l'on a monté au 2e temps ; le pince-fil ramène le fil en bas. Faire avancer le fil de quelques centimètres au moyen de la mollette (G).

5e temps. — Remonter ce même bouton (I) en même temps qu'on dégage l'aiguille des lèvres de la plaie (R, fig. 3) ; l'entonnoir va recouvrir la pointe de l'aiguille, et le fil forme une anse fermée.

6e temps. — Faire tourner l'instrument en totalité de façon à tordre le fil (fig. 4), serrer la suture au degré voulu et couper avec des ciseaux les deux fils sur leur torsion.

Au 1er temps. (Passer l'aiguille dans les deux lèvres de la plaie.) Pour ne pas exercer de tiraillements sur les lambeaux, et l'instrument le permettant, il vaudra toujours mieux, l'aiguille étant posée sur le point à traverser, faire monter le pince-fil, qui poussera les chairs sur la pointe de l'aiguille.

Des aiguilles de courbures variées, pour les cas divers, s'adaptent à l'instrument par le mécanisme ordinaire (C, fig. 1).

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

DU SECRET MÉDICAL (1)

On parle si souvent du secret médical, et les médecins sont si peu au courant de la question, qu'il ne saurait être inutile d'en parler avec quelques détails. Ce que nous venons de dire des habitudes de l'antiquité à cet égard justifie cette digression, et nous parlerons ici non-seulement du secret médical, mais encore du secret professionnel en général.

Le paragraphe du serment d'Hippocrate relatif au secret médical et professionnel est le point de départ de tous les principes de devoir imposés depuis lors non-seulement aux médecins, mais encore à tous ceux qui, par leur profession, peuvent se trouver en possession du secret des individus ou des familles. La morale et les lois de tous les peuples ont confirmé l'excellence de ces principes, et la réprobation qui a suivi toutes les tentatives faites en sens contraire prouve bien qu'Hippocrate avait obéi à l'instinct de l'honneur en obligeant ses disciples à garder le secret sur tout ce qu'ils pouvaient apprendre dans l'exercice de leur art.

L'obligation morale imposée aux disciples d'Hippocrate est aujourd'hui doublée d'une obligation légale, car l'article 378 de la loi française, dans le code pénal, dit :

Art. 378. Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes, et toutes autres personnes dépositaires, par état ou possession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs.

Ici, seulement, l'empereur Napoléon Ier a étendu l'obligation du secret professionnel, non-seulement aux médecins et à ceux qui secourent les malades, mais à toutes les personnes, avocats, notaires, avoués, confesseurs, etc., qui dans l'exercice de leur état ont pu acquérir un secret dont la divulgation pourrait porter atteinte à l'honneur et aux intérêts d'autrui. (Voir Faustin Hélie, *Théorie du Code pénal*, t. VI, p. 523.)

Le secret médical et professionnel est donc une obligation morale et légale du médecin. Au temps d'Hippocrate, ce secret avait une importance bien plus grande que de nos jours. Alors il y avait non-seulement à ne pas divulguer les secrets relatifs à l'honneur et aux intérêts d'autrui, mais il y avait des secrets professionnels d'une très-haute importance. S'il faut en croire quelques historiens, l'étude de la médecine comportait des études secrètes d'anatomie qu'on ne devait pas divulguer, afin de ne pas heurter la loi qui interdisait l'étude des cadavres humains et forçait l'anatomiste de se contenter des dissections faites sur le cadavre des animaux. Cela est possible ; car bien que l'anatomie ne fût pas très-avancée au temps d'Hippocrate, et qu'on assure qu'aucun cadavre humain n'ait jamais été disséqué par lui, les opérations qu'on faisait alors sur la plèvre et dans les bronches, et sur le crâne, prouvent qu'on en savait plus qu'on osait le dire, et peut-être y avait-il un enseignement médical secret relatif aux choses que la loi défendait de professer publiquement

Aujourd'hui, et depuis longtemps déjà, le secret médical est

(1) Nos lecteurs liront avec intérêt ce chapitre *du Secret médical*, détaché de l'Histoire de la médecine et des doctrines médicales (seconde édition actuellement sous presse), de M. le docteur Bouchut.

exclusivement professionnel. Il est relatif non à la science, mais à la pratique et aux rapports qui doivent exister entre le médecin, le malade et la société. Celle-ci, dans une ordonnance de Louis XI en 1477, du chef de la police en 1866, du même en 1780 et en 1788, du même en 1816, a essayé d'imposer aux médecins l'obligation de dénoncer les blessés auxquels ils auraient donné des soins, sous peine de 300 livres d'amende, d'interdiction et même de punition corporelle; mais la réprobation publique a fait justice de ces tentatives, qui ont toujours avorté. (F. Hélie, p. 530.)

A cet égard, le médecin peut être embarrassé dans ses rapports avec la justice, et il est important qu'il apprenne et ses devoirs et ses droits.

Outre son caractère d'immoralité, la violation du secret médical, *acte contraire à la loi sur le secret*, peut encore être un *délit de diffamation* et à ce titre être puni comme tel, si la personne intéressée sait s'y prendre pour former sa plainte.

D'une manière générale, le médecin doit taire ce qu'il voit et ce qu'il entend chez les personnes où l'appelle la confiance qu'inspire son talent ; à plus forte raison doit-il se taire lorsqu'il est interrogé par une tierce personne sur la santé et la vie intime de ses clients. C'est à lui de savoir ce qu'il peut dire pour n'être pas impoli vis-à-vis de ceux qui lui parlent, et ce qu'il doit garder sous peine d'être indiscret. La chose est plus délicate quand, appelé par la justice comme témoin, le magistrat commence par exiger du médecin le serment de dire la vérité. Ici, l'homme sage doit refuser le serment et s'abstenir de déposer, car une fois faite, sa déposition est irrévocable et deviendra publique si le procès suit son cours. Toutefois, en refusant de prêter serment, il doit dire qu'il a été le médecin du prévenu, et que les faits sur lesquels on l'interroge ne sont parvenus à sa connaissance que dans l'exercice de sa profession.

Il est libre de déposer, au contraire, pour les faits antérieurs à l'époque où il a été le médecin du prévenu, comme il est également dégagé de toute obligation lorsque, sachant qu'il sera consulté sur des faits appris indirectement, quelqu'un vient se confier à lui dans le but d'enchaîner son témoignage.

Les personnes obligées au secret sont-elles déliées de cette obligation par le consentement de la partie intéressée ? Deux arrêts des cours royales de Grenoble et de Montpellier, en 1827 et en 1828, ont décidé :

« Que l'obligation du secret continue d'exister dans le cas même où celui que les faits concernent et qui les a confiés en demande la révélation. »

Cette circonstance affaiblit le délit en lui enlevant l'intention de nuire, mais elle n'enlève pas l'obligation de taire ce qu'apprend l'exercice de la profession : aussi le médecin devra-t-il garder le silence.

C'est à l'occasion des mariages, lorsqu'on vient consulter le médecin sur la santé présente ou passée des futurs époux ; au moment d'un accouchement clandestin quand la mère veut rester inconnue ; au moment où une personne veut s'assurer sur la vie à une compagnie d'assurances ; à l'occasion d'un procès criminel, dans les blessures des guerres civiles, etc., que se pose souvent la question du secret médical et que le médecin est souvent embarrassé pour connaître la ligne de conduite qu'il doit suivre dans ces cas difficiles.

Le médecin a donc un double devoir à remplir au sein des familles où il va porter la consolation, le soulagement et la guérison.

Il devra d'abord faire ce qui convient pour le physique ou pour le moral des malades, et il devra ensuite garder le secret sur tout ce qui lui aura été confié. Ce devoir lui est commun avec toutes les personnes que leur profession rend susceptibles d'apprendre les secrets d'autrui.

En voici la preuve dans la conclusion de MM. Chauveau et Faustin Hélie, sur la discussion de l'article 378 du Code pénal.

« En résumé, les médecins, les avocats, les confesseurs et les autres personnes obligées au secret par leur profession, doivent, comme tous les autres citoyens, déclarer à la justice tous les faits qui sont parvenus à leur connaissance *autrement que comme dépositaires par état* des secrets qui leur ont été confiés à raison de leurs fonctions. Dans ce dernier cas, ils doivent interroger leur conscience et taire tout ce que la morale et les devoirs de leur état leur défendent de révéler. A la vérité, leur décision est soumise à l'appréciation des tribunaux qui conservent le pouvoir de leur infliger une amende pour refus de déposition ; mais ce n'est qu'au cas où il serait reconnu qu'ils ont acquis la connaissance des faits par une autre voie que par leur état, que cette mesure pourrait être prise à leur égard, et en général, ils restent les souverains appréciateurs de l'application et des limites d'une règle qu'ils ne doivent observer que dans l'intérêt de la morale et de l'humanité, et jamais avec la pensée de nuire à la découverte de la vérité. » (Chauveau et Faustin Hélie. *Théorie du Code pénal*, *Révélation des secrets*, t. VI, p. 544.)

Dr E. Bouchut.

CORRESPONDANCE

Nous sommes invités à reproduire l'article suivant du *Moniteur universel*, qui rectifie des calomnies anonymes lancées contre deux de nos plus honorables confrères.

« Il n'entre pas dans les habitudes de polémique du *Moniteur universel* de passionner les questions par l'abus des personnalités. Un de nos collaborateurs a publié dimanche, au sujet des troubles de l'École de médecine et de M. Dolbeau, un article dans lequel il s'est glissé, à notre grand regret, des appréciations de faits mal contrôlés. Nos colonnes sont naturellement ouvertes aux réclamations qu'elles peuvent motiver, et c'est dans un esprit de sincère impartialité que nous enregistrons les deux lettres suivantes signées des noms les plus honorables :

Paris, le 25 mars 1872.

Monsieur le rédacteur,

Dans un article publié dans le numéro du 25 mars de votre estimable journal, l'un de vos collaborateurs anonymes, ayant le désir de défendre M. le professeur Dolbeau, s'est laissé entraîner au delà des limites de la vérité.

Je n'ai pas *abandonné* mon service d'hôpital pendant la Commune.

J'ai quitté Paris le 8 mai, sur les pressantes sollicitations de mes collègues, alors que gravement malade, je me trouvais dans l'impossibilité de remplir les devoirs de ma profession, et je n'ai pu rentrer dans cette ville qu'à la fin de juin, après une longue convalescence.

J'espère, monsieur le rédacteur en chef, que vous voudrez bien insérer cette rectification dans votre prochain numéro.

Veuillez agréer, monsieur, l'expression de ma considération.

Dr Léon Labbé,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Paris, le 26 mars 1872.

Monsieur,

On lit dans votre numéro du 25, à propos des troubles de la Faculté de médecine :

« M. le docteur Dolbeau témoigne à ses malades des hôpitaux une sollicitude qu'on n'est pas habitué à rencontrer chez beaucoup de ses collègues. »

Et plus loin :

« Le docteur Dolbeau, pendant toute la Commune, n'a pas cessé un seul jour de se rendre à l'hôpital Beaujon, où les obus tombaient par centaines, tandis que beaucoup de ses collègues, M. le docteur Richet, par exemple, ou MM. Tillon, Labbé et Guyon, avaient abandonné leur service. »

Je ne comprends pas en quoi ces accusations imméritées, qui touchent à l'honorabilité du corps des médecins et chirurgiens des hôpitaux tout entier, peuvent servir la cause de M. Dolbeau; je ne veux pas rechercher ce qui peut les avoir inspirées, et je me contente de protester contre elles avec indignation; mais puisque mon nom a été mêlé à ces regrettables débats, je tiens à faire connaître à vos lecteurs, dont la bonne foi pourrait être surprise, que je suis resté à la tête de mon service pendant *tout le temps* qu'ont duré le premier siége et la Commune, et que le contraire n'est qu'une calomnie sans prétexte et sans excuse.

Je compte, monsieur le rédacteur, sur votre impartialité bien connue pour l'insertion de cette lettre dans votre numéro de ce jour, et je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments distingués.

A. Richet,
Professeur à la Faculté, chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 38. — SAMEDI 30 MARS 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 30 MARS 1872. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 8, rue de l'Université, 8
PRÈS DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à cause des fêtes de Pâques, le Journal ne paraîtra pas Mardi.

AVIS

A partir du 1er avril prochain, les bureaux du journal seront transférés rue des Saint-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Pleuro-pneumonie tuberculeuse. De l'emploi des injections intra-musculaires de chlorhydrate de morphine dans le traitement du tétanos. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Pleuro-pneumonie tuberculeuse.

Nous avons annoncé dans la Revue de samedi dernier que nous reviendrions sur la première leçon de M. le professeur Béhier, dont nous avons reproduit ce que nous appellerions volontiers la partie oratoire et sentimentale, si bien justifiée d'ailleurs par les mérites de l'homme regrettable qui en a été l'objet, pour en exposer la partie clinique proprement dite qui l'a terminée. Nous avons dit qu'il s'agissait d'un fait de pleuro-pneumonie, fait commun et vulgaire sans doute. Mais ce sont ces faits-là, précisément parce qu'ils sont communs et qu'ils peuvent se présenter tous les jours sous les yeux du praticien, qu'il est utile de faire connaître, lorsque, comme cela a eu lieu dans l'espèce, ils présentent, par l'irrégularité de leur marche et l'anomalie apparente de leurs symptômes, des difficultés particulières.

Voici, en résumé, le fait en question :

Un homme de 28 ans, dont le métier d'apprêteur ne présentait rien à noter comme influence possible sur sa maladie, ayant jusque-là joui d'une assez bonne santé, bien que d'une constitution lymphatique, fut pris le 16 février, c'est-à-dire cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital, d'un malaise général, de frissons et d'un point de côté qui persista. Point de crachements de sang d'ailleurs. Il se plaignait d'une douleur à la partie moyenne de la poitrine, plus vive à droite qu'à gauche; il avait de la dyspepsie, une toux sèche, pas d'expectoration.

On constatait, le jour de son entrée, une matité complète dans toute l'étendue du poumon gauche, plus marquée cependant en haut qu'en bas. L'auscultation faisait percevoir du souffle à divers degrés et de divers timbres, assez doux en bas, plus fort en remontant et rude tout à fait en haut.

Il y avait de l'œgophonie aux parties moyenne et inférieure et de la bronchophonie en haut, dans le tiers supérieur. Enfin, on entendait en haut et en avant des râles crépitants à l'inspiration.

Rien de pareil à droite, si ce n'est toutefois des signes de bronchite.

D'après ces symptômes, on s'arrêta à l'idée qu'on avait affaire à une pneumonie du sommet à son début, mais menaçant d'envahir une plus grande partie du poumon. On appliqua des ventouses scarifiées et on prescrivit de petites doses d'opium et une potion de Tood.

Le lendemain, on ne constatait pas de râles, mais une matité très-étendue, du souffle dans toute la hauteur. Point d'expectoration. On pencha alors pour une pleurésie. On fit appliquer un vésicatoire.

Les jours suivants, les signes de la pleurésie s'accentuèrent de plus en plus. Toutefois le cœur ne paraissait pas déplacé. (Nouveau vésicatoire.)

Le 27 février, on découvrait en haut un souffle amphorique non douteux. Les battements du cœur se faisaient entendre un peu plus à droite. On discuta la question de la thoracentèse; mais on ne s'y arrêta pas et on dut même, dès le lendemain, y renoncer, attendu que la situation avait changé encore et qu les choses tournaient de nouveau vers la pneumonie.

En effet, le 28, on constatait de la matité dans toute l'étendue du poumon du côté gauche, notamment en haut, sous la clavicule, et dans un point en haut et en arrière on entendait des râles fins, secs à l'inspiration (râles crépitants), et à l'expiration du souffle tubaire en arrière, jusqu'en bas, mais plus prononcé dans les deux tiers supérieurs.

Le 1er mars, les symptômes de pneumonie étant de plus en plus accusés, on revint à de nouvelles applications de vésicatoires, en augmentant en quantité et en force la potion de Tood.

Le 2 mars, à la suite de cette médication, il s'était produit un amendement considérable dans l'état du malade.

Le 6, il paraissait aller de mieux en mieux et semblait toucher à la convalescence, lorsque un nouveau frisson, avec redoublement de dyspnée et d'état fébrile, fit soupçonner l'invasion d'une nouvelle pneumonie du côté droit, qui fut bientôt suivie d'un commencement d'asphyxie, à laquelle le malade finit par succomber.

Voici ce que révéla l'autopsie, faite le 8 mars par M. le docteur Liouville.

Le cœur était un peu déplacé à droite, à peine un peu à la base.

Dans le côté gauche de la cavité thoracique, le poumon fortement adhérent en haut et en arrière était diminué de volume d'une façon générale. La plèvre pariétale offrait un épaississement des plus notables, surtout pour la partie qui est accolée au péricarde ; elle constituait une sorte de coque, tapissée par des fausses membranes molles, formant parfois, par leur rapprochement avec les fausses membranes de la plèvre viscérale, de véritables cloisons qui renfermaient un liquide séreux. Toutes ces parties baignaient dans une grande quantité de sérosité.

Le lobe supérieur du poumon gauche était le siége d'une induration de nature scléreuse, et, de plus, parsemé d'un grand nombre de petites granulations jaunes-grises, au milieu desquelles existait une petite caverne.

Le côté droit de la poitrine était le siége d'une pneumonie considérable, occupant le lobe inférieur en grande partie et presque tout le lobe moyen. Cette pneumonie offrait des lésions du premier et du deuxième degré, au milieu desquelles existaient des îlots de poumon sain. Il n'y a pas de pleurésie à l'extérieur, mais de légères membranes rouges.

Dans le lobe supérieur de ce poumon existaient des granulations tuberculeuses disséminées. Au sommet, on voyait une ancienne cicatrice sous forme de plaque parcheminée, ayant déprimé et rétracté la plèvre à ce niveau.

Enfin il y avait un léger degré d'hydropéricarde et une endocardite très-manifeste, surtout sur les piliers de la valvule mitrale.

— Pour résumer en quelques lignes les particularités vraivent intéressantes qu'a présentées ce fait, on y a vu un exemple remarquable d'oscillation des signes de pneumonie et de pleurésie, fait assez fréquent et qu'il importe de bien connaître.

Il y a eu ici, en outre, une marche spéciale. D'ordinaire, la maladie qui s'est substituée à une autre suit sa marche propre, tandis que la première se résout. Ici, il n'en a point été ainsi, La marche est aussi mal précisée dans une maladie que dans l'autre. Le 21 février, on trouve de la pneumonie, le 22 on découvre une pleurésie ; cette pleurésie est de plus en plus évidente les jours suivants, jusqu'au 28, jour où l'on ne trouve plus que de la pneumonie ; et désormais cette pneumonie persistera, jusqu'à ce qu'une nouvelle atteinte du poumon, présumé sain jusque-là, enlève le malade.

Déjà le fait seul de cette marche indécise et oscillante des phénomènes morbides, cette pleurésie et cette pneumonie qui prises isolément ont eu chacune une évolution incomplète, la pleurésie incertaine et mal exprimée, la pneumonie de forme bâtarde et manquant de la plupart de ses signes habituels, presque sans expectoration, sans stades évidents ; le fait seul de cette marche irrégulière, disons-nous, tendait à faire soupçonner derrière les phénomènes apparents l'existence d'une affection plus profonde faisant fonction d'épine. Cette épine, M. Béhier l'avait déjà soupçonné, bien que rien dans les antécédents eût pu mettre sur la voie, c'était la tuberculisation. La marche même et la forme abâtardie de la maladie suffisaient, à défaut de tout antécédent connu et de tout signe direct, pour en faire soupçonner l'existence.

La manière dont la maladie s'est terminée et l'autopsie qui l'a suivie ont justifié ce soupçon. Après une apparence de convalescence, une nouvelle pneumonie s'est déclarée à droite, pneumonie peu intense, peut-être d'une date ancienne et que son obscurité et sa forme bâtarde et latente avaient pu faire méconnaître jusque-là. Quoi qu'il en soit, ce fut à cette seconde pneumonie que succomba le malade.

Quant à l'affection tuberculeuse révélée par l'autopsie, on peut se rendre compte maintenant du rôle qu'elle a dû jouer dans la marche insolite et anormale de cette affection. C'était donc bien effectivement à une pleuro-pneumonie tuberculeuse, ou plutôt développée sur un fond tuberculeux, que l'on avait eu affaire, la pleurésie et la pneumonie ayant eu l'une et l'autre une forme étrange et une marche obscure et tortueuse.

— Dans sa deuxième leçon, M. Béhier a entretenu ses élèves de deux autres cas de pleurésie tout différents de celui-ci, à cause même de la netteté de leurs symptômes et de la régularité de leur marche, mais qui lui ont fourni l'occasion de revenir sur la valeur de quelques-uns des signes stéthoscopiques les plus curieux de la pleurésie, à cause des erreurs et des méprises fréquentes auxquelles ils ont donné lieu. Nous voulons parler de la sonorité skodique et du bruit de pot fêlé. Nous reprendrons dans l'un de nos prochains articles l'étude de ce dernier bruit, considéré dans les affections non organiques de la plèvre et du poumon, qui a fait le sujet de la thèse de M. le docteur Béhier fils, soutenue au mois de mars 1870, c'est-à-dire à une époque où d'autres préoccupations ont pu la laisser passer momentanément inaperçue.

De l'emploi des injections intra-musculaires de chlorhydrate de morphine dans le traitement du tétanos.

Vers la fin de l'année dernière, M. Demarquay a fait connaître quelques résultats heureux qu'il a obtenus de l'emploi d'injections intra-musculaires d'une solution de morphine dans le traitement du tétanos traumatique. Deux circonstances l'avaient porté à reprendre, mais dans des conditions un peu différentes et avec quelques modifications que nous allons faire connaître, la méthode des injections sous-dermiques, déjà préconisée et employée même dans le traitement de cette affection. C'était, d'une part, l'insuccès constant qu'avait eu entre ses mains, pendant le siége, où les cas de tétanos ont été si nombreux, l'emploi des médications par la voie stomacale, quelle qu'ait été la substance ingérée et à quelque dose élevée qu'elle ait été administrée. C'était, d'autre part, la considération des faits suivants qu'il a eu plusieurs fois l'occasion d'observer :

1° Les sujets tétaniques sont très-sensibles au froid ; sous l'influence d'un air un peu frais, les contractures deviennent souvent plus douloureuses et plus intenses ;

2° Les contractures et le trismus doivent souvent attirer l'attention du médecin : 1° à cause de la douleur qui peut déterminer la mort par épuisement nerveux ; 2° à cause de la gêne apportée à la nutrition du malade.

On ne sait point encore si le tétanos traumatique est ou non symptomatique d'une lésion du système nerveux. Mais, en attendant, il incombe au chirurgien d'agir sur le phénomène apparent, la contracture, et de la combattre :

1° En mettant le blessé dans des conditions favorables ;

2° En agissant sur les nerfs et les muscles eux-mêmes.

La première des conditions est remplie en plaçant le malade dans une chambre bien aérée et à température constante de 18 à 20°.

Quant à la seconde, voici de quelle manière M. Demarquay y

satisfait : Il fait, dans l'intérieur du muscle contracturé et autant que possible à l'émergence du nerf qui l'anime, une injection de vingt à vingt-cinq gouttes de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine. . 1 gramme.
Eau distillée............ 50 —

Voici ce qu'on observe à la suite d'une injection faite dans les masséters par exemple. Quelques minutes après une injection faite profondément dans l'épaisseur des masséters, on voit la contracture cesser en même temps que la douleur. Le malade peut avaler du bouillon, de l'eau rougie, en un mot se nourrir et étancher la soif qui le tourmente.

M. Demarquay a déjà rapporté deux cas de guérison de tétanos traumatique aigu, obtenus par ce mode de traitement : le premier, chez un soldat ayant une blessure grave, par éclat d'obus à la jambe, avec déchirure profonde des muscles du mollet et fracture du péroné, et qui fut pris de tétanos à la suite d'un transport pendant lequel il eut froid ; le deuxième, chez un autre militaire, amputé de la jambe à la suite d'une blessure avec grand fracas du membre, et qui avait été également exposé au froid quelques jours après l'opération.

Voici l'observation d'un nouveau cas de guérison — mais celui-ci de tétanos chronique — que nous devons, ainsi que les considérations qui l'accompagnent, à une communication obligeante de M. J. Girard, interne du service.

M. X..., 35 ans, entre à la maison de santé le 21 février 1872.

Il présente tous les symptômes du tétanos : trismus, contractures des muscles du cou, du tronc, des membres inférieurs, etc.

Antécédents : Le 13 janvier, ce malade tombe de voiture ; plaies peu graves sur le dos du pied droit et au milieu de la partie interne et supérieure de la jambe gauche. Pansement simple.

Le 21 janvier, il prend froid, et présente peu après des symptômes tétaniques. Pendant quinze jours, dit le malade, je n'ai pu desserrer les dents, la tête renversée en arrière ; la base de la poitrine était le siége de contractions horriblement douloureuses.

Les membres inférieurs étaient raides, tous les mouvements déterminaient des douleurs vives ; enfin l'insomnie était complète.

Traitement : laudanum à hautes doses ; alcool, café.

Le mieux était peu marqué, les douleurs intolérables, quand le malade quitte son département (Seine-et-Marne) et entre à la maison de santé.

A son arrivée, il se plaint surtout de crampes dans les membres inférieurs. Les muscles grands droits de l'abdomen sont contracturés et forment saillie sous la peau.

Le trismus permet un écartement des mâchoires de 1 centimètre à 1 centimètre et demi. Le pouls est normal. Le malade est inquiet et abattu.

Le 21 février, M. Demarquay ordonne : Chambre à température constante, 18 à 20°. Injection de 1 centigramme et demi de morphine dans chacun des masséters ; boissons chaudes.

Visite du soir : sudation modérée. Le malade ouvre plus facilement la bouche, il se trouve mieux. (Injection dans les droits de l'abdomen, au niveau de leur tiers supérieur.)

Le 22, nouvelles injections dans les muscles contracturés, grands droits, muscles de la cuisse, masséters.

Le 23, les symptômes locaux s'amendent ; les symptômes généraux sont très-modifiés ; l'abattement a disparu. Le malade a retrouvé le sommeil et mangé deux degrés.

Nouvelles injections le 24 et les jours suivants. On poursuit les contractures partout où elles se montrent : muscles de la cuisse, du dos, du ventre.

Après les injections, voici ce qu'on observe :

Au bout de deux à cinq minutes, la douleur cesse, puis la contracture, et quelquefois la peau environnant la piqûre se couvre de sueur.

Le groupe de muscles auquel appartient celui qui a été injecté, reste de une demi-heure à cinq ou six heures avant de présenter de nouvelles contractures.

Enfin ces injections produisent les effets de l'opium à haute dose : sudation abondante et excitation de la peau.

L'état général se modifie de plus en plus ; le malade repose, digère bien, n'a pas de fièvre.

La température n'a jamais dépassé 38°.

On a fait, en vingt-quatre heures, jusqu'à huit et dix injections de *un* centigramme *et demi* de chlorhydrate de morphine. Elles n'ont amené aucun foyer purulent dans l'épaisseur des muscles injectés.

1er mars. Le malade se lève durant la journée, mange trois portions. Dès cette époque, à part quelques recrudescences, imputables presque toujours à ces refroidissements, le malade s'achemine vers la guérison, et quitte la maison de santé le 17 mars.

On pourra objecter à ce fait que c'est un cas de tétanos chronique et que la guérison est habituelle. On pourrait dire aussi que les deux cas de tétanos aigu, traités et guéris par M. Demarquay, se seraient peut-être terminés d'une façon chronique, quand bien même on n'eût pas employé ce traitement.

Mais ces trois observations prouvent néanmoins :

1° Que les injections intra-musculaires de chlorhydrate de morphine font cesser non-seulement la douleur, mais encore la contracture ;

2° Qu'elles permettent de nourrir le malade, en faisant disparaître le trismus pour un certain temps.

Et comme la mort dans le tétanos arrive : 1° soit par un accès tétanique violent, qui interrompt subitement et d'une manière absolue tout mouvement respiratoire ; 2° soit par épuisement, conséquence de l'activité musculaire continue, de la douleur, de l'impossibilité de prendre des aliments, de l'empoisonnement lent par l'acide carbonique (gêne respiratoire) ; il sera très-utile d'avoir à sa disposition un médicament qui fera disparaître, même momentanément, la douleur et la contracture dans un certain groupe de muscles (masticateurs, respirateurs), et qui permettra au malade de s'alimenter et de respirer.

La lésion anatomique du tétanos n'est point connue, mais l'observation des symptômes démontre deux faits :

1° La surexcitation du pouvoir excito-moteur de la moelle ;

2° La mise en jeu de cette propriété excito-motrice par certains agents, dont les principaux sont le froid et la douleur.

La contracture détermine la douleur, s'est dit M. Demarquay ; la douleur provoque une excitation de la moelle, dont le résultat est la production de nouvelles contractures. C'est, comme on le voit, un cercle vicieux.

Les injections de morphine agiraient en faisant disparaître la douleur, et partant préviendraient de nouvelles contractures.

Le curare produit le même résultat, par une autre voie ; au lieu de s'attaquer à la douleur, il empêche les contractures par son action sur les plaques terminales motrices.

Pas de contractures, pas de douleurs, et par conséquent pas d'excitation de la moelle par cet agent.

En résumé, la température élevée et constante, les injections de chlorhydrate de morphine combattent deux des éléments qui mettent en jeu la surexcitation excito-motrice de la moelle, le froid et la douleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1872 (1). — Présidence de M. BARTH.

M. J. GUÉRIN demande la parole à l'occasion du procès-verbal, et s'exprime en ces termes :

L'Académie a reçu, dans son avant-dernière séance, communication d'un nouveau projet d'association contre l'abus des boissons alcooliques. Absent au moment de cette communication, je n'ai pu la faire suivre de quelques observations, qu'il eût été de mon devoir de présenter, et que je vais soumettre en toute confiance à la compagnie.

Personne ne saurait prétendre au privilége de faire le bien. A ce titre on ne doit qu'applaudir à tous ceux qui ont entrepris de combattre les progrès de plus en plus envahissants de l'alcoolisme. Quoique plein de respect pour une louable concurrence, il nous sera permis cependant de réserver les droits d'une émulation légitime en rappelant une association qui la première a entrepris cette croisade contre un fléau qui menace l'humanité tout entière. Or, il n'est personne ici qui ne sache que l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, en comprenant dans son titre, dans son but et dans ses efforts ces deux sources de dégradation presque toujours réunies, a pris une initiative qu'elle a le droit de réclamer et de conserver. Elle n'a pas attendu, en effet, qu'une association rivale traçât la route et suggérât les moyens, elle les a signalés et employés. Elle a établi des publications, ouvert des concours, institué des prix et des récompenses, stimulé le zèle des pouvoirs publics. Ainsi elle n'a pas attendu qu'on lui signalât l'utilité d'un accroissement de l'impôt sur les boissons alcooliques au profit d'un dégrèvement proportionnel de l'impôt sur les vins; elle en a fait l'objet d'une pétition à l'Assemblée nationale, pétition qui n'a peut-être pas été étrangère aux mesures prises dans ce sens par l'administration.

Tout en applaudissant donc aux entreprises qui sont venues, ou qui viendront à la suite de celle que nous avons réalisée, l'Académie comprendra que ce n'est point pour obéir à un vain sentiment de rivalité que les membres de l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques, parmi lesquels se trouvent bon nombre de nos collègues, ont cru devoir, par mon organe, rappeler leur initiative, mais pour conserver leur place à la tête de ceux qui, s'inspirant des mêmes sentiments, des mêmes idées et employant les mêmes moyens, ont entrepris de combattre des abus qui tendent à détériorer physiquement et moralement la grande famille humaine.

Nous avons donc l'espoir que l'Académie voudra bien partager son intérêt et ses encouragements entre l'Association dont nous venons de rappeler les titres et celle qui s'est signalée plus récemment à son attention.

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte douloureuse qu'elle a faite, et que tout le monde connaît aujourd'hui, dans la personne de M. Michel Lévy. On sait que c'est d'après sa volonté expresse qu'aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe et que l'Académie ne s'y est pas fait représenter officiellement; mais un grand nombre de ses membres y assistaient.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

M. LE PRÉSIDENT s'exprime ensuite en ces termes :

Messieurs, l'Académie a nommé ses commissions, décerné ses prix, mis au courant ses travaux arriérés ; il s'agit aujourd'hui de s'occuper de ses travaux futurs et de soulever des sujets de discussions nouvelles.

La chirurgie, mettant à profit l'expérience fournie par les malheurs de la guerre, a traité la question de l'infection purulente, de la pernicieuse influence de l'alcoolisme dans les maladies chirurgicales, du meilleur mode de pansement des plaies. Elle pourrait mettre en discussion la comparaison des amputations dans la continuité et la contiguïté des os, le meilleur système d'ambulances volantes pour le relèvement et le transport des blessés.

La médecine et l'hygiène ont traité la question de l'abus de l'alcool et des maladies qui en sont la conséquence. M. Joly a traité la question des maladies que détermine l'abus du tabac, mais la question n'a pas été soumise à la discussion de l'Académie. Elle pourrait rechercher les causes du maintien du blanc de plomb dans l'industrie, ses dangers et les avantages de la substitution du blanc de zinc ; traiter la question du phosphore, etc.

La chimie et l'hydrologie pourraient mettre en relief la valeur des diverses eaux minérales de France, et distinguer les moyens de suppléer par les produits de nos sources artificiellement modifiées aux produits des sources allemandes dont nous n'aurions pas les équivalents.

La médecine pourrait mettre utilement en discussion la recherche des causes qui influent sur la détérioration de la santé des femmes dans les grandes villes.

Enfin l'Académie pourrait aborder la discussion du choléra, discussion depuis si longtemps ajournée, et qui pourrait être mise en délibération d'autant plus à propos que les esprits sont, en ce moment, libres de préoccupations immédiates concernant cette grave maladie.

LECTURES

M. BOURDON, candidat pour la section d'anatomie pathologique, donne lecture d'un mémoire intitulé *Étude sur les maladies du bulbe rachidien*. (*Sera publié.*)

M. LANCEREAUX, candidat pour la même section, donne lecture d'une note sur la ladrerie chez l'homme. (Nous publierons plus tard l'observation qui a été l'occasion et le sujet de ce travail.)

Recherches sur l'époque précise où apparait la membrane lamineuse dans le placenta humain. — M. JOULIN fait sur ce sujet la lecture suivante :

J'ai présenté en 1865, à l'Académie, un mémoire ayant pour titre : *Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme*. Ce mémoire avait surtout pour but d'établir que, à terme, le chorion a disparu comme membrane continue de la face fœtale du placenta; de plus, que le tissu grisâtre et résistant qui forme la charpente du placenta, et dans lequel rampent les gros vaisseaux de sa surface fœtale, n'est nullement le chorion, mais bien une membrane de nouvelle formation qui s'est substituée au chorion, et à laquelle j'ai donné le nom de *membrane lamineuse*.

Mon étude avait exclusivement porté sur l'organe à terme, mais il me restait à éclaircir un point obscur de son évolution.

Je disais page 10 de mon mémoire : « Je ne suis pas en mesure de déterminer exactement l'époque où disparaît le chorion comme membrane continue de la surface placentaire. Il me faudra, pour cela, étudier une série de placentas aux différents âges de leur développement ».

Je viens aujourd'hui combler cette lacune de l'histoire de la membrane lamineuse. Je ne dirai rien des résultats négatifs obtenus sur des œufs trop jeunes ou trop avancés. Mes recherches ont été complètes sur un œuf intact parvenu à la dixième ou onzième semaine de son développement; il était distendu par le liquide amniotique, et j'ai pu faire toutes mes préparations en conservant son intégrité.

Je préparai les pièces en enlevant des débris de caduque et toutes les villosités, qui recouvraient plus des deux tiers de l'œuf, de façon à laisser le chorion à nu dans toute son étendue. A travers cette membrane, parfaitement transparente, on voyait le fœtus, son cordon et les vaisseaux qui en émergeaient.

A cette époque de la gestation, le chorion n'a point subi la dépression qui précède sa disparition; sa surface est lisse et unie sans pénétration dans la masse villeuse, excepté sur quelques points circonscrits que je vais décrire, et qui constituent les premiers rudiments de la transformation du chorion et de l'évolution de la membrane lamineuse.

Dans le voisinage du point où le cordon atteint les membranes, on constate la présence de bandes grisâtres légèrement opaques, d'une longueur de cinq à huit millimètres, et au nombre de six à sept. Elles servent de gaînes aux plus gros vaisseaux qui sortent du cordon, et dont la direction est la même qu'on observe à terme à la surface fœtale du placenta.

Ces bandes sont situées entre le chorion et l'amnios; on les isole de ces membranes avec une certaine facilité, en les soulevant sur un fin crochet. Ce sont les premiers rudiments de la membrane lamineuse.

Sur le trajet de ces bandes, on observe des renflements circonscrits, de même substance, dont l'opacité est plus prononcée. Il en existe une douzaine de volumes inégaux, et faisant dans la masse villeuse qu'ils pénètrent une saillie de trois à huit millimètres.

Ces renflements entraînent avec eux le chorion qui les recouvre, et constituent les premières traces de la déformation et de la disparition du chorion comme membrane continue au niveau du placenta.

Ce travail de transformation et de substitution commence donc de la dixième à la onzième semaine, pour se compléter progressivement vers la fin de la gestation.

Ces renflements, très-consistants, ne peuvent être enlevés que par la section; ils donnent insertion aux bouquets vasculaires que j'ai signalés dans mon précédent mémoire, et les villosités qui s'implantent sur ces points sont plus touffues et plus vigoureuses que sur les autres parties de l'organe.

Les bandes opaques sont reliées entre elles par des tissus de même nature, mais en couches beaucoup plus minces et qui donnent à la région une teinte opaline. La teinte opaline ne se voit que dans le voisinage des bandes opaques et s'efface à mesure qu'elle s'éloigne de leur trajet.

La membrane lamineuse se forme donc tout d'abord sur le trajet des gros vaisseaux, puis s'étend progressivement à toute la surface du placenta. Sur les œufs plus jeunes on n'en trouve pas de trace.

L'examen microscopique de ce tissu m'a fourni les mêmes éléments que dans la membrane lamineuse à terme; cependant, avec les petites différences qui peuvent exister entre les deux phases d'un tissu en évolution et à l'etat parfait.

A terme, la membrane lamineuse est constituée par des fibres lamineuses en lames, formant des faisceaux parallèles qui parfois s'entre-croisent. On note, par places, des fibres isolées plus volumineuses; de la matière amorphe remplit l'intervalle des faisceaux. Enfin on observe quelques vésicules graisseuses.

De la dixième à la onzième semaine, on trouve également des fibres lamineuses, mais elles sont à tous les degrés d'évolution; beaucoup de cellules embryoplastiques, des granulations graisseuses et du tissu amorphe.

Dans mon précédent mémoire, j'avais signalé l'allantoïde comme l'élément générateur de la membrane lamineuse. J'ai enlevé le chorion sur un point éloigné des bandes opaques, et j'ai trouvé entre cette membrane et l'amnios ce qui reste de l'allantoïde sous forme d'une membrane d'une ténuité et d'une transparence extrêmes; elle n'avait rien de l'aspect que présente l'allantoïde (magma réticulé) des premiers temps. Les éléments microscopiques étaient de même nature que dans les bandes opaques, seulement à un degré d'évolution encore moins avancé. Les fibres lamineuses ne constituent plus de faisceaux; elles sont isolées, rares et entre-croisées en divers sens, quelques-unes encore fusiformes. On voit également des noyaux embryoplastiques, du tissu amorphe et quelques granulations graisseuses.

Il est presque inutile de faire observer que ces éléments diffèrent tellement de ceux qui appartiennent aux autres membranes de l'œuf, qu'on ne peut faire aucune confusion entre eux.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le *Bulletin génnéral de thérapeutique*; — Le *Journal de médecine de l'Ouest*; — Le *Lyon médical*.

A propos de la correspondance :

M. Larrey présente un travail du professeur Cortese (de Venise), intitulé : *Considerazioni, anatomico pathologiche sulle glandule sanguigne e sui tessuti erettili e cavernosi.*

M. Trélat présente un travail de M. Laurenço de Magalhaès, à Bahia, intitulé : *Quelques considérations sur l'opération de la cataracte.*

— De la part de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis : des *Tableaux de statistique chirurgicale, comprenant le résumé de la pratique chirurgicale* de M. le docteur Luciano, de Moraës Sarmento, chirurgien de l'hôpital Pedro II, à Pernambuco (Brésil) [Commission de statistique.)

MM. Cortese, Moraës Sarmento et Laurenço demandent à être inscrits au nombre des candidats au titre de membre correspondant étranger. M. Laurenço envoie, à l'appui de cette demande, l'exposé de ses titres scientifiques.

— De la part de M. Krishaber, une observation intitulée : *Polype du larynx; écrasement sur place par les voies naturelles; guérison.* (Commissaires : MM. Cruveilhier, Duplay, Guyon.)

LECTURE

M. Trélat lit une lettre de M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis, dont voici un extrait résumé :

Chez les asphyxiés par submersion, il se produit de très-bonne heure des gaz dans le sang. M. Vidal a vu des bulles d'air sortir de la veine médiane céphalique 20 minutes après qu'un noyé était retiré de l'eau. Ce gaz dans les veines, à une époque aussi rapprochée de la mort, en l'absence de toute trace de putréfaction, est pour M. Vidal une preuve que l'air dans les veines peut être le fait de l'asphyxie, et que le récent cas de mort discuté à la Société de chirurgie semblerait être dû à l'action du chloroforme, de l'asphyxie chloroformique plutôt qu'à l'introduction de l'air dans les veines.

DISCUSSION

Traitement des anévrysmes cirsoïdes. — M. Labbé, à propos du procès-verbal d'une des dernières séances, demande l'avis de ses collègues sur la malade qu'il a présentée dans l'avant-dernière semaine.

M. Chassaignac. Il y a des cas d'anévrysmes cirsoïdes qui doivent être traités; mais je crois que, pour la malade de M. Labbé, on pourrait continuer l'abstention qui a été à peu près observée depuis plus de trente ans. J'ai vu un malade qui avait une tumeur de cette nature, et qui a vécu longtemps avec sa tumeur, quoi qu'il y ait eu des hémorrhagies.

Les opérations par les injections sont peu certaines; elles ont, il est vrai, donné de beaux résultats, mais il y a eu aussi des embolies. La pression autour de la tumeur, autour des endroits où l'on pratique les injections est difficile, et l'on n'est point sûr de réussir; tandis que ce cas étant peu défavorable, puisque la malade vit avec sa tumeur depuis plus de trente ans, on pourrait s'exposer à une mort foudroyante. Vous vous rappelez le fait de cet enfant qui est mort subitement à la suite d'une injection de perchlorure de fer dans une tumeur érectile située à la racine du nez. La canule avait pénétré dans la veine nasale.

M. VERNEUIL. La vie est possible avec une tumeur semblable à celle de la malade. Je ne le conteste pas; mais si nous-mêmes nous portions une semblable tumeur, si à la moindre plaie nous étions exposés à avoir des hémorrhagies peut-être mortelles, nous nous ferions opérer. La ligature des artères du cou serait trop dangereuse ou ne produirait pas de résultats certains. La ligature de la carotide primitive est excessivement grave, celle de la carotide externe ne pourrait assurer la guérison. Il y a donc seulement deux méthodes à employer : les injections coagulantes et la cautérisation. Mais avant de parler du mode opératoire, je voudrais rappeler à M. Labbé la thèse de M. Decès, où se trouvent plusieurs remarques propres à fournir des indications opératoires. Decès a montré que les anévrysmes cirsoïdes se composent de deux parties : une tumeur érectile qui existe depuis la naissance, et autour des artères volumineuses qui se dilatent progressivement. Il ajoutait que, lorsqu'on enlève la tumeur érectile, les artères dilatées qui s'y rendaient, loin de reproduire la tumeur, tendaient au contraire à reprendre leur calibre normal. Ces considérations permettraient peut-être de prendre le parti de n'enlever que l'oreille, c'est-à-dire le siége du mal primitif. C'est sur ce point que doivent porter d'abord les injections coagulantes. Il n'y a pas à craindre une de ces embolies veineuses auxquelles M. Chassaignac a fait allusion, car il s'agit ici de dilatations artérielles. Si une embolie se produisait, ce serait une embolie artérielle qui causerait la gangrène d'une partie de la tumeur, et ce résultat ne serait pas mauvais.

Les injections, dans ces sortes de tumeurs, sont difficiles; souvent, quand on croit tomber dans un vaisseau, on place le trocart à côté, et l'injection est sans effet ou plutôt détermine une eschare sans coaguler le sang dans les vaisseaux. J'ai observé ce fait sur un malade, un ancien infirmier de l'hôpital Lariboisière, qui avait un anévrysme cirsoïde en nappe à la région sous-occipitale, et qui occasionnait des douleurs de tête très-violentes. J'ai pratiqué avec le plus grand soin sept ou huit injections; il n'y en a eu que quatre qui ont pénétré, mais elles ont eu un bon effet : les douleurs de tête ont disparu. Les injections ici sont d'ailleurs innocentes, et je crois que M. Labbé fera bien d'opérer, et il devra pratiquer les injections à la périphérie de la tumeur, là où les parties sont amincies et où il semble qu'une hémorrhagie soit le plus à redouter.

M. LE FORT. Je suis de l'avis de M. Verneuil, plutôt que de l'avis de M. Chassaignac. La tumeur ne restera pas stationnaire. Les anévrysmes cirsoïdes demeurent longtemps dans le même état, cela est vrai, mais d'ordinaire ils croissent tout d'un coup, et alors il faut intervenir. J'ai vu un malade qui avait un anévrysme cirsoïde qui occupait la moitié de la tête. Lorsqu'il est venu me consulter, je ne l'opérai pas, je craignais en multipliant les injections, ce qui était nécessaire, de provoquer un phlegmon; je conseillai la compression. Le malade, de retour dans son pays, se confectionna un diadème en fer du poids de 4 kilog., à l'aide duquel il comprimait sa tumeur. Malgré cette compression énergique, l'anévrysme cirsoïde augmenta et même, lorsque j'ai revu ce malade, la compression n'avait fait aucun effet dans les parties sur lesquelles reposait ce diadème compresseur.

J'ai tiré de ce fait la conviction qu'il ne faut pas attendre, car le moment ne tarde pas à arriver où le mal ne peut plus être opéré.

M. LABBÉ. Les arguments de MM. Verneuil et Le Fort me décident à tenter les injections. La tumeur de ma malade a toujours augmenté depuis l'âge de 27 ans; à chaque grossesse il y avait un accroissement notable. La crainte des hémorrhagies chez cette malade est telle, qu'elle a une terreur invincible quand elle est seule, et ceci est pour moi une indication. Je sais bien que les injections ont été déjà tentées sans succès, qu'il y a eu des eschares, mais je pense que cela tient à ce que l'on n'était pas entré dans les vaisseaux. On peut essayer d'appliquer les injections avec plus de succès.

Je ferai remarquer qu'il n'y a pas eu de tumeur de départ chez ma malade, quoique celle-ci prétende que vers l'âge de cinq ans on a enlevé une petite tumeur; hors ce souvenir peu certain, rien n'indique que la tumeur a franchement débuté par une tumeur érectile.

Je pense, contrairement à M. Chassaignac, que l'on peut faire une compression efficace autour de la tumeur, car actuellement par la compression on peut faire disparaître les battements et le souffle. Au besoin, il sera facile de comprimer avec un anneau de plomb et de circonscrire, ainsi que l'a fait M. Broca, l'îlot où une injection coagulante sera pratiquée.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

70. Thèze. Quelques considérations sur un cas d'asphyxie locale des extrémités.
71. Dubosq. De la recherche méthodique des signes dans les maladies.
72. Jourdan. Essai sur l'adénome sudoripare.
73. Gairal. Du tremblement mercuriel.
74. Bondu. De la cystite aiguë.
75. Daffas. Quelques observations apportées à l'étude de la gangrène spontanée.
76. Deroux. Quelques observations de méningite cérébro-spinale épidémique.
77. Fortineau. Du délire des grandeurs dans la démence paralytique.
78. Laval. Essai critique sur le délirium tremens.
79. Hybord. Des calculs de la vessie chez les femmes et les petites filles.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 mars 1872, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Libermann (Henri-Adolphe), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, chevalier du 12 aout 1861; 18 ans de services, 10 campagnes. — M. Papillon, (François-Constant-Édouard), médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, chevalier du 11 août 1869; 21 ans ans de services, 9 campagnes. — M. Roucher (Charles), pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, chevalier du 11 août 1867; 31 ans de services, 14 campagnes. — M. Coulier (Paul-Jean), pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, chevalier du 30 décembre 1863; 27 ans de services, 4 campagnes.

Au grade de chevalier : M. Cluzan (François), médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; 6 ans de services, 2 campagnes, 1 blessure. — M. Catenac (Hyacinthe), pharmacien aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Gros-Caillou; 17 ans de services, 9 campagnes.

— La réunion de la presse médicale qui devait avoir lieu le 1er avril, chez M. le docteur Caffe, n'aura pas lieu; elle est renvoyée au 1er mai. Nous sommes heureux d'annoncer en même temps à

nos confrères que la convalescence de notre très-affectionné doyen s'affirme de plus en plus.

— M. Vautier, médecin dentiste, a été nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand.

— On demande à acheter une clientèle à Paris.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur M....., à Avignon. — 2 fr. pour les numéros.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

Depuis le 1er avril, les bureaux du journal sont transférés rue des Saints-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

M. le ministre de l'instruction publique a adressé à M. le doyen de la Faculté de médecine la lettre suivante :

Paris, le 28 mars 1872.

Monsieur le doyen et cher confrère,

Si vous avez lu la séance d'hier, vous aurez vu que M. Bouisson désirait m'adresser une question sur les troubles de la Faculté, et que M. Naquet a déposé une demande d'interpellation sur le même sujet.

J'ai déclaré à l'Assemblée que le ministre et la Faculté étaient absolument résolus à mettre un terme à ces scènes tumultueuses qui interrompent le cours des études, offensent non-seulement le professeur qui en est l'objet, mais le corps enseignant tout entier, changent la nature des rapports qui doivent exister entre le professeur et ses élèves, rapports d'affection d'un côté, de respect de l'autre, et, enfin, créent dans le quartier des Écoles une agitation sans résultat possible au moment où tous les bons citoyens sentent la nécessité du calme.

En faisant cette déclaration, qui n'est, vous le savez, que l'expression de nos communs sentiments, j'ai cru devoir ajouter que tout rentrerait dans l'ordre de soi-même, que les étudiants en médecine qui veulent étudier la médecine nous aideraient à faire la paix par la persuasion, et que vous m'avez dit, en effet, que l'esprit général de l'école était excellent, et qu'il y avait un grand nombre d'étrangers à la première leçon de M. Dolbeau.

J'ai dit à la Chambre qu'une enquête, provoquée par M. Dolbeau lui-même et dirigée, suivant son désir, par la commission de surveillance des hôpitaux, se poursuivait en ce moment ; qu'elle serait prochainement terminée, et que l'interpellation viendrait plus opportunément quand l'enquête serait achevée, les vacances de Pâques traversées et les cours très-prochainement repris. Je n'aurai plus qu'à rendre compte à la Chambre des actes d'une administration qui doit et veut rester ferme précisément parce qu'elle est paternelle.

Quelques personnes semblaient croire que j'avais moi-même ordonné une enquête sur la conduite de M. Dolbeau à l'hôpital Beaujon, et que je subordonnais aux résultats de cette enquête mes résolutions et celles de la Faculté. Vous savez qu'il n'en est rien. Les élèves, se transformant en juges de leur professeur, et transformant en club les salles de cours, commettent un délit contre la discipline, dont le caractère ne peut dépendre de faits contestés, accomplis il y a dix mois en dehors de l'École.

Ni moi, ni la Faculté n'avons prescrit une enquête : c'est M. Dolbeau qui l'a réclamée ; c'est l'Assistance publique, administration indépendante de mon ministère, qui la poursuit.

M. Dolbeau m'a demandé de donner au résultat de cette enquête la plus grande publicité possible. Je le ferai, je le lui dois ; je le dois à l'Université et au corps médical. Un confesseur ne dévoile pas les secrets de la confession, un maître ne déserte pas ses élèves, un médecin ne livre pas son malade : ainsi le veut l'honneur professionnel, un des grands côtés de l'honneur.

J'applaudis à la résolution de M. Dolbeau, qui veut que la lumière soit faite ; nous aurons la lumière la plus complète et la tranquillité la plus parfaite. Au moment où je m'occupe, avec le concours de mon ami M. Léon Say, qui déploie tant de zèle pour cette bonne cause, à donner à l'école de Paris les installations dont elle a besoin, il faut que les élèves me secondent comme les maîtres, par leur bon esprit, par leur dévouement à la science et à l'école.

J'ai bien assez d'obstacles à vaincre après tant de désastres, pour reconstituer la France par l'enseignement. J'avais compté que les jeunes gens m'aideraient dans cette tâche, et j'y compte encore. C'est une tâche généreuse, patriotique, difficile, pour l'accomplissement de laquelle j'aurai avec moi tous les hommes de cœur.

Je suis, mon cher confrère, bien cordialement à vous.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

JULES SIMON.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance bien remplie, dont voici le menu. M. Ollier a entretenu de vive voix l'Académie, une heure durant, de deux questions de pratique chirurgicale auxquelles il a apporté son large contingent d'étude, la greffe épidermique et les rés ctions sous-périostées. Nous reproduirons prochainement, dans son ensemble, la question de la greffe épidermique, qui paraît avoir fait de grands pas depuis nos derniers entretiens sur ce sujet.

M. Houzé de l'Aulnoit (de Lille), qui avait déjà fait une communication à l'Académie, au mois de janvier dernier, sur l

conservation du périoste dans les amputations, a exposé hier la relation de deux nouveaux cas d'amputation par le procédé qu'il désigne sous le nom de périostéotomie. On trouvera cet exposé dans le compte rendu, ainsi qu'un résumé de la communication de M. Ollier.

Dans une lecture écoutée avec un vif intérêt, M. Théophile Roussel, qui est intervenu d'une manière si utile aux intérêts de l'hygiène publique dans la confection de quelques-unes des lois fiscales récemment adoptées par l'Assemblée nationale, a développé le principe d'après lequel il entendrait établir le système tout entier de l'impôt sur les boissons. Il y a dans le travail de M. Th. Roussel, à côté et au milieu de considérations économiques qui échappent à notre compétence, des considérations d'hygiène publique qui s'adressent à la fois à l'Académie, qui en a renvoyé l'examen à la commission de l'alcoolisme, et aux pouvoirs publics, qui auront, sans aucun doute, de nouvelles occasions de tenir compte des sages avis de notre confrère.

Parmi les ouvrages présentés, nous signalerons particulièrement les *Nouveaux éléments de pathologie générale de Uhle et Wagner*, professeurs à l'université de Leipzig, traduits de l'allemand sur la quatrième édition, par les docteurs Mahaux et Destanche (1). Cet ouvrage, ainsi que l'a dit M. Daremberg, en déposant un exemplaire sur le bureau de l'Académie, représente l'état actuel de la médecine en Allemagne. Il paraît avoir eu un grand succès de l'autre côté du Rhin, à en juger par la rapidité avec laquelle il a atteint sa quatrième édition et par le témoignage qu'en donnent d'ailleurs ses traducteurs, qui ont voulu combler une lacune en le reportant dans notre langue. Ce serait peut-être le moment de dire ce que renferme ce livre, mais depuis le peu de temps que nous l'avons sous les yeux, nous avons eu à peine le loisir de le parcourir ; et il se rattache d'ailleurs à tout un ordre de questions et de travaux dont nous avons l'intention d'aborder prochainement l'examen. Nous nous bornerons donc, pour le moment, à constater et à signaler son existence.

Dr Brochin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1872. — Présidence de M. Barthe.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation du décret par lequel est approuvée l'élection de M. Dolbeau en remplacement de M. Oudet décédé.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1°. Les statuts et le programme de la quatrième session du congrès médical de France qui se tiendra à Lyon le 18 septembre 1872.— 2° Une note de M. le docteur O. Larcher sur les affections de la protubérance annulaire dans leurs rapports avec le désordre des facultés intellectuelles.— 3° Une lettre de M. Leblanc qui se présente comme candidat dans la section de médecine vétérinaire. — 4° Un rapport supplémentaire de M. le docteur Lesalcher-Baron sur une épidémie de variole qui a régné, en 1870 et 1871, dans le canton de Saint-Pierre-Église (Manche). (Comm. des épidémies.)— 5° Une note de M. le docteur Arsène Drouet sur les signes de la mort réelle (comm. du prix d'Ourches). — 6° Des lettres de remerciements de MM. Bertin, Robert Martial, Aribaud, Leduc Berchon, Lemonnier, lauréats de l'Académie. — 7° Un pli cacheté déposé par M. Blacart, pharmacien à Melun (accepté). — 8° M. le docteur Félix Roubaud présente un instrument dont la note suivante explique le mécanisme et le but.

Depuis les découvertes de l'ovule et des spermatozoaires, l'idée de rapprocher artificiellement l'élément mâle et l'élément femelle se présenta à plusieurs esprits : Swammerdam tenta le premier l'entreprise et échoua ; Roësel ne réussit pas mieux que Swammerdam ; Spallanzani seul parvint, à la fin du dernier siècle, à féconder artificiellement des amphibies, des ovipares et enfin des vivipares.

Dans ces dernières années la même opération a été tentée sur l'espèce humaine et 12 succès ont été publiés, appartenant à divers expérimentateurs.

Ayant entrepris de vérifier par moi-même la réalité de ce point important de physiologie comparée, j'ai fait construire un instrument qui me mît dans les conditions les plus favorables et qui, en même temps, me permît de suivre tous les procédés indiqués, depuis celui de Spallanzani, pour les animaux, jusqu'à ceux de MM. Marion Sims et du professeur Courty, de Montpellier, pour la femme.

En attendant que je puisse faire connaître à l'Académie les résultats négatifs ou positifs que j'aurai obtenus, j'ai l'honneur de lui présenter l'instrument construit par M. Mathieu, afin que d'autres expérimentateurs puissent concourir à la solution de ce difficile et intéressant problème.

C'est une pompe aspirante et foulante où les soupapes sont remplacées par une sorte de robinet taillé dans le piston lui-même.

Le corps de pompe porte la canule d'aspiration, que l'on allonge à volonté avec un ajoutage en caoutchouc ; il est terminé par la canule que l'on introduit dans le col de l'utérus.

En tirant la tige du piston, le liquide dans lequel plonge la canule est aspiré, et le bouton indique sur la partie graduée le nombre de gouttes qui ont été amenées dans le corps de la pompe.

En faisant décrire au bouton une demi-révolution à droite, le piston tourne lui-même et, en déplaçant l'échancrure dont il est armé, il ferme la canule d'aspiration et ouvre celle qui termine la seringue.

On n'a plus alors qu'à pousser la tige du piston pour que l'injection soit accomplie.

Les avantages de ce petit appareil sont d'abréger, autant que possible, le temps de l'opération et de garantir ainsi la liqueur séminale contre le contact trop prolongé de l'air et de la lumière et contre le changement de température.

PRÉSENTATIONS

M. Daremberg présente un volume intitulé : *Nouveaux éléments de pathologie générale*, par M. Ernest Wagner.

M. Blot présente de la part de M. Chassagny (de Lyon) un volume ayant pour titre : *Méthode des tractions soutenues, le forceps considéré comme agent de préhension et de traction.*

M. Larrey, au nom de M. le docteur Grellois, présente une brochure intitulée : *Histoire médicale du blocus de Metz.*

M. J. Guérin dépose sur le bureau le premier fascicule (4e année) du bulletin de *l'Association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.*

M. Richet présente, au nom de M. le docteur Maurice Laugier, l'article *région fessière*, extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.*

M. le Président annonce 1° la présence de MM. Lecadre (du Havre) et Chauveau (de Lyon) à la séance ; 2° la mort de M. Folch, correspondant étranger.

M. le Président lit une note dans laquelle, après avoir rappelé les premières réunions de l'Association française contre l'abus des boissons alcooliques, il déclare que les membres de la commission ignoraient absolument à cette époque que l'Association française contre l'abus du tabac eût l'intention d'étendre son action aux boissons alcooliques.

(1) 1 vol. in-8° de 600 pages. — Paris, 1872, chez Savy.

Il annonce en outre que la discussion sur le rapport de M. Vernois concernant le programme d'un cours d'hygiène dans les lycées sera ouverte dans la prochaine séance.

LECTURES ET COMMUNICATIONS

M. OLLIER (de Lyon) fait de vive voix l'exposition suivante de faits de greffes autoplastiques et de résections sous-périostées.

Greffes cutanées et autoplastiques. — Au lieu de greffer de petits lambeaux d'épiderme de 2, 3 ou 4 millimètres carrés comme le pratique M. Reverdin, M. Ollier greffe de larges lambeaux de 6 et 8 centimètres carrés comprenant non-seulement les couches superficielles de la peau mais la totalité du derme. Son but n'est pas de créer des centres multiples d'épidermisation, mais de substituer à la pellicule épidermique des cicatrices ordinaires une membrane ayant les éléments essentiels de la peau normale et en conservant les caractères. La cicatrice qu'on obtient en pratiquant un semis de petits lambeaux d'épiderme à la surface d'une plaie ne diffère nullement des cicatrices ordinaires. L'épidermisation des bourgeons charnus est plus ou moins hâtée, mais le processus est le même.

M. Ollier fait jouer au tissu conjonctif du derme le principal rôle dans les greffes de la peau, et pour montrer que le tissu conjonctif est apte à se greffer, il cite une greffe périostique qu'il a pratiquée il y a vingt jours à la surface d'un ulcère en voie de réparation, en étalant sur la couche granuleuse un lambeau de périoste de 6 centimètres carrés détaché d'une jambe qu'il venait d'amputer; la greffe a parfaitement pris.

M. Ollier n'a pu étudier les modifications tardives de ces greffes dermo-épidermiques que sur des lambeaux ne comprenant qu'une partie du derme comme il l'a pratiqué depuis deux ans. Mais ses expériences sur les larges greffes comprenant toute l'épaisseur de la peau sont encore trop récentes pour qu'il puisse décrire leurs modifications définitives.

Il a appliqué la greffe dermo-épidermique pour empêcher le récollement des doigts après une opération de syndactilie à la suite de brûlure étendue de la main. Il les a aussi appliquées à la guérison de cicatrices anciennes en interrompant au moyen du tissu transplanté la continuité du tissu inodulaire.

Mais les résultats lui paraissent devoir être plus complets et plus persistants par la transplantation de la totalité du derme comme il la pratique aujourd'hui.

Quand on se propose de s'opposer à la rétraction cicatricielle par la greffe cutanée, il ne faut pas se contenter d'appliquer le lambeau sur la cicatrice excoriée ou avivée; il faut enlever le tissu inodulaire et greffer ensuite le derme sur le tissu sain sous-jacent, une fois la couche granuleuse formée.

Il ne faut pas recouvrir le tissu inodulaire, il faut le remplacer.

Pour se procurer des greffes cutanées, M. Ollier les prend soit sur le sujet lui-même, soit sur des membres amputés pour des accidents traumatiques, chez des hommes sains d'ailleurs. Lorsqu'on les prend sur le sujet lui-même, on peut rendre la partie insensible au moyen d'un mélange réfrigérant. Malgré cette congélation, les lambeaux conservent leur vitalité, comme les lambeaux de périoste sur lesquels M. Ollier a expérimenté autrefois.

Pour assurer le succès des greffes, il faut immobiliser la région dans un bandage silicaté. L'immobilité absolue et permanente est une condition de succès pendant toute la période nécessaire au travail adhésif.

Des planches coloriées sont mises sous les yeux de l'Académie pour montrer les proportions des greffes et les modifications qu'elles apportent à l'aspect de la cicatrice.

Résultats cliniques de la résection scapulo-humérale par la méthode sous-périostée. — Ce n'est plus aujourd'hui par des théories ou par des expériences sur les animaux que M. Ollier vient démontrer les avantages des résections sous-périostées, c'est par des faits cliniques, déjà assez nombreux pour juger la méthode.

Sans entrer dans la théorie générale des résections sous-périostées qu'il a longuement exposée dans son *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, il engage les chirurgiens qui n'acceptent pas ses idées à faire les expériences suivantes, l'une sur les cadavres, l'autre sur les animaux vivants.

Si l'on pratique, par exemple, sur les cadavres deux résections de l'épaule, l'une par la méthode nouvelle, l'autre par le meilleur des procédés anciens, on verra immédiatement, par le simple examen de la région opérée, un des principaux avantages des résections sous-périostées. On comprendra leur innocuité plus grande par la limitation du traumatisme et par l'intégrité de tous les organes voisins.

Si, d'autre part, on pratique deux résections de la même articulation, l'une par la méthode ancienne, l'autre par la méthode nouvelle, sur deux animaux du même âge et de même espèce, on voit d'une manière aussi évidente les avantages des résections sous-périostées au point de vue de la régénération osseuse et de la reconstitution de l'articulation. Au bout de quelques mois, on reconnaît que la résection sous-périostée a permis de faire reconstituer une véritable articulation, tandis qu'après la résection ordinaire le membre reste flottant et sans articulation régulière.

M. Ollier insiste ensuite sur les observations cliniques, au nombre de sept, et dont il fait apprécier les résultats par de nombreuses photographies qu'il met sous les yeux de l'Académie.

Sur ses sept observations de résection scapulo-humérale, six ont été pratiquées à l'Hôtel-Dieu de Lyon, une fois dans sa clientèle privée. Les sept malades ont guéri, et cette circonstance vient démontrer la légitimité de l'induction tirée plus haut, relativement à l'innocuité plus grande des résections sous-périostées, d'après l'examen de l'opération pratiquée sur le cadavre.

Les photographies permettent d'apprécier les résultats, soit au point de vue de la forme du moignon de l'épaule et de la longueur du membre, soit au point de vue de l'écartement du bras du tronc.

Le moignon reprend sa forme et sa saillie, et le deltoïde, grâce à la conservation de ses attaches et du nerf qui l'anime, recouvre des contractions énergiques.

Relativement à la régénération de l'os, elle est subordonnée aux conditions d'âge que M. Ollier a précisées expérimentalement dans ses études générales sur la régénération osseuse.

Chez l'adulte, on ne doit pas compter sur une régénération de la longueur de l'os; mais, qu'il y ait régénération ou non, l'articulation ne s'en reconstituera pas moins sur son type primitif, si l'on a conservé l'intégrité de la gaine périostéo-capsulaire, qui constitue en réalité le principe fondamental de la méthode.

Pour faire une résection sous-périostée d'après la méthode de l'auteur, c'est-à-dire pour faire une résection qui donne tous les avantages qu'il indique, il ne suffit pas de gratter l'os plus ou moins régulièrement et de conserver par-ci par-là quelques lambeaux du périoste adhérents aux membres, il faut suivre exactement les règles opératoires, dont la plus importante est la conservation intégrale du canal périostéo-capsulaire.

Le traitement consécutif, après cette opération, est de la plus grande importance. Autrefois, M. Ollier se servait de gouttières; aujourd'hui, il applique, immédiatement après l'opération, un bandage silicaté bien garni d'ouate, qu'il renouvelle de temps à autre dans le cours du traitement.

Les gouttières immobilisent le membre d'une manière très-imparfaite; elles sont difficiles à adapter exactement et sont toujours incommodes pour le malade quand il veut changer de position. Le bandage silicaté, moulé sur le membre et sur l'épaule, peut seul réellement immobiliser l'articulation scapulo-humérale. On pratique des fenêtres en avant et en arrière pour les divers pansements.

M. Ollier n'a appliqué qu'une seule fois, durant la dernière guerre, la résection sous-périostée à l'articulation de l'épaule. Son opéré est mort de diarrhée une dizaine de jours après. Mais, malgré cet insuccès, l'auteur croit la nouvelle méthode tout aussi avantageuse dans la chirurgie d'armée que dans les résections pratiquées pour de

suppurations articulaires chroniques. Les succès qu'il a obtenus à la même époque par les résections du coude dans les plaies par armes à feu de cette articulation, lui ont montré qu'en principe les avantages étaient les mêmes, quelle que fût la cause de la résection. Soit au point de vue de la simplicité des suites, soit au point de vue de la reconstitution ultérieure de l'articulation, on doit toujours employer la méthode sous-périostée dès que la résection est indiquée. Tous les procédés anciens sont essentiellement défectueux; ils étaient acceptables avant la découverte de l'anesthésie, alors qu'il fallait aller rapidement pour ménager les souffrances du malade, mais aujourd'hui on n'a aucune raison de les maintenir dans la pratique; on doit les mettre au rang des opérations surannées.

M. THÉOPHILE ROUSSEL donne lecture d'un travail intitulé : *De l'impôt des boissons et en particulier des lois du 1er septembre 1871 et du 26 mars 1872, dans leurs rapports avec l'hygiène publique.*

L'auteur, dans ce travail, appelle l'attention de l'Académie sur deux points, savoir : 1° Le principe sur lequel s'appuie la loi votée le 26 mars dernier, celui des taxes proportionnelles à la richesse alcoolique des boissons, principe qui devrait être, suivant lui, la base du système entier de l'impôt des boissons; 2° les mesures spéciales dont elle frappe la liqueur d'absinthe et l'essence d'absinthe. (Renvoyé à la commission de l'alcoolisme.)

Amputation par la périostéotomie. — M. HOUZÉ DE L'AULNOIT (de Lille), à l'appui de la note qu'il a lue à l'Académie de médecine, le 30 janvier dernier, fait la relation de deux nouveaux cas d'amputation par la périostéotomie et dépose sur le bureau une pièce en cire moulée sur nature, par M. Talrich, sur laquelle on peut apprécier la forme, l'étendue et les rapports de la lamelle de périoste destinée à recouvrir la rondelle osseuse.

On ne peut douter, d'après cette pièce, de la vitalité de la lamelle périostique qui est adhérente, dans toute l'étendue de sa face superficielle, aux couches musculaires, ni de la possibilité de sectionner exactement l'os au niveau de la base d'insertion de cette lamelle à la diaphyse.

Le procédé adopté par l'auteur sur cette belle préparation, qui représente une coupe d'une amputation de cuisse sur un adulte, consiste en un large lambeau formé aux dépens des trois quarts antérieurs du membre, alors qu'en arrière la peau est divisée dans les points correspondants à l'os sectionné.

Quant à la première observation, elle a trait à une deuxième amputation par la périostéotomie pratiquée par M. Houzé de l'Aulnoit à l'hôpital Saint-Sauveur, sur un enfant de neuf ans, atteint depuis six ans d'une tumeur fongoïde au genou droit.

Cet enfant, opéré le 4 mars dernier, était complétement guéri le 31 du même mois, malgré une complication intercurrente de coqueluche gagnée dans la salle et d'une légère pourriture d'hôpital sur le trajet de la cicatrice, et au début, lors de l'opération, d'une hémorrhagie de l'artère médullaire qui a disparu sitôt l'abaissement du lambeau.

Un point capital sur lequel insiste d'une manière toute spéciale ce chirurgien, c'est la nécessité d'immobiliser, non-seulement les tissus divisés sur l'extrémité de l'os, mais également l'articulation située au-dessus, afin d'obtenir pour les surfaces sectionnées une adhésion aussi complète que si on avait affaire à une fracture.

A cet effet, il a appliqué pendant toute la durée du traitement des bandelettes de diachylon autour du moignon, et s'est servi d'une gouttière qu'il a désignée du nom de gouttière bouclée du pli de l'aîne, composée de deux valves, l'une verticale s'appliquant sur la face antérieure de la cuisse, et l'autre horizontale placée au-dessus de l'arcade crurale.

Les deux valves étaient soudées ensemble sous un angle de 105°. Des lanières en fils de caoutchouc, cousues sur les bords et terminées à leurs extrémités libres par des boucles, permettaient de serrer la gouttière autour de la cuisse et de l'abdomen, tout en maintenant le membre demi fléchi et dans une complète immobilité.

Ce mode d'immobilisation a eu de plus pour conséquence d'éviter une pression douloureuse du lit sur la plaie.

Cette gouttière, faite d'après un moule en gutta-percha, lui paraît préférable aux appareils silicatisés, attendu qu'elle permet de surveiller la marche de la cicatrisation, de faire, après les quatre ou cinq premiers jours, un nouveau pansement et de le renouveler ensuite tous les matins, pour éviter le séjour inutile des fils à ligatures ou à sutures au sein des parties molles.

Quant aux bandelettes de diachylon, on peut, s'il n'y a pas de complications, les laisser quelques jours en place. M. Houzé de l'Aulnoit recommande, pour réussir dans ces sortes d'amputations, un régime fortifiant et des salles puissamment ventilées avec l'air extérieur, non préalablement brûlé par son passage à travers des tuyaux en fonte, rougis à blanc. A l'hôpital Saint-Sauveur, M. Houzé de l'Aulnoit opère les enfants dans un grenier qu'il a fait percer de deux orifices d'un diamètre de 0m75 centimètres au niveau du plafond, sous lesquels il a placé, pour entraîner rapidement l'air impur au dehors, un poêle en fonte, et un bec de gaz. C'est surtout à cette simple disposition, aidée de fenêtres latérales et de trappes près du sol et avec pansements journellement renouvelés, qu'il attribue après le 4e jour la guérison rapide des huit amputations qu'il a eu l'occasion de pratiquer depuis près de deux ans, dont trois de cuisse, trois de la jambe, une du bras et une du poignet.

En un mot, cette salle peu luxueuse offre tous les avantages d'une tente sans en présenter les inconvénients.

Lors de la lecture de sa note à l'Académie sur la périostéotomie appliquée aux amputations, notre confrère ignorait que ce procédé eût été appliqué avant lui.

Il déclare qu'il a appris avec une certaine satisfaction qu'il avait été essayé en 1859 par MM. Ollier, Werneuil et Heyfelder. Depuis, les chirurgiens y avaient renoncé.

M. Heyfelder insiste pourtant sur la marche rapide de la cicatrisation, et M. Ollier assure qu'il a pour lui la sanction expérimentale.

Pour M. Houzé, s'il a été délaissé, il faut en accuser le mode de pansement, qui a toujours été celui des amputations ordinaires, et non, comme il le propose et comme il l'a adopté chez ses opérés, celui des fractures.

Il eût été en effet difficile d'obtenir une cohésion du périoste à l'os en ne luttant pas par un appareil inamovible contre la rétraction musculaire et contre le glissement fréquemment répété qui doit en être la conséquence.

Si l'on n'assure pas pendant toute la durée du traitement cette immobilisation du lambeau et du membre, mieux vaut renoncer à la périostéotomie et recourir au procédé classique.

Comme avantages sérieux, ce n'est pas une rapide cicatrisation qu'on doit rechercher, mais on doit lutter contre l'apparition de l'ostéo-myélite, la conicité du moignon, les cicatrices adhérentes et plus tard ces interminables ulcères, qui s'opposent à la marche et à la pose de tout appareil.

Quant à la section des parties molles au moment de l'opération, elle doit toujours avoir lieu de bas en haut, de manière à n'intéresser tout d'abord en profondeur que le tiers du lambeau, alors qu'on conduit le tracé ovalaire de la section de continuité sur les trois quarts de la circonférence du membre.

En résumé, en commençant et en finissant la section antérieure musculo-cutanée, la pointe du couteau doit être, autant que faire se peut, en contact avec les parties latérales de l'os et la délimitation de la lamelle du périoste ne doit avoir lieu qu'après avoir tranché le tiers environ de l'épaisseur des muscles.

M. Houzé doute qu'avec le procédé circulaire, on puisse avoir une cicatrisation à l'abri de toute adhérence consécutive, comme avec celui qu'il vient de décrire.

La périostéotomie n'est pas moins utile pour les petites amputations que pour les grandes.

Dans une désarticulation de l'index droit, faite au commencement du mois dernier sur une femme de 50 ans, en empruntant un seul et unique lambeau demi-circulaire sur la face externe de la première phalange, et en laissant ce lambeau doublé de sa lamelle périostique, notre confrère a été assez heureux pour obtenir non-

seulement une réunion immédiate (il n'avait pas été obligé de poser de ligature sur les artères), mais une surface cutanée forte et résistante, sans trajet cicatriciel sur la saillie de la tête du métacarpien, disposition essentiellement favorable pour la préhension des objets.

De tels résultats sont de nature, ajoute M. Houzé de l'Aulnoit en terminant, à faire entrer franchement dans la voie entrevue par de célèbres praticiens, mais complétement abandonnée, pour l'avoir suivie sans recourir à l'immobilisation du membre, aux données de la physiologie et de l'anatomie pathologique, et par conséquent du but que l'on désirait atteindre.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars 1872 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

COMMUNICATION

Substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants continus énergiques et temporaires dans les paralysies, les contractures musculaires et les lésions de nutrition. — M. LE FORT lit un travail sur ce sujet. (*Sera publié.*)

M. GIRAUD-TEULON. A propos de la communication que vous venez d'entendre, nous avons réuni 42 observations, dont quelques-unes extrêmement remarquables, et dont nous allons donner ici les résultats, d'application de courants *continus* et *constants* : la *continuité* se rapportant à la suppression, dans la mesure du possible, des intermittences; la *constance* se rapportant à la non-oscillation, toujours dans la mesure du possible, des intensités et quantités de courants employés pendant les cinq minutes de lsur application.

Le nombre des éléments employés était de 8: 16. Pile de Remak; larges éléments avec interposition de disques résistants propres à retarder et par conséquent à égaliser les courants.

Ces observations comprennent :

Paralysies musculaires des yeux. Sur 32 cas :

Succès concluants................	15
Demi-succès......................	9
Insuccès complets..	8

Contractures, cinq cas: cinq succès;

Opacités vitrées, cinq cas : quatre succès.

(M. Giraud-Teulon cite un fait où, après huit séances, il a été possible de distinguer le fond de l'œil, ce qui était impossible au moment où le traitement a été entrepris.)

Nous avons, dans cette dernière catégorie, à noter un insuccès complet, mais deux succès nouveaux dans un cas de paralysie et un cas de blépharo-spasme.

En établissant ces traitements ou plutôt ces recherches, nous n'avons pas eu la pensée d'entreprendre des études nouvelles et précises en matière électro-physiologique; notre unique objet était la guérison des malades en répétant, le plus exactement possible, les essais publiés et qui nous avaient paru encourageants.

Les principes qui ont dirigé nos premières tentatives dans les paralysies musculaires des yeux sont empruntés à Remak et à son imitateur Benedict (de Vienne). Des résultats heureux avaient été annoncés par ces auteurs à la suite de l'application des courants *labiles* sur les régions paralysées : cette action des courants continus à rares intermittences était supposée de la nature des sollicitations appliquées à des parties sensibles et agissant de façon réflexe sur les nerfs moteurs de ladite région.

Fin. — Voir le dernier numéro.

Le second principe introduisait l'usage des courants continus, eu égard à leur propriété assez généralement admise par les expérimentateurs, de ne point laisser, comme les courants à intermittences rapides, les muscles dans l'état d'épuisement, mais de les disposer au contraire à répondre aisément tant aux irritations inductives qu'aux ordres de la volonté.

C'est même cette dernière manière de voir qui l'a emporté finalement dans notre conduite; et pour les trois derniers quarts de nos observations, les courants ont été maintenus d'une façon stable (*stabile*) sur les trajets indiqués par le chemin du nerf paralysé.

Dans les cas de paralysie, nous employions le courant *ascendant* ou *inverse*, celui que Duboys-Reymond et Cl. Bernard considéraient de même sens que *l'électrotonus physiologique*.

Dans les cas considérés comme des contractions, c'est le sens opposé que nous avons suivi, toujours dans les mêmes idées.

Dans ces applications néanmoins, il nous a été donné de vérifier plusieurs fois le principe formulé par Remak, à savoir que le courant constant, cessant d'avoir des effets dans un sens donné, en manifestait, au contraire, en renversant le sens du courant.

Au point de vue électrolytique, cette vue de Remak et de Chauveau que, dans des liquides peu décomposables, le courant *transporte* lui-même du pôle + au pôle — le liquide qu'il traverse, nous a paru se réaliser dans l'action remarquable que démontrent les quatre observations relatives à la clarification si prompte et si remarquable des corps vitrés troublés.

Nous ajouterions ici, si nous en avions pu retrouver les notes, une observation très-positive d'action des courants continus appliqués dans un cas de névro-rétinite aiguë. Cette application conduite, à notre demande, par M. le docteur Chairou, pendant un mois, amena très-expressément la cessation du processus inflammatoire et le retour de la vision.

Nous n'avons point cherché encore à catégoriser ces faits : le temps ne nous semble pas venu encore d'établir les indications et les contre-indications, non au point de vue du danger, mais du succès. Le diagnostic causal laisse encore trop à désirer, et il est indispensable si l'on veut se fonder sur une base vraiment scientifique.

M. Giraud-Teulon ajoute qu'il ne saurait se prononcer sur la supériorité ou l'infériorité de la durée très-longue de l'application des courants constants sur laquelle insiste M. Le Fort.

M. DUBRUEIL. J'ai traité par les courants constants un malade de M. Verneuil atteint de contracture de la main, que M. Duchenne (de Boulogne) considérait comme une contracture réflexe et que M. Verneuil considérait comme un effet d'une plaie du nerf cubital. Tout avait été employé, lorsque j'eus recours aux courants continus. La main plongeait dans un bain salé où se rendait le pôle négatif; le pôle positif était posé sur l'avant-bras, recouvert d'un linge mouillé. Il y eut une résolution immédiate. Ce malade a fini par guérir. Il y a eu des récidives, plus tard, qui ont guéri par divers moyens, entre autres le bromure de potassium.

Je m'étais servi de la pile de Remak à 20 éléments.

M. MARJOLIN. Guersant a présenté ici des faits très-intéressants de pieds-bots qui avaient été traités avec succès par l'électricité à courants continus et par les appareils inamovibles.

M. LE FORT. Les faits de la nature que j'ai cités se trouvent partout; mais j'ai étudié l'action des courants continus sur les phénomènes de la contractilité. Je sais que les effets des courants continus sont à l'étude. Il y a quelque chose de particulier dans les effets de cette électricité qui, sans pouvoir être mesurée à l'aide du galvanomètre, a une action si évidente sur les tissus, puisqu'elle détermine des eschares aux points où sont appliqués les pôles de la pile. Il est incontestable que la nutrition est influencée par l'électricité.

Ce que j'ai dit de nouveau, de personnel, c'est que l'on doit employer un courant continu faible pendant vingt-quatre heures, et remplacer la surface de production de l'électricité par le temps de son application sur les tissus.

M. LARREY. Je suis très-frappé des résultats qu'on obtient par

l'électricité. M. Duchenne (de Boulogne) a appliqué, au Val-de-Grâce, sous mes yeux, son appareil, et nous avons essayé de nous servir de ce dernier. Nous avons eu des faits très-significatifs. Aussi je demanderai à M. Le Fort s'il ne jugerait pas opportun de citer les travaux de M. Duchenne (de Boulogne).

M. GIRAUD-TEULON fait remarquer que la question n'est point la même. M. Duchenne se servait d'un appareil qui n'est point celui de Remak, et qu'il n'appliquait pas les courants continus constants.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et cher confrère,

Je vous serai très-obligé de publier dans votre journal la lettre suivante, qui a déjà paru dans le *Moniteur universel*.

« Monsieur le rédacteur,

» J'ai l'honneur de vous demander rectification d'un fait articulé contre moi dans le numéro de lundi de votre journal.

« *Je n'ai pas abandonné mon service pendant la Commune.*

« Je suis très-surpris d'avoir à rétablir la vérité à cet égard, puisqu'il est de notoriété publique que j'ai dû quitter l'hôpital Saint-Antoine, le 13 mai, sous le coup d'une maladie très-grave.

« Agréez, etc.

« Dr TILLAUX,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

« Paris, 27 mars 1872.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

80. Presbeance. De l'endocardite.
81. Rousseau-Saint-Philippe. De la vésication ; étude physiologique et thérapeutique.
82. Boucly. De quelques complications des fractures de côtes, emphysème et pneumotrhoraux, pneumocèle.
83. Biau. De la paracentèse de l'œil.
84. Foucault. Essai sur les tumeurs des nerfs mixtes.
85. Malinas. De la conservation considérée comme méthode rationnelle de traitement dans les fractures des membres par armes à feu.
86. Legougeux. Des sueurs profuses chez les phthisiques et des moyens employés pour les combattre.
87. Pouchet. Quelques considérations sur l'ictère des femmes enceintes.
88. Ucciani. Des plaies pénétrantes par armes à feu. De l'articulation tibio-tarsienne.
89. Fouilloux. Essai sur le pansement immédiat des plaies d'amputation par le perchlorure de fer.
90. Verdalle. Étude sur l'anatomie pathologique des moignons d'amputés.
91. Henne. Du sommeil naturel.
92. Gerbault. Du cancer épithélial du pénis.
93. Hoingne. Des tumeurs du cerveau.
94. Salivas. Études sur la tache jaune et ses altérations.
95. Herbet. De la rétroversion de l'utérus gravide.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 5 avril 1872, au palais du Luxembourg (Préfecture de la Seine), à 3 h. 1[2 très-précises.

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ;
2° Communication de M. Boinet sur le traitement de la coqueluche ;
3° Lecture de M. Durozier sur les anévrysmes du cœur ;
4° Lecture de M. le docteur Gillette, à l'appui de sa candidature, des tumeurs fibro-plastiques de l'œil.

— La société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 10 avril, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Discussion sur l'enseignement de la policlinique par les médecins des bureaux de bienfaisance ; 2° Nomination d'une commission chargée d'examiner les mémoires envoyés au concours pour le prix fondé par la société.

— M. le docteur Fort commencera ses cours du semestre d'été le lundi 8 avril 1872 (1er et 2e examens de doctorat, 2e et 3e de fin d'année).

1° *Cours d'anatomie.* Deux leçons par jour, l'une à trois heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique; l'autre à cinq heures, dans l'amphithéâtre de M. Auzoux. 116 leçons; le cours se terminera le 15 juin.

2° *Cours de pathologie.* Deux leçons par jour dans l'amphithéâtre de M. Fort, 12, rue du Jardinet ; l'une à une heure, l'autre à quatre heures.

3° *Leçons pratiques de médecine opératoire.* Ces leçons commenceront le mercredi 10 avril, à deux heures, dans le pavillon des professeurs particuliers, n° 7, de l'École pratique, et dureront un mois. Chaque élève, pourvu de sa carte, fera toutes les opérations usuelles de la médecine opératoire (ligatures, amputations et résections).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. DECHAMBRE, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la marine. Le deuxième demi-volume du tome XIIe de la première série et le premier demi-volume du tome Ve de la deuxième série sont en vente. Ils contiennent les principaux articles suivants : *Carcinome*, par M. Hénoque ; *Cardiographes*, par M. Marey ; *Carie*, par M. Ollier ; *Carie des dents*, par M. Magitot ; *Caroncule lacrymale*, par M. Testelin ; *Carotide*, par M. Léon Le Fort ; *Cartilage*, par MM. Legros et Robin ; *Casernes*, par M. Boisseau ; *Mariage*, par M. Bertillon ; *Maternités*, par M. Brochin ; *Maxillaires*, par MM. Hénoque, Gillette et Guillon. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau ; de Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon ; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chereau et Montanier. — Prix de chaque demi-volume : 6 fr. — Paris, 1872. P. Asselin et V. Masson et fils.

Les microzymas : ce qu'il faut en penser, par le docteur CAIZERGUES. — 1 vol. in-8° accompagné de 5 planches microscopiques. Prix : 3 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

Report on Barracks and Hospitals with descriptions of military posts. Circulaire n° 4 du ministère de la guerre des États-Unis.

Considérations sur la chirurgie des aliénés, par le docteur Jules Decorse, interne de la Maison des aliénés de Charenton. Gr. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — P. Asselin.

Essai sur les phénomènes morbides de la pression intra-oculaire, par le docteur A. Piéchaud. — Gr. in-8° avec figures. Prix : 3 francs. — H. Lauwereyns.

Du Haschisch. Étude clinique, physiologique et thérapeutique, par le docteur Tillard, ancien interne des Hôpitaux de Paris. — In-8°. Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13

N° 40. — SAMEDI 6 AVRIL 1872. 43e ANNÉE. SAMEDI 6 AVRIL 1872. — N° 40.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

Depuis le 1er avril, les bureaux du journal sont transférés rue des Saints-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Maladie du bulbe rachidien. De la température dans l'urémie comparée avec la température dans l'éclampsie puerpérale. — Contributions de l'électricité à la thérapeutique des maladies des appareils urinaire et génital (M. Mallez). — Société de chirurgie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Maladies du bulbe rachidien (1).

Des traités plus ou moins complets ont été publiés sur les maladies du cerveau, de la protubérance annulaire et de la moelle épinière. Quant aux maladies du bulbe rachidien, il existe bien dans la science un certain nombre d'observations; mais elles manquent pour la plupart de détails, et n'ont été jusqu'à présent l'objet d'aucun travail d'ensemble.

M. Bourdon ayant pu réunir plusieurs faits cliniques inédits assez complets, et dont quelques-uns ont été observés par lui, les a joints à ceux qui étaient déjà connus, et a rassemblé ainsi des matériaux qui pourront servir plus tard à constituer une pathologie du bulbe.

Les faits ont été divisés en trois groupes : Dans le premier sont rangés ceux dans lesquels les altérations anatomiques intéressent la région antérieure de l'organe. Ce sont, d'abord, des sections ou des déchirures, soit par causes traumatiques, soit par hémorrhagie spontanée. Il en résulte ou une mort subite, ou une hémiplégie qui est ordinairement croisée, mais qui peut être directe lorsque la lésion a un siége déterminé.

Quand les éléments nerveux ne sont que dégénérés, détruits en partie ou simplement comprimés, on voit apparaître des troubles de la motilité de formes très-diverses : ce sont tantôt du tremblement choréiforme, se montrant exclusivement pendant les mouvements volontaires, tantôt un tremblement rhythmé continu, tantôt des contractures intermittentes, des spasmes convulsifs, ou de véritables crises épileptiques. Tous ces phénomènes pathologiques ont néanmoins ceci de commun, qu'ils occupent les quatre membres, le tronc et la face, qu'ils s'étendent quelquefois à la langue, au voile du palais et même aux organes de la respiration; qu'enfin ils ne s'accompagnent d'aucun trouble de la sensibilité, des sens ou de l'intelligence.

Dans ces cas, il n'y a plus interruption du passage de l'influx nerveux, comme avec les solutions de continuité; il y a seulement, soit transmission incomplète ou intermittente des incitations motrices, soit excitation morbide des éléments nerveux.

A côté de ces observations se trouvent trois faits dans lesquels, avec une destruction plus ou moins complète des deux pyramides antérieures et des corps olivaires, il ne s'est pas montré de désordres de la motilité du côté des membres.

M. Bourdon explique l'absence de ces symptômes en se basant sur les travaux de Stilling et de Lockhart Clarke, vérifiés par les recherches icono-photographiques de M. Duchenne (de Boulogne). Il est établi aujourd'hui, grâce à ces anatomistes, que les pyramides antérieures ne sont pas, comme on le croyait autrefois, le prolongement des cordons antérieurs de la moelle, mais qu'elles sont formées par des fibres qui viennent des parties centrales et postérieures du bulbe. Si l'on songe qu'au-dessous des pyramides et dans le centre de l'organe, il existe des cellules reliées les unes aux autres par des prolongements supérieurs et inférieurs, de façon à former une chaîne verticale non interrompue; qu'il y a aussi entre ces cellules des fibres nerveuses longitudinales, et que celles-ci sont très-nombreuses sur les côtés, où elles représentent les cordons latéraux antérieurs de la moelle, on comprend que tous ces éléments, s'ils ne sont pas altérés, puissent servir à la transmission des incitations motrices, alors que les parties antérieures du bulbe sont détruites même complétement, comme dans le cas cité par Velpeau.

Dans un second groupe, M. Bourdon a réuni les faits dans lesquels les altérations sont plus centrales et se rapprochent du plancher du quatrième ventricule. Les anatomistes cités plus haut ont découvert dans ces régions de petites masses de cellules formant les noyaux d'origine des nerfs hypoglosse, spinal supérieur, facial et pneumogastrique. Toute lésion qui atteint ces centres nerveux doit amener des troubles fonctionnels des organes placés sous leur dépendance. C'est en effet, d'après les importantes recherches microscopiques de M. Charcot, la dégénérescence atrophique de ces noyaux cellulaires qui caractérise anatomiquement la paralysie labio-glosso-laryngée.

M. Bourdon, après avoir rappelé la description de cette lésion, encore peu connue, fait remarquer qu'elle occupe exclusivement les noyaux d'origine de plusieurs nerfs qui sont associés pour l'accomplissement de certains actes fonctionnels, comme l'arti-

(1) Analyse du mémoire lu à l'Académie de médecine sur ce sujet, par M. le docteur H. Bourdon.

culation des mots, la déglutition et la phonation. Il indique que la dégénérescence progresse de bas en haut, ainsi que l'apparition successive des phénomènes paralytiques le faisait présumer, et explique, avec M. Duchenne (de Boulogne), que la lésion ne peut franchir les limites du pneumogastrique sans amener la mort par arrêt de la respiration.

L'auteur expose ensuite que l'ensemble symptomatique qu'offre la paralysie labio-glosso-laryngée peut être lié à d'autres lésions que l'atrophie des cellules formant les noyaux d'origine des nerfs bulbaires, par exemple, le ramollissement, qu'il survienne spontanément ou sous l'influence d'une oblitération des artères vertébrales, comme dans les deux observations d'embolie de M. Proust.

Des tumeurs placées en dehors du bulbe, des exsudats méningitiques, peuvent comprimer l'organe et déterminer les mêmes lésions. Mais dans tous ces cas, la marche de la paralysie labio-glosso-laryngée n'est plus régulière; de plus, tôt ou tard, il survient des paralysies de nerfs qui ne sont pas ordinairement atteints dans la maladie décrite par M. Duchenne (de Boulogne).

Dans un troisième groupe, sont placés les faits dans lesquels les parties postérieures du bulbe sont altérées. Ces parties représentant les régions correspondantes de la moelle épinière, on devait s'attendre à ce que leurs lésions fissent naître des troubles de la sensibilité et de la coordination des mouvements.

Déjà, dans ses recherches sur l'ataxie locomotrice, M. Bourdon avait été frappé de voir apparaître au milieu des symptômes ordinaires de la maladie, des phénomènes insolites vers le pharynx, le larynx et les organes de la respiration, alors que la dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle s'étendait aux corps restiformes.

M. le docteur Féréol a fait de ces phénomènes nerveux, qu'il appelle laryngo-bronchiques, le sujet d'un travail très-intéressant; il les rattache à une lésion du bulbe; mais il ne peut citer qu'une autopsie, celle de l'observation de M. Cruveilhier, que M. Bourdon avait déjà rapportée comme exemple de sclérose de la moelle s'étendant à la région bulbaire.

Arrivant au diagnostic, l'auteur reconnaît que s'il est assez facile à établir pour les maladies des régions centrales et postérieures du bulbe, les symptômes qui s'y rattachent étant très-caractérisés, il n'en est plus de même pour les maladies des régions antérieures. Celles-ci renfermant les éléments nerveux chargés de transmettre du cerveau aux organes de la locomotion les incitations motrices, il est naturel qu'on observe les mêmes désordres de la motilité, d'une part, dans les maladies de la moelle, de l'autre, dans les affections de la protubérance annulaire et des pédoncules cérébraux.

Vient ensuite le diagnostic différentiel entre les maladies du bulbe et celles de ces divers organes. A propos des symptômes communs qui se rattachent aux altérations de la protubérance, M. Bourdon fait observer qu'il s'y joint ordinairement des paralysies de nerfs autres que ceux qui émanent du bulbe, par exemple, l'auditif, le moteur oculaire externe, le trijumeau; qu'on observe, en même temps, le nystagmus, quelquefois de la glycosurie, de l'albuminurie et fréquemment, d'après M. Larcher, du désordre dans les facultés intellectuelles, tous symptômes qui n'appartiennent pas aux maladies du bulbe (1).

Lorsque les altérations anatomiques portent sur les pédoncules cérébraux dont les faisceaux longitudinaux se divisent et se séparent, pour gagner leur hémisphère correspondant, les désordres du mouvement prennent le caractère unilatéral et l'on voit apparaître la paralysie du nerf moteur oculaire commun et des troubles de la vision, qui dépendent, soit de l'extension de la lésion aux tubercules quadrijumeaux, soit d'une excitation de ces organes.

M. Bourdon, en terminant, fait remarquer que la paralysie de tel ou tel nerf encéphalique, venant s'ajouter à des symptômes communs à plusieurs maladies, est susceptible de jeter une vive lumière sur le diagnostic différentiel. Ces nerfs, en effet, étant échelonnés à leur origine sur la partie supérieure de l'axe spinal, depuis l'extrémité inférieure du bulbe jusqu'à et y compris les pédoncules cérébraux, leur paralysie peut indiquer plus ou moins exactement le point où se trouve la lésion anatomique.

Seuls les nerfs olfactif et optique font exception et naissent du cerveau; aussi, la paralysie de ces nerfs n'a-t-elle été notée dans aucune des observations que renferme ce travail.

De cette étude, l'auteur croit pouvoir conclure que si les lésions des parties antérieures du bulbe rachidien ne se traduisent pas

(1) A l'occasion de cette proposition, M. le docteur O. Larcher a adressé à l'Académie de médecine, dans la séance qui a suivi celle où M. Bourdon a fait sa lecture, une note *sur les affections de la protubérance annulaire, considérées dans leurs véritables rapports avec les désordres des facultés intellectuelles.* Dans cette note, dont M. O. Larcher a bien voulu nous donner communication, il est dit que l'hémorrhagie du mésencéphale peut, il est vrai, donner lieu à tous les phénomènes de l'apoplexie foudroyante, avec perte de connaissance et anéantissement complet des facultés intellectuelles; mais, ajoute l'auteur (qui se fonde sur les résultats de l'analyse d'un très-grand nombre d'observations [*]), lorsque la lésion ne frappe pas d'un seul coup l'assemblage de tous les vaisseaux conducteurs de la sensibilité et du mouvement, l'intelligence reste toujours intacte. Si les facultés intellectuelles étaient atteintes d'avance, elles ne le sont pas davantage par la nouvelle lésion; et, si ces facultés sont plus ou moins compromises, c'est qu'il existe quelque lésion des hémisphères cérébraux, en même temps que l'hémorrhagie du mésencéphale. Il n'y a donc pas lieu de ranger les troubles des facultés intellectuelles parmi les conséquences des hémorrhagies de la protubérance; puisque, lorsque ces hémorrhagies ne sont pas assez étendues pour anéantir en même temps toute autre manifestation de la vie, elles respectent toujours l'intelligence.

Dans le ramollissement de la protubérance, — où s'observe (comme dans l'hémorrhagie) une apoplexie foudroyante, si la lésion est centrale et très-étendue, — il n'est pas étonnant que les fonctions intellectuelles soient en même temps anéanties. Mais, en revanche, le ramollissement n'entraîne-t-il que l'apparition des phénomènes paralytiques limités (s'il n'existe pas, en même temps, dans une partie quelconque du reste de l'encéphale, une lésion qui, antérieurement ou simultanément, ait exercé ou exerce encore une dépression sur les fonctions intellectuelles), nous voyons, dans tous les cas, l'intelligence être conservée, quelquefois jusqu'au dernier moment, ou, au moins, au début des accidents et pendant la plus grande partie de leur durée. Aussi, dans un cas où la malade avait succombé assez rapidement avec les signes d'un ramollissement encéphalique, Trousseau avait-il, avant l'autopsie, fort justement placé dans la protubérance le siége de ce ramollissement, en se fondant sur l'absence de troubles intellectuels, d'une part, et, d'autre part, sur ce fait, que si à défaut du cerveau, il pouvait s'agir du bulbe rachidien, la mort eût été beaucoup plus rapide.

Si l'on s'en rapportait aux simples indications fournies par la statistique, les malades atteints de tumeurs de la protubérance seraient, dans une proportion assez considérable (13 fois sur 26), atteints aussi de désordres dans les fonctions intellectuelles. Mais, dit M. Larcher, nous devons ajouter que, dans toutes les observations que nous avons pu analyser, ces désordres pouvaient toujours être attribués à une altération concomitante de quelque point du cerveau, ou bien au volume considérable de la tumeur et à la pression qu'elle avait pu (en raison de ce volume) exercer sur les hémisphères cérébraux eux-mêmes.

En somme, selon M. Larcher, si les lésions de la protubérance sont *quelquefois* accompagnées de troubles intellectuels, l'analyse des faits (conformément à une remarque déjà ancienne) prouve que, dans un grand nombre de cas, on constate l'intégrité de l'intelligence, alors même que l'organe est atteint des lésions les plus graves.

M. Larcher ajoute, en terminant, que cette conclusion générale, fournie par la clinique, est d'accord avec les enseignements de la physiologie et avec les résultats de nombreuses autopsies d'aliénés, pour nous permettre de croire que les fonctions intellectuelles sont indépendantes du pont de Varole.

[*] Voy. O. Larcher, *Pathologie de la protubérance annulaire*, 2e édition. Paris, 1868. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Paris.

par des symptômes assez caractéristiques, pour conduire par eux-mêmes au diagnostic; si l'on doit, pour y arriver, s'appuyer encore sur d'autres considérations puisées en dehors de ces symptômes; par contre, les altérations des parties centrales et postérieures de cet organe déterminent des symptômes assez pathognomoniques pour permettre de les diagnostiquer d'une manière presque certaine.

De la température dans l'urémie comparée avec la température dans l'éclampsie puerpérale.

M. le docteur Bourneville s'est livré à une série de recherches sur ce sujet, dont il a exposé les résultats dans un mémoire communiqué à la Société de biologie et inséré dans le *Mouvement médical*. Nous empruntons à cette publication les conclusions qui résument ces recherches.

Des faits cités dans la première partie de ce travail ressortent les renseignements suivants :

L'urémie s'accompagne d'un abaissement considérable de la température ;

Cet abaissement s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale ;

Aussitôt après la mort, l'abaissement thermométrique atteint son maximum.

— Dans l'état de mal éclamptique, la température s'élève depuis le début jusqu'à la fin ;

Dans les intervalles des accès et le coma persistant, la température se maintient à un chiffre élevé et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle.

Enfin, si les accès disparaissent, et si le coma diminue ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement ; si, au contraire, l'état de mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé.

— Si l'on met en regard les uns des autres les tracés thermométriques obtenus dans l'éclampsie puerpérale et dans l'urémie, on découvre entre eux un contraste frappant.

Au début, on note une élévation de la température dans l'éclampsie puerpérale et un abaissement de la température dans l'urémie.

Dans le cours de l'état de mal éclamptique, la température s'élève de plus en plus, à partir de l'éclosion des accès, et avec une assez grande rapidité, tandis qu'elle baisse progressivement dans le cours de l'urémie.

Ces différences s'accentuent encore aux approches et au moment de la mort : dans l'éclampsie, la température arrive à un chiffre très-élevé (41°) ; — dans l'urémie, au contraire, elle descend très-bas, bien au-dessous du chiffre normal (28°,1).

CONTRIBUTIONS DE L'ÉLECTRICITÉ
A LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES APPAREILS URINAIRE ET GÉNITAL (1)

Par M. le docteur MALLEZ.

L'*incontinence d'urine* est peut-être, de toutes les affections fonctionnelles de l'appareil urinaire, celle dans laquelle la médication électrique a donné les succès les plus complets et les plus constants.

Nous avons dit qu'elle avait été traitée avec succès par l'électrisation au moyen des machines à frottement, des étincelles étant tirées le long du raphé et près de la symphyse du pubis. Les insuccès de Guersant essayant la galvanisation discontinue doivent être attribués à son procédé opératoire éminemment défectueux ; il employait comme excitateur des fils métalliques. Fabré-Palaprat fut plus habile et plus heureux. Duchenne, Michon, Benoist, Tripier, ont employé et recommandé la faradisation. Ce dernier la donne comme d'une efficacité certaine dans une forme d'incontinence qu'il a le premier signalée : celle qui survit aux autres accidents de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance (V. Nardin, *Thèses de Paris*, 1864). Michon agissait par la vessie et le rectum ; Tripier, sur l'hypogastre et le périnée ou le rectum.

J'ai, contre ce symptôme, employé avec succès le courant continu (*Soc. de méd. pratique*, 1863). Excitateur uréthral isolé, positif ; circuit fermé sur la cuisse ; séance de deux à cinq minutes ; pile de six éléments moyens.

Dans les cas où l'on se trouve empêché d'agir par l'urèthre, j'emploie comme excitateur positif un bouton mouillé appliqué au périnée, le circuit étant toujours fermé sur la cuisse. Par ce dernier procédé, le résultat est plus lent à obtenir ; douze séances m'ont été quelquefois nécessaires.

Dans les *états spasmodiques* de la vessie, j'évite la galvanisation par un cathéter, me contentant de diriger, au moyen d'excitateurs extérieurs humides, le courant du périnée aux lombus.

L'efficacité de la faradisation contre un grand nombre d'états douloureux, les uns définis, tels que ceux qui accompagnent certaines phlegmasies apyrétiques, le rhumatisme, certains traumatismes (contusions, entorses), les autres non encore rattachés à leur cause et compris sous la dénomination générale de *névralgies*, devait conduire à appliquer ce moyen aux *névralgies* de l'appareil urinaire.

Les douleurs sourdes du catarrhe vésical sont combattues avec avantage par la faradisation à l'aide d'excitateurs humides appliqués extérieurement au périnée et à l'hypogastre. On doit faire usage, dans ces cas, de courant à basse tension. Séances de 3 à 5 minutes.

Aux névralgies de l'urèthre, on a opposé tantôt le même procédé de faradisation, faisant usage d'une bougie métallique isolée jusqu'à quelques centimètres de son extrémité libre et fermant le circuit sur la verge par un excitateur humide, tantôt le procédé par *révulsion*, promenant deux excitateurs sur la peau de la verge, au niveau de la partie douloureuse. Dans le premier cas, la fadarisation doit durer de trois à cinq minutes ; dans le second, de une minute à une minute et demie, avec des courants de haute tension.

Dans la névalgie uréthrale chez la femme, Tripier pratique la révulsion dans l'urèthre même au moyen d'un excitateur double qui n'est autre qu'une sonde de femme séparée en deux lames que relie une plaque isolante en ivoire ou en caoutchouc durci. Les surfaces muqueuses étant plus vivement affectées dans leur sensibilité par les courants de basse tension, c'est à ceux-ci qu'il s'adresse pour opérer cette révulsion sur place.

Dans l'*orchite*, MM. Chéron et Moreau-Wolf ont appliqué la galvanisation avec les résultats les plus satisfaisants. L'électrode positive aboutissant à un excitateur scrotal humide, l'excitateur négatif est appliqué aussi haut que possible sur le trajet

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 mars 1872.

des vaisseaux spermatiques. Avec un courant moyen comme intensité et comme tension, une application quotidienne de dix minutes procure la guérison de l'orchite en une semaine en moyenne, sans que le malade soit dans la nécessité d'interrompre ses occupations si celles-ci ne sont pas trop pénibles. Nous avons appliqué souvent ce procédé de traitement de l'orchite avec les mêmes résultats.

La résolution de l'*hydrocèle* a été depuis longtemps demandée au galvanisme. On était parti de cette idée que, le courant de la pile opérant la décomposition des liquides, les épanchements de la tunique vaginale pourraient être transformés par lui en produits gazeux, qui disparaîtraient ensuite par un mécanisme qui restait indéterminé. Le résultat espéré se produit quelquefois, mais par un mécanisme nécessairement autre que celui qu'on avait supposé, puisque la résolution opérée par un courant donné fait disparaître une quantité de liquide très-supérieure à celle que ce courant serait capable de décomposer, puisque les courants d'action, sans action chimique appréciable, déterminent aussi de ces résorptions. La résolution de l'hydrocèle est donc le fait de modifications circulatoires obtenues à la fois directement de l'action du courant, et indirectement par voie de révulsion.

Le courant continu, efficace dans une certaine mesure quand il est appliqué au moyen d'excitateurs non pénétrants, l'est davantage lorsqu'il est conduit directement au liquide par des aiguilles métalliques. Il y a donc ici galvanisation, révulsion et application temporaire d'un séton.

Comptant avant tout sur la modification des phénomènes circulatoires pour opérer la résorption de l'épanchement, et sachant pouvoir l'opérer sans pénétrer dans la tumeur, et avec des courants d'induction, Tripier emploie ceux-ci contre l'hydrocèle. Des résultats inégaux l'ont conduit à cette conclusion, que le procédé par faradisation non pénétrante, très-satisfaisant au point de vue des résultats immédiats, laisse peut-être plus de chances à la récidive que les applications faites avec des aiguilles pénétrantes; enfin, que la faradisation superficielle par des excitations humides et la faradisation sèche révulsive se disputent la supériorité, sans qu'il soit actuellement possible d'établir quels cas réclament l'une plutôt que l'autre.

Se fondant sur la grande quantité des éléments musculaires qui existent dans la prostate et sur l'importance que prend, dans les engorgements de cet organe, la difficile évacuation du contenu de ses glandes, Tripier a proposé (*Académie des sciences*, 1859) de traiter l'*hypertrophie prostatique* par la faradisation; il recommandait cette méthode comme un traitement orthopédique indirect. Une observation publiée en 1861 témoigne d'une façon décisive en faveur du procédé. Le traitement est long, comme il était facile de le prévoir; mais, dans le cas cité, le résultat est extrêmement net. Le sujet était âgé de 45 ans; obtiendrait-on les mêmes succès chez les vieillards? On agit par un excitateur uréthral, longue bougie métallique rigide, isolée jusque vers son extrémité libre, et par un excitateur rectal olivaire. Les séances quotidiennes ou faites tous les deux jours duraient dix minutes; l'auteur trouve aujourd'hui cette durée trop longue de moitié. Un fait intéressant noté dans ces opérations est que la tolérance de l'urèthre pour la bougie est parfaite tant que dure la faradisation, alors qu'elle est très-difficile avant le passage des courants et aussitôt après.

Lorsque Middeldorpf publia la monographie qui popularisa la galvanocaustique thermique, Fabri-Palaprat, Récamier et Pravaz, Heider, Crusell, Hilton, Sedillot, J. Marshall, Amussat avaient appliqué cette méthode à la plupart des opérations dans lesquelles elle peut être utile. Désireux de ne pas s'en tenir au rôle de compilateur, l'auteur allemand étendit le champ des opérations possibles par cette methode et lui demanda des applications dont quelques-unes méritaient d'être immédiatement rejetées. De ce nombre fut la cautérisation des points rétrécis de l'urèthre par un fil métallique porté à la température rouge. Nous n'insisterons pas sur l'insuffisance et les dangers trop évidents de cette opération.

Tout autres sont les moyens et le but de la galvanocaustique chimique, qui, sans élévation de la température, donne des cautérisations potentielles acides ou alcalines à volonté.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend : Les journaux de la semaine; — La *Gazette médicale de Strasbourg*.

— Note sur les appareils du docteur Beau (de Toulon) pour les fractures compliquées de la jambe et du cou-de-pied.

— *Vertebrated prostatic catheter*, by T. H. Squire (de New-York). Note de quatre pages.

M. le docteur Clément d'Aigues-Mortes envoie à la Société une observation de kyste du foie (Commission : MM. Guérin, Blot et Boinet).

M. Clément demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Hergott (de Strasbourg), membre correspondant, assiste à la séance.

COMMUNICATION

Arrachement d'un pied avec arrachement des tendons et muscles de la jambe et du nerf tibial postérieur. M. DEBROU, membre correspondant, adresse une observation sur ce sujet. (*Sera publié.*)

DISCUSSION
(Suite.)

Sur l'action des courants continus et des courants induits sur les paralysies musculaires. — M. BOUVIER. M. Le Fort attribue au courant continu ou direct une plus grande puissance qu'au courant induit pour réveiller la nutrition des muscles. Il admet une différence de degré dans l'action des deux courants électriques et c'est le courant continu qu'il tient pour le plus puissant; je viens m'inscrire contre cette proposition.

Depuis longtemps on se sert des courants induits, sous le nom de faradisation. Les chirurgiens américains, en 1868, ont préconisé cette thérapeutique pour les paralysies consécutives aux plaies de guerre, et ils ont dit qu'ils avaient aussi obtenu une meilleure nutrition, plus de sensibilité et plus de force dans les muscles.

M. Duchenne (de Boulogne) a cité, dans les trois éditions de son livre, des faits très-concluants en faveur de l'électricité à l'aide des appareils à induction. Un malade entre autres, que j'ai revu hier, 20 ans après le traitement, est un très-bel exemple de l'efficacité des courants induits. A l'âge de 20 ans, ce malade avait eu une plaie du nerf cubital, à la suite de laquelle était survenue une paralysie des interosseux et la production de la griffe caractéristique indiquée par M. Duchenne, puis l'atrophie des espaces inter-digitaux. Au bout de deux mois, la nutrition reparaissait dans les muscles, puis, après quatre mois encore, la greffe disparaissait; au bout

d'un an, les mouvements étaient revenus et il ne restait de la maladie qu'un peu d'atrophie des espaces inter-digitaux des deux derniers métacarpiens, et l'écartement des doigts pendant leur extension; les veines avaient aussi repris leur développement.

(M. Bouvier montre deux moules indiquant l'état de la main au moment de l'application du traitement et un an après).

J'ai revu notre ancien malade hier, et depuis 19 ans il n'avait pas gagné davantage. Il est incontestable que le malade a obtenu de bons effets de la faradisation. Peut-être on dira que la cicatrisation régulière du nerf blessé a pu s'effectuer pendant l'application de l'électricité, mais ceci peut être dit pour toute espèce de traitement.

Je citerai encore un cas du docteur Bouland : un jeune Brésilien avait une paralysie des interoseux datant de 10 ans; le malade fut faradisé à Paris, il eut de suite une amélioration; de retour dans son pays, il continua l'électricité, mais il passa par des alternatives de rechutes et d'améliorations, suivant qu'il avait recours à l'électricité ou qu'il ne faisait plus rien.

Je ne récuse pas les succès obtenus par les courants continus, dont parle M. Le Fort, mais j'affirme, d'après ses faits et d'après d'autres connus, qu'il est impossible d'établir qu'il y a une différence entre l'action des courants directs et des courants induits sur la nutrition des tissus. Il y a des faits de Aran et de M. Broca, où l'électricité par les courants continus a été employée sans succès plus marqués que ceux obtenus par la faradisation. D'autre part, il faut se rappeler que les effets chimiques des courants continus sont plus défavorables, à certains égards, que la faradisation. On se rappelle une observation d'Hiffelsheim, rapportée par M. Duchenne (de Boulogne), où l'électrisation avait produit de petites eschares sur le front sans guérir les accidents cérébraux, contre lesquels l'électrisation était dirigée; d'autre part, il y a une supériorité en faveur des courants continus, surtout lorsqu'il s'agit d'appliquer l'électricité aux femmes nerveuses et aux enfants. Aran, en effet, avait pu électriser à l'aide des courants continus un enfant pendant son sommeil.

M. LE FORT. Quelques-uns de mes collègues ont pu penser que je passais sous silence les travaux de M. Duchenne (de Boulogne). Je ne voudrais pas que l'on crût que je l'ai fait à dessein. Mes études portaient sur un autre point que les siennes, et voilà pourquoi je l'ai peu cité. Je sais parfaitement qu'on ne peut pas établir d'une manière absolue quand il faut employer les courants continus ou les courants induits.

Cependant, je répondrai à M. Bouvier qu'il y a un fait positif : les courants induits placés sur les muscles les tétanisent ou ne produisent rien, et, dans le cas où la faradisation ne produit aucune action sur les muscles, les courants continus y réveillent des contractions alors que les courants induits sont impuissants.

L'action des courants continus sur les tissus *paraît être* différente de l'action des courants induits. Si les courants induits font développer le muscle par une sorte de gymnastique, c'est-à-dire l'exercice du muscle, qui est tout à fait analogue à l'exercice de la gymnastique ordinaire, les courants continus, là où la faradisation est impuissante, font rétrogader la dégénérescence graisseuse des muscles. Il se passe ici des phénomènes nutritifs.

Ce que j'ai fait, c'est une étude de l'action des courants continus longtemps prolongés. On a vu des résultats obtenus par Remak avec sa pile à grands et nombreux éléments; j'ai essayé de remplacer les nombreux éléments par deux ou trois seulement et d'en tirer des courants faibles mais longtemps continués.

M. GIRAUD-TEULON. M. Bouvier a cité des faits en faveur des effets nutritifs de la faradisation, mais les effets ont-ils été les mêmes sur le rétablissement des fonctions du muscle ? Quels résultats ont été obtenus? Pour ma part, pour ce qui est des muscles de l'œil, je tiens la faradisation pour impraticable. Nous sommes en présence de deux écoles et de deux théories opposées. Les faits sont soumis à l'étude, et j'en ai fourni qui prouvent que les courants continus agissent vite sur le muscle de l'œil et que la nutrition de cet organe est influencée par ce mode d'application de l'électricité.

M. DUBRUEIL. L'électricité par les courants continus a des effets appréciables que ne saurait avoir la faradisation; dans les contractures, par exemple, autrefois on électrisait les antagonistes. Dans le cas de contracture que j'ai cité dans la dernière séance, le courant continu descendant a immédiatement obtenu la résolution des muscles. Dans un cas de tétanos grave, j'ai obtenu aussi, avec M. Onimus, la résolution de tous les muscles contracturés par le moyen des courants continus.

M. BOUVIER. Pour répondre à M. Giraud-Teulon, je dirai que les mouvements sont revenus avec les phénomènes de nutrition; les uns ne marchèrent pas sans les autres, chez les malades traités par la faradisation dont j'ai cité l'observation.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 16 mars 1872, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : MM. Isnard (Jean-Augustin), ancien médecin en chef de l'hôpital de Metz : officier du 28 décembre 1859; 37 ans de services, 9 campagnes.

Reboul (Louis-Jules), directeur de l'asile national de Vincennes : officier du 14 août 1862.

Au grade d'officier : MM. Bécourt (Philippe-Joseph-Gustave), chirurgien en chef de l'ambulance du Grand-Orient, à Paris : chevalier du 8 mai 1846.

Dagneau de Jumigny (Paul-Isidore), médecin en chef de l'hôpital civil de Bourges : chevalier du 10 juillet 1862.

Debrou (Toussaint), chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans : chevalier de 1866.

Fleury (Jean-Baptiste), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand : chevalier de 1858.

Gros (Léon), médecin de l'ambulance du chemin de fer du Nord et autres ambulances, à Paris : chevalier de 1864.

Lombard (Nicolas), médecin à l'ambulance des Jeunes-Aveugles, à Paris.

Rodet (Henri-Jean-Antoine), directeur de l'école vétérinaire de Lyon : chevalier du 5 août 1857.

Tessereau (Auguste), médecin aux ambulances des Lazaristes et de la rue du Bac, à Paris : chevalieur du 16 avril 1850.

Au grade de chevalier : MM. Anger (Benjamin-René-Henri), médecin à l'ambulance des Petits-Ménages, à Issy.

Angot (Ernest), médecin à Laval.

Belhomme (Lucien), médecin des ambulances de Lourcine et d'Ivry.

Bergeon (Léon), chirurgien-major de l'ambulance volante du Bourbonnais, attaché à la 1re division d'infanterie du 15e corps d'armée.

Besnier (Ernest-Henri), médecin aux ambulances de la Presse.

Bonnefond (Louis-Bernard-Auguste), médecin à l'hôpital de Longwy.

Bravais (Henri-Victor), médecin attaché à la 2e ambulance lyonnaise.

Brouardel (Paul-Camille-Hipppolyte), médecin requis, chef de l'ambulance de la rue Sainte-Marie, 5, à Grenelle.

Bruch (Édouard), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise.

Buisson (Adrien-Stanislas), médecin chargé du service de santé militaire à Évreux.

Caresme (Aimé-Albert), médecin major auxiliaire au 60e régiment de marche, médecin adjoint de la compagnie des chemins de fer de l'Est.

Cazenave de la Caussade (Jean-Jacques), médecin au comité de secours aux blessés militaires dans la Gironde.

Cazin, médecin à Boulogne-sur-Mer.

Chapplain, chirurgien en chef de l'hôpital de Marseille.

Crespy (Vincent), médecin à Metz.

Crolas (Ferdinand), pharmacien de 1re classe, attaché à la 1re ambulance lyonnaise.
Culmann, médecin à Forbach.
Degott (Eugène), médecin attaché aux ambulances du polygone et de la Maternité, à Metz.
Dime (François), ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Dourif (Guillaume-Henri), médecin à Clermont-Ferrand.
Dusseris (François-Adolphe), médecin à diverses ambulances, à Paris.
Ehrmann (Jules), chirurgien de l'hôpital de Mulhouse.
Féréol (Louis-Félix-Henri), médecin à l'hospice de la Charité et à l'ambulance de la rue de Sèvres, à Paris.
Fesq (Antoine), médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac.
Fiaux (Félix-Gaspard), médecin à l'ambulance de la rue de Penthièvre, à Paris.
Firmin (François), médecin attaché à l'ambulance de l'Hôtel-Dieu de Paris.
Galezowski (Xavier), médecin à l'ambulance de Saint-Gervais, à Paris.
Guichard (Pierre), médecin aux ambulances de la Société de secours aux blessés, à Paris (pour prendre rang du 15 octobre 1870).
Lacour (Antoine), médecin aux ambulances de Lyon.
Lahillonne, ancien capitaine d'artillerie, médecin à Pau.
Lafabrègue (Pierre-François-René), directeur à l'Assistance publique, à Paris.
Lancereaux (Eugène), médecin à l'hôpital de Penthièvre, à Paris.
Laroyenne, second chirurgien de la 1re ambulance lyonnaise.
Laugier (Maurice), chirurgien aux ambulances volantes des armées du Rhin et de Paris.
Lazard (Félix), rabbin, aumônier de l'armée du Rhin.
Ledru (Eugène), médecin à l'hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.
Lemaire (Louis), médecin à l'ambulance du Louvre, à Paris.
Le Plé (Amédée), médecin-major de la garde nationale mobile de la Seine-Inférieure.
Leriche (Alexandre), ex-médecin militaire, attaché à diverses ambulances à Paris.
Levrat (Francisque), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise.
Lombard, médecin-major de 2e classe du corps de l'artillerie de l'armée des Vosges.
Lortet (Louis), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise.
Marcet (Adolphe), médecin à l'ambulance du Mont-Valérien.
Maury (Charles-Eugène-Amédée), chef de bureau à l'administration de l'Assistance publique.
Morel (Achille), médecin de l'Hôtel-Dieu de Nogent-le-Rotrou (Eure-et-Loir).
Pernot (Charles), médecin attaché à la première ambulance lyonnaise.
Quarante (Pierre-Lucien), médecin à Metz.
Rémy (Louis-Benoît), maire et médecin de Saint-Avold.
Revillout père (Victor), médecin aux ambulances du 7e arrondissement de Paris.
Revillout fils (Victor-Alfred), médecin aux ambulances des Missions étrangères, à Paris.
Sadoul (Louis), médecin cantonal à Wœrth.
Schaach (Jean-Baptiste), médecin attaché à la 2e ambulance lyonnaise.
Schneider (Félix), médecin attaché aux ambulances de Thionville.
Souligoux (Michel-Léon), médecin à Vichy.
Tarnier, chirurgien à la Maternité, attaché à plusieurs ambulances, à Paris.
Viennois (Alexandre-Louis), médecin attaché à la 1re ambulance lyonnaise.
Vio-Bonato, médecin attaché à l'ambulance du Théâtre-Italien, à Paris.

— Hier, jeudi, a eu lieu à la Sorbonne la séance générale qui clôt la réunion des délégués des sociétés savantes des départements. Les récompenses suivantes ont été accordées :

Médailles d'or : MM. Grenier (Charles), professeur à la Faculté des sciences de Besançon. Travaux de botanique.—Grandidier (Alfred). Voyages scientifiques à Madagascar. — Houzeau, professeur à l'école des sciences et lettres de Rouen. Travaux sur l'ozone.

2° *Médailles d'argent* : MM. Boussinesq, professeur au collége de Gap. Travaux de mécanique mathématique. — Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. Travaux de médecine légale. — Faivre, doyen de la Faculté des sciences de Lyon. Travaux de physiologie végétale. — Fromentel, à Gray (Haute-Saône). Travaux de paléontologie. — Reboul, professeur à la Faculté des sciences de Besançon. Travaux de chimie. — Cailletet, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or). Travaux de chimie industrielle. — Mazure, à Bar-le-Duc (Meuse). Travaux sur l'agriculture de la Sologne. — Chautard, professeur à la Faculté des sciences de Nancy. Travaux de météorologie. — Coquelin, à Beauficel (Manche). Travaux de météorologie. — Tassin, à Soissons (Aisne). Travaux de météorologie. — Crova, professeur à la Faculté des sciences de Montpellier. Travaux de physique. — Raoult, professeur à la Faculté des sciences de Grenoble. Travaux de physique. — Mussy, à Montluçon (Allier). Carte géologique de l'Ariége.

Officiers de l'instruction publique : MM. Lejolis (Auguste), président de la Société des sciences naturelles de Cherbourg. Travaux d'histoire naturelle. — Reynaud (Léonce), inspecteur général des ponts et chaussées, directeur des phares. Achèvement de la publication des œuvres de Fresnel.

Officiers d'académie : MM. Boisse, président de la Société de géologie de l'Aveyron, membre de l'Assemblée nationale. Travaux de géologie. — Drouet (Henri), sous-préfet de Vouziers (Adennes). Travaux de Malacologie. — Dupuy (l'abbé), professeur d'histoire naturelle au seminaire d'Auch. Travaux d'histoire naturelle. — Ordinaire-Lacolonge, chef d'escadron d'artillerie. Travaux de mécanique. — Peslin, ingénieur des mines à Tarbes. Travaux de mécanique. — Pomel, membre de la Société de climatologie d'Alger. Travaux d'histoire naturelle.

M. Ollier (de Lyon) a terminé la séance par une lecture sur la greffe animale et la reconstitution des os par le périoste.

— Dans la dernière séance de la Société de médecine légale, ont été nommés :

Membres titulaires : MM. Campenon, substitut au procureur de la République; — Taffe, docteur en médecine; — Molland, médecin des hôpitaux; — Delastre, docteur en droit, avoué à la cour d'appel.

Membres correspondants nationaux : MM. les docteurs Bulard, à Bordeaux; — Vincent, à Guéret; — Zandyck, à Dunkerque; — M. Duplouy, à Rochefort; — Lemariey, à Pont-Audemer; — Audant, à Dax.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de *chirurgie, opérations de taille et lithotritie*, le jeudi 11 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les samedi, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fano, agrégé libre de la Faculté, reprendra ses conférences sur l'Oculistique et la Chirurgie, le samedi 6 avril, à 1 heure, à sa clinique particulière, 14, rue Séguier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Médication topique de l'urèthre. Étude comparative de quelque moyens employés contre les écoulements uréthraux chroniques par le docteur MALLEZ. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Adrien Delahaye.

Essai sur le pansement immédiat des plaies d'amputation par le perchlorure de fer, par le docteur Prosper FOUILLOUX. In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Conférence médicale de Paris. Discussion sur la variole et la vaccine, par les docteurs CAFFE, DALLY, GALLARD, MARCHAL (de Calvi), TARDIEU, REVILLOUT, etc. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

Depuis le 1er avril, les bureaux du journal sont transférés rue des Saints-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques; ligature de la veine jugulaire interne; mort; productions lymphoïdes dans la plèvre, le foie, la rate et le corps des vertèbres (M. Lannelongue).—Traitement de l'héméralopie épidémique par les cabinets ténébreux (M. Netter). — Contributions de l'électricité à la thérapeutique des maladies des appareils urinaire et génital (M. Mallez). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Erratum. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. LANNELONGUE suppléant M. DENONVILLIERS.

Hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques. — Ligature de la veine jugulaire interne. — Mort. — Productions lymphoïdes dans la plèvre, le foie, la rate et le corps des vertèbres.

(Observation recueillie par M. JULES CASTIAUX, interne du service.)

Annette L..., âgée de 58 ans, cuisinière, entre, le 14 novembre 1871, dans la salle Sainte-Rose, n° 6.

Elle présente tous les signes extérieurs d'une constitution robuste, e n'accuse aucune maladie antérieure. Jamais elle n'a eu pendant son enfance de glandes au cou; rien non plus du côté de la gorge, des yeux, des oreilles ou du cuir chevelu. Ses cheveux sont noirs et abondants, son teint est brun.

Plusieurs fois, nous avons voulu savoir si cette femme avait des habitudes alcooliques : les réponses ont toujours été négatives. Pourtant, d'après des renseignements qui nous sont venus après sa mort, il résulte que ces habitudes existaient, et que, sans être excessives, elles n'en avaient pas moins attiré l'attention des personnes chez qui elle servait.

Elle fait remonter le début de sa maladie à quatre mois, époque à laquelle les ganglions du cou ont commencé à s'hypertrophier.

Quand on l'examine de face, on constate un gonflement considérable du côté gauche du cou, commençant sous l'oreille et s'étendant jusqu'à la clavicule, dont il dépasse le niveau. Ce gonflement est formé par une série de bosselures qui ne sont autre chose que les ganglions lymphatiques hypertrophiés, glissant les uns sur les autres, sans adhérence à la peau, indolents et ne présentant aucune fluctuation. Le larynx est rejeté d'un centimètre environ du côté droit, sans présenter de déformation. Ces ganglions forment un épais chapelet. Les uns sont gros comme une petite noix, les autres comme un œuf de poule. Les superficiels, les profonds, tous sont pris et forment une masse qui est venue faire saillie en avant du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien. Ce muscle rejette en arrière la bride de ce côté; ils se sont développés entre lui et le larynx et compriment nécessairement les vaisseaux du cou, comme nous le verrons plus loin. La chaîne ganglionnaire passe, on le sent, sous la clavicule, et on la retrouve dans le creux axillaire correspondant.

Au côté droit du cou, on trouve seulement quelques ganglions malades au-dessus de la clavicule. Il n'y en a point dans l'aisselle correspondante. Les régions inguinales explorées avec soin n'en renferment pas plus.

Nous dirons, pour n'y plus revenir, que le sang, examiné à plusieurs reprises, n'a jamais rien présenté d'anormal. Les globules blancs n'étaient pas plus nombreux qu'à l'état physiologique.

Malgré quelques troubles fonctionnels qui attiraient déjà notre attention, la malade avait un énorme embonpoint. Elle mangeait, causait, ne manquait même pas d'une certaine gaieté. De temps en temps elle faisait des inspirations fréquentes et profondes; la nuit, cette dyspnée augmentait et revêtait parfois la forme d'accès. La voix présentait une raucité remarquable, et parfois la malade ressentait dans le bras gauche quelques fourmillements.

L'auscultation et la percussion ne nous apprenaient rien.

La malade prit de l'iodure de potassium, sans que cette médication imprimât le moindre changement à la marche de la maladie.

Le 21 novembre, M. Lannelongue injecta avec la seringue de Pravaz quelques gouttes de teinture d'iode au centre même des plus grosses tumeurs ganglionnaires. Ces injections, faites dans le but de déterminer un travail de résorption, avaient déjà réussi entre ses mains dans deux cas analogues, mais moins graves : il avait obtenu une amélioration sensible.

Ces injections, renouvelées les 22 et 24 novembre, n'amenèrent aucun résultat.

Chaque jour la maladie faisait des progrès effrayants; le volume des tumeurs du cou augmentait de plus en plus; la dyspnée ne faisait que s'accroître. Le larynx était écarté de 3 centimètres de la ligne médiane. Le sthétoscope, placé sur les premiers anneaux de la trachée, faisait entendre un cornage d'autant plus manifeste qu'on s'éloignait moins du larynx. La respiration devenait de plus en plus difficile. Dans les deux poumons, on entendait de nombreux râles sibilants.

La face était cyanosée; les membres froids et livides.

Il était évident que la malade asphyxiait; que fallait-il faire?

La trachéotomie pouvait bien amener quelque soulagement passager, surtout si l'asphyxie tenait, comme nous le pensions, à une compression du nerf récurrent du côté gauche et peut-être aussi de celui du côté droit, par suite du déplacement considérable du larynx. Mais n'y avait-il pas quelque ganglion comprimant la trachée ou les bronches? Dans ce cas, la trachéotomie serait inutile.

M. Lannelongue se décida à faire une opération plus radicale. Énucléer le plus de ganglions possible afin de permettre au larynx de reprendre sa place habituelle, supprimer la compression des vaisseaux et nerfs du cou, tel fut le but qu'il se proposa.

Le 26 novembre, après avoir endormi la malade, il fit une incision comme on la fait pour la ligature de la carotide primitive.

Après l'incision de la peau et de l'aponévrose, une masse ganglionnaire lobulée vint faire saillie entre les lèvres de la plaie. Une légère incision pratiquée sur l'enveloppe de chacun de ces ganglions permettait de les énucléer avec la plus grande facilité.

Quand la plaie fut un peu dégagée, on put apercevoir la veine jugulaire interne avec ses parois minces et transparentes, se gonflant dans l'expiration et s'aplatissant au point de devenir presque invisible dans l'inspiration.

Les plus grandes précautions furent prises, et il va sans dire que ce vaisseau ne reçut aucune atteinte.

Au-dessous d'elle, on sentait distinctement battre la carotide primitive.

L'extraction ou plutôt l'énucléation de ces ganglions permit au larynx de se rapprocher de la ligne médiane. Malgré cela, M. Lannelongue, enfonçant les doigts profondément du côté du sterno-mastoïdien et de la clavicule, alla chercher plusieurs ganglions. Plusieurs d'entre eux venaient difficilement; dans ces cas, ils étaient encore contenus dans leur gaîne celluleuse, qu'il suffisait d'entamer avec la pointe du bistouri pour les extraire avec la plus grande facilité.

Il en fut ainsi énucléé douze, dont les plus gros atteignaient le volume d'un petit œuf de poule.

Après cette opération, la malade fut pansée et reconduite à son lit. Elle semblait respirer plus facilement; la face était moins livide.

30 novembre. La plaie a bon aspect, elle bourgeonne. L'état général s'améliore; la dyspnée est moindre. L'opération a évidemment produit une amélioration sensible.

Dans la nuit du 4 au 5 décembre, c'est-à-dire neuf jours après l'opération, il se fait une hémorrhagie assez considérable pour imbiber toutes les pièces du pansement. L'interne de garde lève l'appareil, cherche la source de l'hémorrhagie et ne la trouve point.

Quelques heures après, l'hémorrhagie se renouvelle. A la visite du matin, nous enlevons le pansement et nous cherchons attentivement. Pas le moindre suintement. A la partie supérieure seulement se trouve un petit caillot noir adhérent, que nous respectons.

Nous faisons un pansement méthodique avec de la charpie et des rondelles d'amadou, le tout maintenu par une pression suffisante.

Le lendemain matin 6 décembre, l'hémorrhagie ne s'était pas renouvelée. Le soir, deux heures après la visite, l'écoulement reparaît, peu considérable et ne nécessite aucune intervention.

7 décembre. Deux hémorrhagies abondantes.

8 décembre. Chaque fois que nous mettons la plaie à découvert pour trouver le point de départ de cette hémorrhagie, tout écoulement cesse.

Le cas devenait pressant. La malade avait perdu une quantité considérable de sang dans ces cinq hémorrhagies. La face était cyanosée, les extrémités froides et œdématiées. La respiration était redevenue très-pénible. Il était évident que l'obstacle à l'entrée de l'air persistait, et que l'opération n'avait amené qu'une amélioration passagère.

Pour le moment, il fallait chercher le vaisseau ouvert et le lier. Nous avions affaire à une veine, plus de doute. Le sang était noir et coulait en nappe; de plus, nous étions certains de n'avoir blessé aucune artère; il ne s'en était pas présenté pendant l'opération. La veine jugulaire interne nous revenait alors à l'esprit avec ses parois minces et fragiles; nous songions à la possibilité d'une ulcération secondaire. Dans l'espoir que celle-ci serait de peu d'étendue, M. Lannelongue pensa un instant faire la ligature latérale.

Il se mit donc en mesure de mettre cette fistule à découvert. A l'aide d'une sonde cannelée, il écartait doucement les bourgeons charnus du fond de la plaie, lorsque tout à coup un jet de sang du volume du petit doigt s'échappe et couvre ceux qui étaient le plus rapprochés.

Je parvins non sans peine à comprimer le bout supérieur de la veine avec l'index en l'enfonçant profondément dans la plaie M. Lannelongue isola le vaisseau au-dessus et au-dessous de la fissure qui n'avait pas moins de deux centimètres et demi.

De temps en temps, la compression devenant insuffisante par suite de la fatigue ou à cause des mouvements de la malade, il s'échappait un flot de sang par le bout supérieur.

Le bout inférieur est resté béant pendant toute l'opération; l'air pouvait y entrer librement; il n'en a rien été. De temps en temps il laissait échapper un flot de sang au moment des fortes expirations ou des efforts de toux. Jamais nous n'entendîmes le moindre sifflement.

La veine fut solidement liée par deux fils, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la déchirure.

La malade était exsangue. Elle parla un peu, but quelques gorgées de vin et vécut encore deux heures et demie.

(*A suivre.*)

TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE ÉPIDÉMIQUE PAR LES CABINETS TÉNÉBREUX

Par A. Netter

(Mémoire adressé au Conseil de santé des armées en juillet 1864.)

Le cabinet dans lequel je guéris les héméralopies à Strasbourg consiste en une petite pièce, située au deuxième étage, mesurant 5 mètres en tous sens. Une porte et une croisée sont les seules ouvertures existantes. La croisée se trouvant à l'Est reçoit le soleil jusque vers les onze heures du matin; la porte donne sur un corridor largement éclairé. Pour la conversion de cette pièce en cabinet ténébreux, il a suffi des arrangements suivants :

La fenêtre étant à deux battants, chacun de ceux-ci est exactement recouvert de flanelle verte, qui est clouée tout autour des châssis; cinq rideaux de serge verte complètent l'appareil. On comprend tout de suite l'avantage de ce système, qui permet d'aérer la pièce instantanément.

Quand porte et fenêtres sont fermées et que les rideaux sont en place, le cabinet est *ténébreux*, et voici ce qui s'y passe sur des yeux sains : avant d'écrire ces lignes, j'ai répété l'expérience sur un infirmier (1).

A l'entrée dans le cabinet, *tout est noir*, comme si les yeux étaient fermés; quelques petits trous microscopiques dans la porte et le trou de la serrure, c'est tout ce que la vue perçoit.

Au bout de trois minutes, l'infirmier voit une clarté au bas d'un mur (cette clarté provient de ce que la porte joint mal vers le bas.)

Au bout de *six minutes*, il distingue une grande partie des murs, mais encore vaguement.

Au bout de *douze minutes*, nouveau progrès et ainsi de suite.

Vingt minutes après l'entrée, l'infirmier reconnaît tous les objets présents (lit, fauteuils). L'expérience a été faite à quatre heures du soir, le temps au dehors étant beau.

C'est dans ce cabinet que, depuis 1858, j'ai traité un nombre considérable d'héméralopies, certes plus de 100, et le succès ne s'est pas une seule fois démenti, que les cas aient été sthéniques ou asthéniques, récents ou anciens, au point que j'affirme que de toutes les médications connues en médecine, y compris celle du mercure dans la syphilis, celle du quinquina dans les fièvres intermittentes, le traitement de l'héméralopie par les cabinets ténébreux réussit d'une manière absolument constante

(1) Je n'avais pas alors répété l'expérience sur moi-même, parce que je ne supporte pas l'obscurité depuis mes recherches; aussi la nuit, je ne puis dormir sans veilleuse.

et à coup sûr : quelques heures de plus ou de moins de séjour, selon l'ancienneté et l'intensité des cas, sont les seules variations observées. Toutes les fois qu'il y aura insuccès, ou bien l'on aura eu affaire à des simulateurs, ou bien certaines conditions du traitement, que j'indiquerai tout à l'heure, n'auront pas été observées.

Ma conviction à cet égard est telle que, il y a un mois, je n'ai pas hésité à me rendre à Paris opérer en présence de M. le baron Larrey. Les expériences ont été faites à la caserne Napoléon, dans l'infirmerie du 45e de ligne et avec le concours de M. le médecin-major Aubert. Huit malades m'ont été présentés, dont plusieurs atteints depuis trois ou quatre mois; or il y a eu huit succès dans un laps de temps que j'ai pu déterminer d'avance, selon l'intensité et l'ancienneté des cas. M. le docteur Meyer, *qui professe* l'ophthalmologie à l'École de médecine (1) de Paris, amené par M. le baron Larrey, a assisté à mes expériences et est venu visiter les malades avant, pendant et après le traitement. Ajoutons que, depuis, M. l'inspecteur Michel Lévy, étant venu inspecter l'hôpital de Strasbourg, a de même personnellement constaté un de ces succès. Voici dans quels termes M. l'inspecteur a consigné le fait dans le livre d'ordres des inspections : « L'occasion m'a été donnée *de vérifier dans un cas bien déterminé à l'avance*, l'efficacité du traitement expéditif de l'héméralopie par les cabinets ténébreux, et je considère que cette méthode mérite d'être expérimentée sur une grande échelle. »

Pour se rendre compte de l'efficacité de cette médication, il faut tout d'abord que l'on s'ôte de l'esprit l'idée que l'héméralopie est une affection périodique, commençant le soir et finissant le matin ; c'est là la grande erreur qui a si longtemps embrouillé la question. L'héméralopie existe de jour comme de nuit; si pendant le jour vous placez un héméralope dans une obscurité égale à celle de la nuit, il y sera également aveugle. L'héméralope est un amaurotique qui perçoit très-bien les clartés vives du soleil, les clartés moyennes *dites* ombres, mais à qui un éclairage plus faible échappe complétement. L'héméralopie, c'est l'amaurose circonscrite aux rayons les plus faibles de lumière que la vue humaine perçoit d'ordinaire. Voulez-vous la preuve de cela ? Amenez un héméralope dans un cabinet disposé comme celui décrit ci-dessus, dont vous laissez d'abord la porte largement ouverte ; puis poussez celle-ci, graduellement vers sa fermeture, vous aurez ainsi successivement les nuances du sombre, du demi-obscur et de l'obscur. Eh bien, alors que dans ces milieux vous distinguerez longtemps toutes choses avec assez de netteté, bientôt pour l'héméralope tout sera noir.

Cette cécité n'existe pas chez tous les malades à un même degré : loin de là ! Il y en a qui sont déjà aveugles dans la nuance du sombre ; d'autres ne perdent la vue que dans la demi-obscurité. Aussi, si l'on interroge ces malades sur ce qui leur arrive le soir, les uns diront qu'ils deviennent aveugles dès le commencement du crépuscule, les autres plus tard, quand la nuit sera plus ou moins tombée. Parmi les malades du 45e de ligne, il y en a eu un, nommé Alexandre, si fortement pris, que, dans le cabinet, ce qui était pour nous seulement sombre, était pour lui tout noir ; aussi, examiné la nuit dans la cour de la caserne, n'a-t-il pu voir le feu rouge d'un cigare qu'on fumait devant lui. Et ce qui a prouvé que son dire était vrai, c'est la dilatation démesurée de ses pupilles en face d'endroits où, cependant, pour nous, la clarté a été assez forte pour que nous ayons pu observer les dimensions iriennes : « Si vous guérissez celui-là, m'a dit le docteur Meyer, ce sera un miracle : le miracle a eu lieu. Voir plus loin.

Fermons maintenant la porte du cabinet sur l'héméralope, et abandonnons-le dans ce noir milieu, avec la recommandation expresse de ne pas dormir, de se promener au contraire en tous sens, en regardant de tous côtés, et les mêmes phénomènes oculaires qui, dans l'expérience relatée plus haut, ont été constatés physiologiquement sur l'infirmier, se reproduiront encore ici à la seule différence près d'une évolution plus lente.

La succession des phénomènes oculaires offerts par l'infirmier s'est accomplie en deux périodes : une première de plusieurs minutes pendant lesquelles tout est resté noir ; puis une seconde, autre série de minutes pendant lesquelles le développement visuel s'est fait graduellement, quoique avec rapidité. Eh bien, il en sera de même chez l'héméralope, à la seule différence près, je le répète, d'une durée plus longue pour chaque période : une heure, une heure et demie, deux heures et quelquefois plus d'attente pendant laquelle tout reste noir ; puis vision de plus en plus distincte, mais de même moins rapidement. Heures au lieu de minutes pour chaque période, voilà toute la différence qui sépare le fait pathologique du fait physiologique.

Naturellement, le temps nécessaire pour le rétablissement visuel de l'héméralope variera selon le degré d'intensité de l'affection ; c'est ainsi que l'individu déjà aveugle dans la nuance du sombre aura besoin de séjourner plus longtemps dans le cabinet que l'héméralope moins fortement atteint ; mais comme, par le ait, ce sont les cas moyens ou légers qui sont les plus communs, deux ou trois heures suffiront en général.

Ce rapport entre le degré d'intensité de l'affection et le temps de réclusion nécessaire, ce rapport est tellement intime, que de l'un des deux termes on peut à l'avance déduire l'autre ; c'est ainsi qu'à la caserne Napoléon j'ai indiqué, au moment de la mise en traitement, quels seraient les malades guéris après une première séance, et lesquels, n'éprouvant d'abord qu'une amélioration considérable, auraient besoin d'un complément de traitement appliqué le lendemain. Pour le nommé Alexandre, dont il a été question, j'ai même pronostiqué l'insuccès avec une première séance. La guérison, ai-je dit, n'aura lieu qu'à la suite d'une deuxième, et tout est arrivé comme je l'avais annoncé. Alexandre, aveugle comme précédemment la première nuit du traitement, s'est trouvé parfaitement guéri la nuit suivante ; car, examiné alors dans la cour de la caserne par M. le docteur Meyer, il a pu distinguer, d'un bout de la cour à l'autre, deux soldats, et dire que l'un était en tunique et l'autre en manches de chemise, tous deux ayant les bras pendants. Voilà un résultat dont vous devez être content, me dit le docteur Meyer.

(*Sera continué.*)

(1) L'auteur a sans doute voulu dire *École pratique*. (*Note du réd.*)

CONTRIBUTIONS DE L'ÉLECTRICITÉ

A LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES DES APPAREILS URINAIRE ET GÉNITAL (1)

Par M. le docteur MALLEZ.

J'emprunte au mémoire que nous avons publié avec Tripier, sur l'application de cette méthode à la distinction des *rétrécissements uréthraux*, un résumé des conditions physiques sur les-

(1) Fin. — Voir les numéros des 19 mars et 6 avril 1872.

quelles est fondée la méthode générale et l'exposé du procédé opératoire.

« L'application d'un courant continu à un corps vivant, au moyen d'électrodes inaltérables, détermine la formation d'une eschare au niveau des points d'application de chacune des électrodes.

« La production des eschares par l'électrolyse se faisant à froid, et l'action analytique étant exactement limitée aux points de contact des électrodes, toutes les régions accessibles à une sonde ou à un stylet peuvent être aisément cautérisées sans crainte de léser les parties voisines.

« L'eschare positive est comparable à celles produites par les acides et le feu; l'eschare négative à celles produites par les alcalis.

« Aux différences que présentent les eschares des deux pôles correspondent des caractères différents dans les cicatrices qui succèdent à la chute de ces eschares. Les cicatrices positives étant dures et rétractiles, les cicatrices négatives sont molles, minces, et pas ou peu rétractiles.

« L'importance de la galvanocasistique négative tient surtout à la facilité qu'elle donne de pratiquer des cautérisations alcalines dans des conditions où celles-ci étaient entièrement inpraticables.

« L'une des électrodes étant employée à cautériser, l'autre ne sert ordinairement qu'à fermer le circuit. Pour éviter une cautérisation inutile au niveau de ce dernier, on le fera aboutir à une compresse mouillée ou à un disque d'agaric humide recouvrant la région sur laquelle on l'applique. »

Parmi les essais de traitement des rétrécissements de l'urèthre antérieurs à notre opération, il en est qui représentaient des solutions partielles du problème que nous avons résolu. L'histoire de ces tentatives montre qu'elles devaient rester vaines tant que, d'une part, la non-rétractilité des cicatrices, succédant aux cautérisations alcalines n'était pas constatée; et que, d'autre part, on ne possédait pas de moyen d'effectuer sûrement ces cautérisations dans des points échappant au contrôle de la vue et à l'action immédiate de la main.

« Au commencement de ce siècle, Whately (1) attaquait les rétrécissements uréthraux au moyen d'un petit fragment de potasse enchâssé dans l'extrémité d'une bougie de cire. Bien que ce procédé eût souvent permis de rendre immédiatement à l'urèthre un calibre suffisant pour que la miction s'effectuât sans qu'il fût besoin de recourir à l emploi des sondes, on l'abandonna promptement en Angleterre en raison des dangers que présentait l'usage d'un caustique dont l'action ne pouvait être limitée aux parties à détruire.

« Lorsque les inconvénients et l'inutilité de la cautérisation par le nitrate d'argent, si longtemps en faveur en France, eurent été bien constatés, M. Leroy d'Etiolles revint au procédé de Whately; il en perfectionna assez l'appareil instrumental pour atténuer considérablement les effets de la fusion du caustique, et obtint des résultats cliniques très-satisfaisants. Mais ces résultats, se produisant au momont où l'uréthrotomie était devenue à la mode, passèrent inaperçus. On voit même, en lisant le mémoire où ils sont rapportés (1852), que l'auteur n'en sentit pas toute l'importance, puisque, quelques pages plus loin, il s'occupe du cautère galvanothermique, instrument dangereux et manifestement inférieur au nitrate d'argent, dont il a tous les inconvénients, indépendamment de ceux qui lui sont propres.

« Quant à l'idée d'agir sur l'urèthre au moyen du galvanisme, elle était déjà venue à Crusell, puis à M. Wertheimber, et il est probable qu'elle les eût conduits à détruire les rétrécissements si la méthode eût été définie. Ils prétendaient seulement utiliser l'action *résolutive* de l'électrode négatif pour dissoudre les engorgements péri-uréthraux auxquels ils attribuaient un rôle considérable dans la production des rétrécissements. Les piles employées dans ces essais étaient insuffisantes pour opérer une perte de substance. M. Leroy d'Étiolles a fait connaître, dans le mémoire cité plus haut, les tentatives infructueuses de M. Wertheimber. »

(1) *Improved method of treating strictures. London*, 1804.

La pile employée dans nos premières opérations comprenait 12 petits couples au bisulfate de mercure associés en tension. Plus tard, nous lui avons substitué une batterie de 18 couples de dimension moyenne, au protosulfate de mercure, dont un commentateur à double cadran de Gaiffe permettait de n'employer qu'une partie. Aujourd'hui, c'est la même batterie que nous employons, montée avec des couples Léclanché ou avec des couples de Gaiffe au chlorure d'argent.

« L'électrode uréthral consiste en un mandrin dont l'extrémité forme, comme un embout, l'ouverture d'une sonde de gomme destinée à protéger les parties sur lesquelles ne doit pas porter la cautérisation.

« Le chirurgien se tenant à la droite du malade, on fixe l'excitateur positif sur la partie interne de la cuisse; il consiste en un large bouton de charbon séparé de la surface cutanée par deux ou trois disques d'agaric mouillé. Une bande de caoutchouc maintient ce contact d'une manière égale; on n'a plus à s'en occuper.

« Tout étant disposé pour l'opération, le bouton de charbon étant fixé sur la cuisse, et l'excitateur uréthral recouvert de la sonde protectrice étant amené contre la face antérieure du rétrécissement, on ferme le circuit sur l'excitateur positif. Bientôt survient une sensation de cuisson, qui, faible dès le début, diminue encore à mesure de la formation de l'eschare. On pousse alors légèrement le mandrin, cautérisant à la fois d'avant en arrière et latéralement. En poussant de temps en temps la sonde sur le mandrin, de façon à n'en laisser saillir qu'une faible partie, on limite à volonté la durée et par suite la profondeur de la cautérisation latérale, celle d'avant en arrière continuant sans interruption Enfin, quand l'obstacle est détruit, la sonde passe sans difficulté par-dessus le renflement terminal du mandrin.

« Avec l'opération se termine le traitement; aucune manœuvre ultérieure ne doit le compléter. Le cathétérisme, que nous avons toujours pratiqué immédiatement après les séances de galvanocaustique, et que nous avons ensuite répété de loin en loin, n'avait d'autre but que de faire constater les résultats obtenus et leur persistance.

« Nous avons vu ainsi que l'élargissement de l'urèthre n'était ordinairement pas, aussitôt après l'opération, ce qu'il devait se montrer huit ou quinze jours plus tard: au lieu de diminuer, le calibre de l'urèthre augmente pendant quelque temps. Ce phénomène nous paraît devoir être rattaché à la résolution des engorgements péri-uréthraux situés dans la sphère d'action de l'électrode négatif. »

Depuis la publication de notre mémoire, j'ai eu l'occasion d'opérer à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Dubrueil, des rétrécissements qui n'avaient pu être franchis par aucune bougie; la cautérisation d'avant en arrière rétablit la voie et assura à l'urèthre un calibre convenable.

Enfin, M. Dubrueil a obtenu plus récemment, à l'hôpital Cochin, des résultats identiques aux nôtres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

DISCUSSION

(Suite)

M. DOLBEAU. Les paralysies d'origine traumatique doivent être séparées des faits signalés par M. Giraud-Teulon. Il est rare de voir,

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

comme vient de le dire M. Bouvier, des paralysies traumatiques guérir radicalement, surtout quand la paralysie est causée par la lésion d'un nerf. Quand on guérit des paralysies traumatiques, on n'est pas sûr que l'électricité a guéri, car il y a de ces paralysies traumatiques qui guérissent seules quand la cicatrisation de la plaie du nerf s'est effectuée ou quand l'inflammation consécutive au traumatisme est guérie. Plusieurs faits me reviennent à la mémoire à cet égard.

Un malade atteint de luxation de l'épaule eut, après la réduction, une paralysie des muscles du bras. Les muscles se contractaient encore sous l'influence de l'électricité. L'atrophie commençait. Cependant M. Duchenne (de Boulogne) électrisa ce malade. Malgré tous les soins prolongés pendant plus de six mois, l'atrophie du membre se confirma. Ni les courants induits, ni les courants continus ne firent rien.

J'ai vu des paralysies du deltoïde et des paralysies des muscles qui sont sous la dépendance du nerf radial. Les courants induits en ont eu raison, mais je ne voudrais point affirmer que ces lésions n'auraient pas pu guérir seules. J'admets bien toutefois que l'électricité par les courants continus ait une action, et il n'est pas douteux que les muscles atrophiés se reforment sous l'influence de l'électricité. Cependant les paralysies d'origine traumatique guérissant seules parfois, il n'est pas démontré que ce soit l'électricité par les courants continus ou induits qui aient agi, car ce peut être le temps seul qui guérit. Néanmoins il resterait à établir quels sont les paralysies qui sont incurables et quelles sont celles qui sont curables, afin de déterminer dans quels cas les courants continus ont pu agir, là où il serait démontré que le mal n'aurait pas guéri seul avec le temps.

M. PERRIN. Je partagerai les restrictions de M. Dolbeau. Malgré les faits cités par MM. Le Fort et Giraud-Teulon, je reste peu convaincu. J'ai très-rarement vu l'électricité guérir des paralysies traumatiques. Il faut préciser aussi les faits. Les paralysies des moteurs oculaires dues à des refroidissements guérissent généralement d'elles-mêmes. Celles qui se rattachent à des lésions de l'encéphale, je ne les ai jamais vu guérir.

J'ai utilisé les courants induits, et, à l'inverse de ce que dit M. Giraud-Teulon, j'ai pu les employer sans danger. Pour des ptosis des paralysies de l'accommodation, je les ai employées, et je n'ai rien obtenu. Je fais, toutefois, des réserves pour ce qui est des effets des courants continus. La question est à voir.

M. LE FORT. M. Perrin n'a rien obtenu avec la faradisation; cela ne m'étonne pas : pour avoir un résultat, il faut employer des piles très-fortes, et M. Duchenne (de Boulogne) a rapporté un accident grave de la faradisation. Un malade, électrisé pour une paralysie des muscles de l'œil, est devenu borgne, séance tenante, le jour de la première application de l'électricité.

Je ne comprends pas qu'on puisse nier la guérison des paralysies, même traumatiques, en se fondant sur ce que la guérison obtenue eût pu se produire seule.

Le malade de M. Dolbeau a-t-il été traité par les courants continus, et à quelle époque? Il faudrait, d'ailleurs, d'autres exemples que la paralysie consécutive à la luxation de l'épaule. Quand on veut obtenir des effets, il ne faut pas attendre qu'il n'y ait plus de fibres musculaires et que l'atrophie soit complète. Échouer dans ces cas ne prouve rien contre les courants continus.

Le livre de MM. Legros et Onimus renferme de nombreux exemples de guérison par l'application du courant continu; on y voit des faits où, lorsque les mouvements reparaissent dans les muscles, on est encore obligé d'électriser pendant un an. Le fait de Remak, à l'hôpital de la Charité de Paris, était encore bien plus séduisant, puisque, en une séance, avec son appareil, il a guéri une paralysie du deltoïde.

M. TRÉLAT. Les courants continus ont-ils ou n'ont-ils pas d'action certaine? Avant de rien affirmer, il faudrait faire le diagnostic précis des paralysies qu'on traite, entre la paralysie musculaire par refroidissement et les paralysies causées par une altération des centres nerveux; il y a toute une série de paralysies d'un pronostic variable et très-différemment susceptibles de guérison.

Un malade amputé a eu une paralysie des fléchisseurs de l'avant-bras par suite de la compression des béquilles dans l'aisselle, laquelle avait comprimé les nerfs médian et cubital. L'électricité a été employée; elle n'a rien fait. Plus tard, la paralysie a guéri seule, trois mois après. Ce fait donne raison à M. Dolbeau.

Un autre malade, dont j'avais réduit une luxation de l'épaule causée par un choc peu violent, a eu une paralysie consécutive de tout le bras. L'électricité par les courants continus à être appliquée par M. Onimus; les doigts ont recouvré le mouvement d'extension. M. Onimus s'est ensuite chargé du malade, et continua l'électricité pendant trois mois. Ce malade avait une forme grave de paralysie atrophique.

J'ai eu moi-même une paralysie du deltoïde causée par le froid; elle a duré six mois et a guéri seule.

Les paralysies causées par une altération des nerfs ont des effets à longue portée; bien qu'elles puissent guérir, elles exigent néanmoins un long temps avant que les fonctions puissent être rétablies. Il ne faut donc pas désespérer.

M. VERNEUIL. J'ai été étonné d'entendre dire que l'électricité ne guérit pas toutes les paralysies traumatiques. Mais il faudrait, avant tout, établir une distinction; il faudrait connaître la lésion anatomique des nerfs et leur durée. Il y a une grande différence entre une paralysie qui suit la résection du nerf sciatique et celle qui suit la contusion du nerf. Dans ce dernier cas, en effet, il arrive un moment où la guérison a lieu par suite de la réparation du nerf. Nous savons que cette réparation exige au moins trois mois. Lors donc que, après ce temps, les mouvements ne reviennent point, c'est que le nerf est peut-être détruit, et alors la paralysie peut être incurable.

L'électricité rend de sérieux services pour les paralysies du deltoïde et pour les paralysies des muscles animés par le nerf radial qui proviennent de l'usage des béquilles. MM. Perrin et Forget me disent qu'elles guérissent seules. Je renverrai mes collègues à la thèse d'un de mes élèves, M. Laferon, qui a cité des faits. Si, en effet, plusieurs de ces paralysies ont guéri en huit jours par l'électrisation au lieu de durer des mois, il est évident que l'électricité a une action.

L'électrisation bien appliquée avec les courants constants est capable de régénérer les muscles et d'agir sur les nerfs, ceci est incontestable et sera d'autant mieux démontré qu'on aura catégorisé les faits.

M. GIRAUD-TEULON insiste sur les bons effets des courants continus sur les contractures et dit : Le point qui surgit de cette discussion, c'est l'efficacité des courants continus sur les contractures des muscles de l'œil, dont j'ai produit des exemples. D'une autre part, les courants continus semblent être aussi bons, quand on les emploie à l'aide de nombreux éléments ou à l'aide de quelques petits éléments. Ces courants sont sans danger pour l'œil, et il n'en est pas de même pour les courants induits.

Je dirai à M. Dolbeau que je n'ai pas eu à traiter de paralysies traumatiques; mais que, pour des paralysies de l'appareil moteur de l'œil de cause autre, j'ai obtenu des succès certains dans 30 cas au moins.

M. PERRIN. Il faut classer les faits, avant de porter un jugement aussi favorable; il faut connaître la nature de la paralysie, son mode de production, le temps nécessaire à la guérison et surtout le mode d'emploi de l'électricité par les courants continus; le nombre des couples, la force des piles ou des éléments doivent être pesés.

Nous ne sommes pas désarmés en face des paralysies; outre les moyens anciens, il y a la faradisation. Qu'on ne nous fasse pas dire, toutefois, que l'électricité doive être rejetée parce qu'elle est stérile.

Pour répondre à M. Le Fort, relativement au fait malheureux de M. Duchenne (de Boulogne), je dirai que pendant l'usage des appareils à induction sur l'œil, je n'ai jamais vu que les malades perçus-

sent des sensations lumineuses; même pour l'appareil musculaire de l'œil, les courants induits sont bons.

M. LE FORT. Si l'on veut obtenir par la faradisation quelque chose sur les muscles de l'œil, il faut des appareils très-forts, comme celui de M. Duchenne (de Boulogne), et c'est là qu'est le danger.

J'ajoute que je n'ai point apporté ici devant mes collègues la science toute faite. Les observations que j'ai citées ont trait à l'action des courants faibles longtemps continués que je substitue au courant fort.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr E. Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Djeddah, le 28 février 1872.

Monsieur le directeur,

Les fêtes du Courban-Baheram ont eu lieu à la Mecque du 20 au 23 février.

Le nombre des pèlerins réunis à l'Arafat cette année a été estimé, égal à celui de 1869, à 110,000 environ.

Voici comment ce chiffre se décompose : 30,058 sont arrivés à Djeddah sur 37 bateaux à vapeur, 13 voiliers trois-mâts et plusieurs sambouks (1). Parmi ces pèlerins, 10,531 venaient de l'Océan indien, dont 6,205 Malais, fournis par les îles de la Sonde, s'étaient embarqués à Singapore, Java, etc., et 4,326 Indiens, provenant du continent, s'étaient embarqués à Calcutta et principalement à Bombay; 2,040 venaient du golfe Persique; 1,204 de la mer d'Oman; 135 de Zanzibar; 2,126 de la côte arabique de la mer Rouge; 2,507 de la côte africaine de la mer Rouge; 11,516 viâ canal et Suez, parmi lesquels 5,000 Ottomans, 5,000 Mogrébins, 1,200 Circassiens et 316 Égyptiens. La plus grande partie, 80,000 environ, étaient venus par caravanes d'Égypte, de la Syrie et surtout du Nedjd et de plusieurs autres points de l'Arabie centrale; aussi, depuis plusieurs années, m'a dit un témoin oculaire, mon ami le docteur Kadri Effendi, adjoint de notre inspecteur sanitaire, il n'y avait pas eu telle affluence de Bédouins.

Je m'estime heureux d'avoir à vous dire de suite que je sais pertinemment qu'aucun cas de choléra n'a été constaté à bord des navires amenant des pèlerins, et qu'aucune trace de cette maladie — déjà éteinte depuis plus d'un mois dans le Hedjaz — n'a été observé pendant les fêtes, qui ont été favorisées par un temps magnifique et une température très-agréable de 20 à 24 degrés centigrades au maximum.

M. le docteur Arif Bey, vice-président du conseil supérieur de santé de Constantinople, a été envoyé par la Sublime-Porte à la Mecque, avec mission de prendre sous sa haute surveillance l'exécution des mesures locales de salubrité et d'hygiène pendant les fêtes du sacrifice à l'Arafat et à Mineh. MM. les docteurs Servet Bey, Raïf Effendi, et Kadri Effendi, jeunes médecins sanitaires titulaires dans le Hedjaz, ont été chargés de la police sanitaire; ils rivalisèrent de zèle et de dévouement pour mener à bonne fin la mission philanthropique de leur honorable vice-président, laquelle, j'ai hâte de le déclarer, a été couronnée d'un plein succès.

Veuillez agréer, etc.

Dr PASQUA,
Inspecteur sanitaire à Djeddah.

Nice, 2 avril 1872.

Monsieur et honoré confrère,

Une de mes clientes et compatriotes, veuve sans enfants, désirerait prendre auprès d'elle et se charger de l'éducation d'une petite fille française, *orpheline d'un père tué ou mort à la suite des blessures reçues dans la dernière campagne contre la Prusse*. Cette qualité d'orpheline est de rigueur et devra être authentiquement prouvée. De plus, la petite fille ne devra pas avoir moins de 7 ans et pas plus de 10 ans.

La généreuse dame dont il s'agit est une femme on ne peut plus respectable, d'une rare bonté et douceur de caractère. L'enfant qui lui serait confiée trouverait en elle une mère tendre et dévouée.

Il n'est point question, quant à présent, d'adoption, mais des soins temporaires jusqu'à l'époque où la jeune fille pourra se suffire à elle-même.

Voudriez-vous prêter à cette bonne œuvre la publicité de votre journal et prier ceux de vos lecteurs qui auraient des propositions à faire à ce sujet de vouloir bien me les adresser sans retard, ma cliente devant quitter Nice avant la fin de ce mois?

On désirerait, — ceci n'est pas de rigueur cependant, — qu'une photographie de l'enfant accompagnât la demande.

Agréez, etc.

Dr LUBANSKI.
Nice, place Masséna, 4 *bis*.

(1) Espèce de barque non pontée, à voile latine, de 30 à 50 tonneaux.

Erratum. — Page 308, 2e colonne, au lieu de : « journellement renouvelés, qu'il attribue après le 4e jour la guérison rapide de huit amputations », il faut lire : « avec pansements journellement renouvelés après le 4e jour, qu'il attribue la guérison rapide de huit amputations ».

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur D..., à Thiers. — Aucun choix n'a été fait intentionnellement; si une omission a eu lieu, veuillez nous mettre à même de la réparer.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Botanique agricole et médicale, ou Étude des plantes qui intéressent principalement les médecins, les vétérinaires et les agriculteurs, accompagnée de 155 planches représentant plus de 900 figures intercalées dans le texte, par H.-J.-A. RODET, directeur de l'École vétérinaire de Lyon. 2e édition revue et considérablement augmentée, avec la collaboration de C. BAILLET, professeur d'hygiène, de zoologie, de botanique et de zootechnie à l'École vétérinaire d'Alfort. — Un très-fort volume in-8° de plus de 1,100 pages, cartonné à l'anglaise. Prix : 17 francs. Paris, 1872, P. Asselin.

De l'influence des progrès des sciences par la thérapeutique. Étude des connaissances chimiques et pharmacologiques nécessaires au traitement des maladies, par le docteur DERLIN. — 1 vol. in-8°. Prix : 3 francs. — P. Asselin.

Nouvelle iconographie fourragère. Histoire botanique, économique et agricole des plantes fourragères et des plantes nuisibles qui se rencontrent dans les prairies et les pâturages, par MM. J. GOURDON, professeur à l'École vétérinaire de Toulouse, et P. NAUDIN, vétérinaire en 1er au 19e régiment d'artillerie. Ouvrage publié en 5 fascicules et se composant de 126 planches très-bien coloriées et de près de 900 pages de texte format in-4°. Prix : 100 fr. broché; 120 fr. très-bien relié en 2 volumes. — P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7 0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.236
Silicate et silice, alumine..	0.0*0	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table. pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnesiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................ 1.33
Silicate acide }
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer } 0.44
Phosphate » }
Sulfate » }
— de chaux..........
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau. — **Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris**.

Pilules de Hogg. —

1° Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée. Dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc

2° Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène. En vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° Pilules à la pepsine unie au protoiodure ferreux inaltérable. En vue des malades scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

HOGG, pharmacien-chimiste, r. Castiglione, 2, et dans toutes les pharm. — Envoi *franco* par la poste.

S^T-HONORÉ-LES-BAINS (Nièvre).

Eau sulfureuse sodique

analogue à celle des Pyrénées. Admise dans les hôpitaux de Paris. Souveraine dans les maladies du larynx et des bronches, asthmes, catarrhes ; affection cutanées, lymphatisme et maladies des enfants.

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET

Bains et douches ; piscine à eau courante, 32°. — Site magnifique. — Vie à bon marché.

Au DÉPÔT CENTRAL, 60, rue Caumartin, Paris.

Granules antimoniaux, ANTIMONIO-FERREUX *et antimonio-ferreux au Bismuth*,

du Dr. PAPILLAUD Des expériences faites depuis 4 ans par les sommités médicales de tous les pays justifient les résultats obtenus et signalés par l'auteur.

Les Granules antimoniaux sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes dans les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur.

Sous leur influence, l'asthme, le catarrhe guérissent ou s'améliorent très promptement, la phthisie elle-même est souvent enrayée à ses débuts, et très avantageusement influencée dans ses autres périodes.

Dans les Granules antimonio-ferreux, les propriétés réparatrices du fer, unies aux effets reconstituants de l'arséniate d'antimoine, constituent la préparation officinale qui se rapproche le plus des eaux ferreuses arsenicales naturelles.

Ces granules sont le remède le plus sûr à opposer à la chlorose, chloro-anémie, la scrofule, les névralgies et les névroses.

Les Granules antimonio-ferreux au bismuth sont particulièrement destinés à la guérison des affections nerveuses ou fonctionnelles des voies digestives.

Pharmacie E. MOUSNIER, à Saujon (Charente-Inférieure) ; à Paris : pharmacies DETRAI, rue des Tournelles, 1 ; VIAL, rue Bourdaloue, 4 ; ARNAULT, rue Montmartre, 141, et rue de Cléry, 33; dans les pharmacies de France et de l'étranger.

MALTINE GERBAY

Dosée physiologiquement d'après la méthode du Docteur COUTARET.

Avec la MALTINE, on opère la *digestion artificielle* de toutes les substances féculentes.

Les médecins de France et de l'étranger, qui, depuis trois années, l'ordonnent habituellement, ont reconnu que la MALTINE est le

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE DES DYSPEPSIES AMYLACÉES

On en obtient les plus heureux résultats dans les cas de DYSPEPSIE SALIVAIRE OU AMYLACÉE, GASTRITE, GASTRALGIE, AIGREURS, EAUX CLAIRES, VOMISSEMENTS, POINTS, CONSTIPATION *et tous autres accidents qui proviennent pendant la première ou la seconde digestion.*

La MALTINE GERBAIS est beaucoup plus active et bien plus économique que toute

BIÈRE DE MALT

Se méfier des contrefaçons.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vente en gros, pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

SIROP ET PATE PECTORALE

de LAMOUROUX

Le Sirop, béchique et calmant, est un précieux agent thérapeutique pour calmer les bronchites les plus intenses, la grippe, les rhumes, etc.

La Pâte, ayant les mêmes propriétés que le Sirop, est employée dans les voyages.

Les célèbres médecins de Paris les recommandent dans leurs cliniques, et relatent dans leurs ouvrages les succès qu'ils en ont obtenus.

Paris, 45, rue Vauvilliers, phe P. LAMOUROUX.

MALADIES DE LA GORGE

DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan au Chlorate de potasse, recommandées contre les Maux de gorge, Enrouements, Angines, Aphthes, Scorbut, la Salivation mercurielle, les Ulcérations des amygdales, des gencives et de la langue. — A Paris, pharmacie DETHAN, faubourg Saint-Denis, 90, et dans les principales villes de France et de l'étranger.

CONTREXÉVILLE

(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central :

23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au medecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation *mixte* maternelle ; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire

SIROP ET VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Ces produits, les seules préparations phosphatées physiologiques qui aient servi à démontrer scientifiquement les propriétés du phosphate de chaux, contiennent, par cuillerée à bouche de sirop et par verre de vin, **un gramme de sel.**

Cette dose élevée explique l'énergie avec laquelle se relèvent **l'appétit** et toutes les **fonctions de nutrition** dans la *Dyspepsie*, la *Convalescence*, le *Rachitisme*, la *Scrofule*, et toutes les affections aiguës ou chroniques dans lesquelles la nutrition est altérée.

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

RÉVULSIF AU THAPSIA

Les médecins et les malades qui font usage de ce révulsif sont assurés d'obtenir l'effet qu'ils en attendent en employant le **Thapsia** de la maison ANCELIN.

TOILE VÉSICANTE ANCELIN

action prompte et certaine, sans action consécutive sur la vessie.

SPARADRAP, formule des hôpitaux de Paris.



DESNOIX et Ce,

22, rue du Temple, 22.

à Paris.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

Huile de foie de Squale, naturelle

ou Iodo-ferrée, du docteur DELATTRE.

La seule approuvée par l'Académie de médecine de Paris, et qui a obtenu à l'Exposition universelle, cl. 44, l'unique récompense accordée aux huiles de foie de poisson. Cette distinction en faveur du docteur DELATTRE est d'autant mieux méritée que ses huiles sont préférées, par tous les malades et les enfants, à l'huile de foie de morue, à cause de leur saveur douce et fraîche. — Usine à Dieppe. Dépôt chez NAUDINAT, rue de Jouy, 7, à Paris, et dans les principales pharmacies.

• Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

AVIS

Depuis le 1er avril, les bureaux du journal sont transférés rue des Saints-Pères, 57, près l'Académie de médecine.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques; ligature de la veine jugulaire interne; mort; productions lymphoïdes dans la plèvre, le foie, la rate et le corps de vertèbres (M. Lannelongue). — Traitement de l'héméralopie épidémique par les cabinets ténébreux (M. Netter). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On n'a pas oublié que, dans la séance du 27 février, M. Vernois, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Bergeron, Collin, Delpech, Guérard et Jolly, a soumis à l'approbation de l'Académie le programme d'un cours d'hygiène à l'usage des élèves des lycées, programme demandé par le ministre de l'instruction publique. Ce programme, rédigé en termes très-simples, répartit, dans un cadre de six à huit leçons ou conférences qui seraient faites aux élèves des classes supérieures par les médecins des lycées, les sujets de l'hygiène la plus générale et la plus élémentaire, tels que : l'étude des agents atmosphériques au point de vue de leur influence sur la santé, les altérations principales de l'air ; les habitations ; les vêtements ; les soins de propreté en général ; les aliments et boissons ; l'hygiène des sens, veille et sommeil, travaux intellectuels et manuels ; exercice et repos, gymnastique, exercices spéciaux ; affections contagieuses virulentes et parasitaires propres à l'homme et aux animaux, et moyens de s'en préserver ; principaux poisons et contre-poisons ; erreurs et préjugés populaires nuisibles à la santé, moyens de remédier aux accidents simples les plus fréquents, etc.

Il semblait, au premier abord, qu'il n'y eût guère matière à discuter dans ce programme, qui satisfait à un vœu depuis longtemps exprimé et à un besoin réel. Cependant il a rencontré dans le sein de l'Académie quelques critiques de détail et même quelque opposition. Le projet, dans son ensemble, a été regardé comme superflu, inutile et frappé d'avance de stérilité par le défaut d'intérêt et l'inattention des élèves auxquels il est destiné.

Nous ne sommes nullement de cet avis. Les notions d'hygiène qui devraient se trouver partout et qu'on n'enseigne nulle part, ne sauraient être mieux placées qu'à la fin des études scolaires. Et si l'on craint qu'elles n'aient pas par elles-mêmes assez d'intérêt pour exciter l'attention des élèves, — ce qui dépendra en grande partie de la manière dont sera fait cet enseignement — quelle difficulté trouverait-on à donner à cette partie nouvelle de l'enseignement la sanction qu'ont toutes les autres, la nécessité de satisfaire à un interrogatoire et à des compositions ?

Quant aux critiques de détail qui ont porté particulièrement sur ce qu'il y aurait d'un peu trop spécialement médical dans quelques parties du programme, telles que celle qui est relative aux accidents simples les plus fréquents, elles étaient assez justes pour que la commission n'ait pas hésité à en faire le sacrifice. Moyennant quelques légères modifications convenues et l'addition proposée d'exprimer le vœu qu'un enseignement hygiénique plus complet soit institué dans celles des grandes écoles de l'Etat qui n'en sont pas encore pourvues, le programme a été adopté dans son principe.

M. Delioux de Savignac, dans une lecture faite à l'Académie au mois de janvier dernier, a proposé la formule d'un nouveau laudanum de Sydenham. Nous avons reproduit cette formule et exposé les motifs qui avaient engagé notre savant confrère à proposer cette modification.

La commission chargée d'examiner ce travail a fait hier son rapport par l'organe de M. Boudet. La formule de M. Delioux n'a pas eu l'heur de lui plaire. Elle n'a accepté ni les critiques de l'auteur à l'égard du laudanum de Sydenham, ni la réforme proposée. Le jugement de l'honorable rapporteur nous a paru un peu sévère dans le fond comme dans la forme. Il ne paraît pas même, si nous avons bien entendu, que la commission ait jugé à propos de faire des expériences pour contrôler les avantages attribués à la nouvelle formule. La formule de Sydenham est bonne ; elle a la sanction du temps et de l'expérience ; elle a surtout en sa faveur l'habitude. Pas n'est besoin de chercher à avoir mieux. D'ailleurs, la commission du nouveau Codex l'a maintenue dans sa teneur primitive. Il n'y a donc plus rien à faire. C'est à peu près là le sens du rapport.

Est-ce par un sentiment de respect pour la mémoire de Sydenham ? Ce serait un sentiment très-honorable, sans doute, surtout par un temps où le respect et le culte des souvenirs ne sont pas précisément des vertus dominantes. Mais qu'aurait à perdre en cela la mémoire de Sydenham, qui a bien d'autres titres à la gloire que la préparation à laquelle il a donné son nom ? Est-ce le respect de l'habitude ? Plutôt. On n'a pas manqué, en effet, de faire valoir la petite perturbation qu'amènerait dans les habitudes journalières de la pratique la nécessité d'user d'une formule nouvelle. Mais s'est-on arrêté devant cette considération lorsqu'il s'est agi de substituer la posologie nouvelle à

l'ancienne, ce qui était une bien autre perturbation ? — La préparation de M. Delioux est-elle bonne ? est-elle meilleure, comme il le prétend, que celle de Sydenham? Là est toute la question. Et si effectivement elle est bonne, quel inconvénient y aurait-il à faire figurer dans le Codex ou dans son supplément, à côté du laudanum de Sydenham ou de celui de Rousseau, le laudanum de Savignac? Nous ne le voyons pas, pour notre part, d'autant que nous sommes, à l'égard du laudanum de Sydenham, un peu dans les dispositions d'esprit ou plutôt de sentiment de M. Béhier, qui l'a toujours trouvé si désagréable toutes les fois qu'il a eu l'occasion d'en faire usage, qu'il a fini par y renoncer pour ses malades comme pour lui-même.

Plusieurs présentations ont été faites au commencement de la séance. On en trouvera la mention au compte rendu. Il en est une, toutefois, que nous ne voulons pas laisser passer sans la souligner. M. Berthelot, en déposant sur le bureau un exemplaire du *Traité élémentaire de chimie organique* qu'il vient de publier (1), a exposé en quelques mots son objet et l'esprit dans lequel il a été conçu et exécuté. En attendant qu'une plume plus compétente que la nôtre énumère et apprécie toutes les richesses scientifiques que renferme ce livre, nous nous bornerons à emprunter ici à sa préface quelques lignes qui mettront nos lecteurs en goût d'en savoir davantage :

Dans ce livre, résumé de douze années d'enseignement, la chimie organique est exposée et coordonnée d'après la méthode de formation successive des composés, depuis les corps simples jusqu'aux substances les plus compliquées. C'est l'application, sous forme élémentaire, des doctrines qui ont servi de base au *Traité de chimie organique* fondé sur la synthèse, que M. Berthelot a publié en 1860. — Tout le monde sait que c'est grâce, en grande partie, aux magnifiques travaux résumés dans cette publication de 1860, que la chimie a cessé d'être une science d'analyse pour entrer dans la voie de la synthèse, qui lui a donné son caractère complet, en même temps qu'elle a établi en quelque sorte, d'une manière plus éclatante, la puissance de la science sur la nature.

Le nombre des composés organiques qui ont été préparés depuis cette époque s'élèverait aujourd'hui à plus de dix mille, au dire de M. Berthelot; et le nombre de ceux qui peuvent être fabriqués par les méthodes connues est infini. De là la nécessité de posséder un principe de classification pour coordonner l'étude de ces composés. M. Berthelot a adopté comme principe général la fonction chimique; il a partagé son ouvrage en grandes divisions, comprenant les carbures d'hydrogène, les alcools et les éthers, les aldéhydes, les acides, les alcalis, les radicaux métalliques composés, enfin les amides. Cette division représente la formation méthodique et la synthèse progressive des composés organiques, à partir des corps simples. M. Berthelot pense qu'elle permet de formuler les lois générales de composition, les procédés généraux de formation et de réaction, avec plus de clarté et de simplicité qu'aucune autre division. Les cadres généraux et leurs divisions principales étant ainsi tracés, l'auteur s'est attaché à décrire avec détails un petit nombre de corps fondamentaux, envisagés comme les types de leurs classes respectives; et il a présenté l'histoire de chacun d'eux d'après un plan d'exposition générale susceptible d'être appliqué à tous : formation par synthèse et par analyse; préparation; propriétés physiques; action de la chaleur; action de l'hydrogène, de l'oxygène, du chlore, de l'eau, des hydracides; enfin action des acides et des bases.

« Heureux, dit M. Berthelot en terminant sa préface, si la jeunesse, à laquelle le présent ouvrage est dédié, peut y trouver quelques heures pour cultiver son esprit par le travail, cette ressource première et dernière de la patrie et de l'humanité ! »

Ce ne sont pas seulement, comme on le voit, des faits, des préceptes et des enseignements que renferme ce nouveau livre de M. Berthelot, mais un exemple. Nous regrettons en ce moment d'être aussi peu digne d'apprécier et d'exposer, comme il mériterait de l'être, cet important travail; mais depuis longtemps admirateur de l'œuvre immense accomplie pendant ces vingt dernières années par M. Berthelot, nous nous serions reproché de n'avoir pas saisi, faute de mieux, l'occasion d'exprimer ce sentiment à notre manière.

Dr Brochin.

(1) *Traité élémentaire de chimie organique*, par M. Berthelot, professeur au Collége de France et à l'École de pharmacie. 1 vol. in-8 de 604 pages. Paris, 1872. Chez Dunod, éditeur, quai des Augustins, 49.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

M. Lannelongue suppléant M. Denonvilliers.

Hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques. — Ligature de la veine jugulaire interne. — Mort. — Productions lymphoïdes dans la plèvre, le foie, la rate et le corps des vertèbres (1).

(Observation recueillie par M. Jules Castiaux, interne du service.)

L'autopsie fut faite avec le plus grand soin, et voici les lésions que nous trouvâmes :

Le tissu adipeux est considérablement développé dans toutes les régions.

Tous les ganglions, du côté gauche du cou, sont envahis jusqu'à la base du crâne.

La plaie est recouverte d'une couche friable au-dessous de laquelle on trouve les vaisseaux et les nerfs.

La veine jugulaire interne présente :

1° Des parois épaissies par une couche de nouvelle formation, granuleuse, doublant la face externe du vaisseau;

2° Une ulcération longitudinale de deux centimètres et demi, laissant voir la paroi interne lisse, présentant quelques plis longitudinaux. Elle occupe la face antérieure et un peu latérale gauche du vaisseau;

3° Les deux ligatures qui n'ont coupé aucune des tuniques.

En arrière, on trouve le nerf pneumogastrique. Un peu en dedans, et recouverte complétement par la veine, l'artère carotide primitive contre la trachée; toujours du côté gauche, on voit le nerf récurrent que nous allons suivre de haut en bas jusqu'à son origine. Rien de particulier depuis le larynx jusqu'à la crosse de l'aorte; il est accolé à la trachée avec laquelle il a été repoussé par les ganglions; sa coloration est normale. Mais dans toute l'étendue de sa courbure il a subi une compression, un aplatissement manifeste. Il est placé entre deux ganglions, dont l'un le sépare de la trachée et l'autre de la crosse aortique. Nous l'avons disséqué avec beaucoup de peine. Il est entouré d'un tissu cellulaire dense et rougeâtre. Jusqu'à son émergence du pneumogastrique, il est ainsi cerné et comprimé. Le nerf pneumogastrique lui-même est entouré de ganglions dans toute son étendue.

Du côté droit du cou, on ne trouve pas de tumeur; les vaisseaux et nerfs sont sains. Ce n'est qu'au moment où ils plongent dans le thorax qu'ils sont englobés dans une masse ganglionnaire considérable. Le pneumogastrique est étalé et aplati sur une de ces tumeurs.

Cette compression manifeste des deux nerfs pneumogastriques et du nerf récurrent gauche nous explique la difficulté de la respiration qui a ouvert la série des troubles fonctionnels. Elle nous explique la paralysie des cordes vocales, le carnage laryngien et les

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

accidents asphyxiques ultimes. Elle confirme enfin le diagnostic que nous avions porté.

La crosse de l'aorte, la trachée et les bronches étaient complétement entourées de ganglions dont quelques-uns présentaient une coloration noirâtre. La division supérieure de la bronche droite était perforée par un ganglion qui avait détruit sa paroi et faisait saillie à l'intérieur du tuyau aérien, dont la lumière était presque obstruée.

Le péricarde en était également doublé. Cette enveloppe n'était plus isolable, et sa face externe adhérait intimement aux masses morbides. Une de ces tumeurs, du volume d'un œuf de poule, avait envahi cette enveloppe dans toute son épaisseur et faisait saillie dans sa cavité. Toutefois, le feuillet séreux n'avait été que soulevé par la tumeur et s'enfonçait dans les petites anfractuosités que celle-ci présentait à sa surface.

Le cœur est surchargé de graisse et présente quelques plaques laiteuses. Ses cavités ne sont point dilatées et ne contiennent pas d'air.

Le plexus brachial et les vaisseaux axillaires, du côté gauche, sont entourés de ganglions. Ceux du côté droit ne présentent rien de semblable.

La face postérieure du sternum présente de gros ganglions solidement fixés.

Dans les cavités pleurales, surtout à gauche, on trouve, le long des espaces intercostaux, de petites tumeurs situées dans la plèvre, à laquelle elles adhèrent.

Les deux poumons sont congestionnés ; ils présentent, à leur surface seulement, des nodosités blanches, saillantes, adhérentes à la plèvre et refoulant le tissu aréolaire du poumon dans l'épaisseur duquel nous n'avons rien rencontré de semblable. Les bronches sont remplies de mucosités épaisses.

Les ganglions prévertébraux situés dans l'abdomen sont tous envahis. Ils constituent une chaîne qui se bifurque, suit les vaisseaux iliaques et s'arrête de chaque côté à l'anneau crural qu'elle ne dépasse pas. La veine cave inférieure est comprimée, particularité qui nous explique l'œdème des membres inférieurs.

Les ganglions du mésentère sont également hypertrophiés.

Le foie est volumineux et gros. On y trouve, en certains points voisins de sa surface, des îlots grisâtres assez nettement circulaires et quelquefois énucléables avec le manche du scalpel. Ailleurs, le tissu morbide est moins nettement circonscrit; il se confond avec le tissu hépatique sain, dans l'épaisseur duquel il envoie de petits prolongements.

La rate est deux fois plus volumineuse qu'à l'état normal; son tissu est ferme et contient de nombreuses tumeurs de consistance assez molle et de coloration grisâtre. Leur volume, pour les plus grosses, n'excède pas celui d'un petit pois. Elles sont très-peu adhérentes au tissu sain qui les entoure.

Des sections faites dans le corps des vertèbres de toutes les régions nous montrent un tissu spongieux, infiltré en certains points d'une substance grise analogue à celle que nous trouvons dans la rate.

Les reins et l'encéphale n'ont rien présenté de remarquable.

A la coupe, tous les ganglions présentent un tissu gris, lardacé, d'apparence plus ou moins fibreuse et de consistance plus ou moins ferme. Les ganglions cervicaux sont les plus durs; ceux de l'abdomen sont, au contraire, les plus mous; leur tissu est presque encéphaloïde. Les derniers sont évidemment de formation plus récente, et la maladie a évidemment débuté par les premiers, pour marcher ensuite de haut en bas.

Par le râclage, on obtient un véritable suc blanchâtre, analogue au suc cancéreux et renfermant des éléments cellulaires, que nous allons retrouver dans un instant.

Examen hystologique. — Toutes nos pièces ont été déposées dans une solution faible d'acide chromique. Après durcissement complet, nous avons fait des coupes minces, que nous avons colorées par le carmin et déposées dans la glycérine.

Ganglions lymphatiques. — Ils présentent tous la même structure : un tissu réticulé excessivement fin, renfermant des cellules lymphatiques.

Le tissu réticulé est formé de trabécules d'épaisseur variable, se réunissant les unes aux autres, généralement très-minces, s'accolant et circonscrivant des mailles qui renferment les cellules. Ces mailles sont quelquefois étroites et allongées, et renferment de longues traînées de cellules juxtaposées. — Ces trabécules sont colorées par le carmin et présentent çà et là quelques noyaux.

Les cellules lymphatiques, également colorées par le carmin, ont de $0^m,008$ à $0^m,010$ de diamètre; elles sont rondes; leur contour est net, mais non pas absolument régulier; leur contenu est finement granuleux. Situées dans les mailles du réticulum, elles peuvent être chassées par le pinceau. Quelques-unes paraissent très-adhérentes au réticulum.

Les vaisseaux sont nombreux ; leur paroi renferme des noyaux.

Telle est la structure générale de tous les ganglions hypertrophiés.

Quelques-uns, ceux du cou particulièrement, qui ont été les premiers atteints, présentent dans leur structure un tissu conjonctif ondulé très-abondant, qui devient parfois très-dense et donne à ces tumeurs l'aspect du tissu fibreux.

Ceux de l'abdomen, que nous considérons comme de formation plus récente, sont mous et riches surtout en éléments cellulaires.

Rate. — Les tumeurs de la rate ne dépassent généralement pas le volume d'un pois. Chacune se compose d'une série de nodules assemblés les uns à côté des autres et séparés par du tissu sphénique sain. Celui-ci est de couleur foncée, tandis que le tissu morbide se distingue par sa coloration rosée. On y retrouve le même tissu réticulé et les mêmes cellules lymphatiques que nous avons décrits dans les ganglions. Chacun de ces nodules élémentaires, privé de pigment, est enveloppé d'une couche de granulations pigmentaires foncées.

Ces petites tumeurs adhèrent très-peu au tissu sain et ont même de la tendance à s'en détacher sur les coupes durcies.

Foie. — Le tissu morbide se présente sous deux formes :

1° Sous forme de tumeurs bien nettement circonstrites, renfermant les éléments histologiques décrits plus haut. Au pourtour, le tissu conjonctif est notablement épaissi et forme une véritable capsule. En avançant vers le centre de la tumeur, on voit les faisceaux de cette capsule se séparer et contenir des groupes de cellules lymphatiques. Peu à peu, ces faisceaux s'éclaircissent, et l'on arrive au tissu réticulé.

Vers la limite des tumeurs, on trouve des traînées de cellules hépatiques en voie de dégénérescence graisseuse.

2° Sous forme de traînées. — Ici, plus de capsule. On trouve le tissu réticulé, accompagnant souvent un rameau vasculaire qu'il englobe. Il se perd dans le tissu sain, où il envoie des prolongements qui se réunissent quelquefois pour enfermer des groupes de cellules hépatiques devenues granulo-graisseuses.

Vertèbres. — Le tissu spongieux des vertèbres est infiltré de matières grisâtres. Traité par l'acide chromique, il s'est décalcifié, et nous a permis de faire des coupes.

Les trabécules osseuses renferment des ostéoplastes généralement transparents, et présentent une structure lamelleuse très-nette. Ces trabécules circonscrivent des mailles remplies de tissu lymphoïde analogue à celui de la rate, du foie et des ganglions.

Toutes ces pièces ont été présentées à la Société anatomique.

Cette observation est intéressante à plus d'un point de vue. Nous ne voulons pas entrer ici dans de longues considérations sur la nature et l'étiologie de cette singulière maladie. Nous aurions pu peut-être rapprocher avantageusement ce fait de quelques autres faits analogues qui se sont produits dans les derniers temps. Je fais surtout allusion au cas de M. Trélat, qui préoccupe vivement la Société de chirurgie et qui a beaucoup d'analogie avec le nôtre.

Pour le moment, nous nous bornerons à faire ressortir les faits suivants :

1° L'examen clinique et le microscope nous ont montré que nous avons affaire à cette maladie bien connue, que Trousseau a appelée adénie, que nous appellerons lymphadénome.

2° Comme il arrive souvent, l'altération a débuté par le cou. Les ganglions de cette région se sont hypertrophiés les premiers, sans cause appréciable. Plus tard, l'altération, suivant une marche ascendante, a successivement envahi les ganglions du thorax et de l'abdomen.

3° Le tissu histologique des ganglions est allé se reproduire au loin dans la rate, le foie, la plèvre, et même dans les os.

Virchow, dans le 3e volume de son *Traité des tumeurs*, émet des doutes sur les productions lymphoïdes de la plèvre et de la rate. Cette petite lacune sera comblée par notre observation.

4° Malgré tant de graves lésions organiques, notre malade a conservé son embonpoint jusqu'au bout. C'est là un fait singulier qu'il est bon de noter.

5° Cette maladie est redoutable au premier chef. D'abord, parce qu'elle ne guérit pas. Quelques médications peuvent bien en arrêter pour un temps les progrès, mais l'amélioration qu'elles déterminent n'est jamais que passagère. Ensuite, parce qu'elle peut suivre son évolution complète et emporter celui qui en est atteint dans l'espace de quelques mois.

6° Nous ne terminerons pas sans faire remarquer que, pendant l'opération, la veine jugulaire interne est restée béante pendant près d'une demi-heure, sans que l'air y ait jamais pénétré ; l'autopsie nous a montré que rien ne s'opposait à cette pénétration et que ni les veines, ni le cœur droit ne contenaient la moindre bulle d'air.

TRAITEMENT DE L'HÉMÉRALOPIE ÉPIDÉMIQUE

PAR LES CABINETS TÉNÉBREUX (1)

Par A. Netter

Pour que ce traitement réussisse, certaines conditions, du reste bien simples, doivent être observées. Quel est le but de la réclusion temporaire des héméralopes dans un cabinet noir ? Évidemment, une *accommodation* de la vue aux faibles quantités de lumière de ce milieu, et dès lors les malades doivent, premièrement, loin de dormir, avoir les yeux éveillés ; deuxièmement, pendant que l'accommodation s'effectue, il faut éviter que les yeux soient tout à coup éblouis par des rayons vifs venant brusquement du dehors, et enfin, troisième condition, quand une fois la vision dans le cabinet noir s'est effectuée, ménager, lors de la sortie, l'exposition au grand jour. Tout cela va de soi. Voici les instructions, sorte de consigne, qu'à cet effet j'ai établies dans mon service de Strasbourg :

1° Avant l'entrée dans le cabinet, dépouiller les malades de leurs allumettes et de leur tabac ;

2° Recommander de ne pas dormir ; au contraire, se promener la plus grande partie du temps en long et en large, en regardant autour de soi ;

3° Fermer les yeux toutes les fois que, pour les besoins du service, la porte doit s'ouvrir.

Comme je n'enferme en général les héméralopes que dans le courant de l'après-midi, je les laisse dans le cabinet jusqu'à l'arrivée de la nuit ; c'est la meilleure manière de ménager la vue à la sortie.

Ce traitement a d'abord pour avantage d'éloigner les simulateurs ; feindre une cécité pour se faire enfermer dans un cabinet noir, il n'y aurait pas de raison. Quant aux malades véritables, désireux de guérir, ils se conforment volontiers aux instructions établies.

La présence dans le cabinet d'un infirmier surveillant n'est nécessaire que pour les premiers cas revenant au printemps ; une fois les choses connues des malades, ceux-ci se transmettent les instructions entre eux.

Veut-on, pendant la réclusion même, procéder à l'aération du cabinet, ce qui peut devenir nécessaire à cause de la présence d'une chaise percée et parce que plusieurs hommes se trouvent enfermés ensemble ? Rien de plus simple ; les malades se bandent les yeux avec leurs cravates et l'on ouvre porte et fenêtres ; grâce à mon système de rideaux, tout cela s'opère avec la plus grande facilité.

J'ai dit que la réclusion a seulement lieu dans l'après-midi ; je n'enferme en effet les héméralopes qu'à partir de trois heures, de deux heures ou de midi, selon que les cas sont plus ou moins intenses. Quand, par exception, il s'agit de cas remontant à deux ou trois mois d'invasion, c'est le matin de bonne heure, à neuf heures, par exemple, que le traitement commence.

Y a-t il insuccès après une première séance ? Le lendemain, la réclusion se fait plus tôt.

Au lieu d'une guérison complète, n'a-t-on obtenu une première fois qu'une amélioration considérable, quelque léger brouillard persistant encore ? Deuxième réclusion le lendemain, mais moins courte, c'est-à-dire commençant plus tard dans l'après-midi.

Voici la statistique des héméralopes du 2e d'artillerie, traités par moi cette année-ci même ; c'est le régiment qui m'en a fourni le plus.

Noms.	Entrée à l'hôpital.	Sortie de l'hôpital.	Observations.
Deplante......	21 avril.	28 avril.	Examen réitéré du nommé Deplante avant la mise en traitement pour l'instruction des élèves qui suivent la visite.
Labourie......	24 avril.	26 avril.	
Cerize.........	25 avril.	30 avril.	
Nillès	26 avril.	29 avril.	
Dangratz......	28 avril.	3 mai.	
Colin..........	29 avril.	2 mai.	
Hermann.......	28 avril.	3 mai.	
Veltin.........	30 avril.	2 mai.	
Bonneville.....	30 avril.	3 mai.	
Legel..........	14 mai.	17 mai.	
Boegaert......	15 mai.	17 mai.	
Rougelet......	17 mai.	20 mai.	
Berson........	23 mai.	26 mai.	
Marion	24 mai.	mai.	
Poupart.......	19 juin.	22 juin.	
Masson........	28 juin.	30 juin.	
Dechambre....	28 juin.	31 juillet.	

Le médecin-major du régiment, M. Dziewonski, m'a dit qu'il n'y a pas eu une seule récidive.

On voit par ces dates officielles qu'en moins de trois jours et demi, y compris le jour d'entrée, j'ai pu assurer le diagnostic, obtenir la guérison radicale et vérifier le traitement.

Je me suis borné dans cette notice aux détails purement pratiques du traitement, renvoyant pour toutes explications théoriques, ainsi que pour les observations détaillées au mémoire que j'ai publié sous le titre : *Des cabinets ténébreux dans le traitement de l'héméralopie* (1).

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) Paris, Germain-Baillière, 1863.

Nota. L'ophthalmoscopie ayant signalé dans ces dernières années trois phénomènes comme caractérisant l'héméralopie épidémique (œdème péripapillaire, engorgement des veines, pâleur des artères), il serait intéressant de savoir si ces lésions disparaissent avec le traitement dans le cabinet noir.

A cette occasion, je prierai les observateurs d'examiner, avant la mise en traitement, si ces phénomènes ne coïncideraient pas avec un *cercle noir, anormal,* bordant la papille optique soit complétement, soit sur un côté seulement. Quelques recherches faites il y a deux ans, sur mes indications, semblent démontrer non-seulement que le liséré noir anormal existe, mais encore qu'il s'efface et disparaît avec le séjour dans l'obscurité.

Je demande que dans cette vérification on procède avec la plus grande attention et qu'on revienne plusieurs fois à l'examen, les lésions de l'héméralopie épidémique ne pouvant être que minimes, eu égard à la rapidité avec laquelle on peut guérir l'affection.

A. N.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1872. — Présidence de M. Larrey.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre de M. le docteur Barlotti (d'Ajaccio) accompagnant l'envoi d'un mémoire sur le mauvais air en Corse;

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 et 1871 dans les départements de l'Ariége, de Loir-et-Cher, d'Indre-et-Loire et dans les arrondissements de Toulouse et de Villefranche (Commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Depuisaye sur le service médical des eaux minérales d'Enghien en 1871 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une lettre de M. le docteur Ollier (de Lyon) qui sollicite le titre de membre correspondant national;

2° Des lettres de remerciements de MM. les docteurs Barudel et Chabannes, lauréats de l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. Berthelot offre en hommage un ouvrage dont il est l'auteur et qui est intitulé : *Traité élémentaire de chimie organique.*

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Tholozan, une brochure intitulée : *Observation sur le choléra.*

M. Pidoux présente un volume intitulé : *l'Herpétisme*, par M. le docteur Gigot Suard.

M. J. Guérin dépose sur le bureau, de la part de M. Germond de Lavigne, un travail sur la législation des eaux minérales en France et un volume de la *Gazette des eaux*, année 1871. Il s'exprime dans les termes suivants :

J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, au nom de M. Germond de Lavigne, un travail intitulé : *La législation des eaux minérales en France,* et un volume de l'année 1871 de la *Gazette des eaux.*

Le volume de la *Gazette des eaux* offre ce fait intéressant à signaler, que, en reprenant sa publication le 6 avril de l'année dernière, après le siége de Paris et sous les douleurs de la Commune, la première pensée du journal a été d'ouvrir contre les eaux minérales de l'Allemagne et au profit des eaux minérales françaises cette patriotique campagne, dans laquelle se sont ensuite engagés les plus expérimentés de nos écrivains et de nos professeurs.

Ce fait mérite à la *Gazette des eaux* l'accueil sympathique de l'Académie.

Le travail de M. Germond de Lavigne sur la *Législation des eaux minérales* est une étude complète de la situation qui résulte aujourd'hui d'un régime de tradition tombé successivement en caducité, auquel il serait intéressant de soustraire ces utiles ressources de la thérapeutique, dans l'intérêt de la science, de la profession médicale et des malades.

M. de Lavigne pense, et l'on doit croire avec lui, qu'il est opportun de laisser libre désormais l'exploitation des sources minérales et la vente des eaux transportées;

De ne soumettre les établissements d'eaux minérales à nul autre contrôle qu'à celui de droit commun, tel qu'il s'exerce sur les divers établissements ouverts au public.

Cela conduit à une autre réforme que de nombreuses aspirations demandent depuis plusieurs années.

L'inspectorat médical a considérablement perdu de son utilité à mesure que de légitimes libertés se sont fait jour dans l'usage des eaux minérales, à mesure aussi que la science et l'administration ont progressé.

Le rôle professionnel des inspecteurs n'est plus exclusif comme autrefois; par le fait, il existe auprès de toutes les sources des médecins qui prennent une part de ce rôle, et l'inspection n'est plus qu'une attribution de surveillance peut-être peu compatible avec le véritable caractère du médecin.

La réforme réclamée ne fera que consacrer cette loi suprême de l'égalité dans la profession. Une seule condition peut modifier la formule trop absolue de ce principe : cette condition est la légitime supériorité qui appartient partout à l'expérience, à la notoriété et au talent.

M. le Président annonce que M. Bardinet (de Limoges) assiste à la séance.

RAPPORTS

M. Boudet, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gubler et Miahle, lit un rapport sur un mémoire relatif au nouveau laudanum proposé par M. Delioux de Savignac.

M. le rapporteur fait observer que la formule proposée par M. Delioux de Savignac ne diffère de la formule du laudanum de Sydenham que par la substitution de l'extrait d'opium à l'opium brut et celle de la teinture de canelle à la canelle brute.

En conséquence, la commission, s'associant au jugement prononcé par la commission du Codex, pense qu'il n'y a pas lieu d'approuver la formule de M. Delioux.

Malgré quelques observations présentées par MM. Béhier, et Briquet, tendant à appuyer l'opinion de l'auteur de la nouvelle formule sur quelques-uns des inconvénients du laudanum de Sydenham, en particulier sur son goût et son odeur désagréables, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

M. Miahle, au nom de la commission des eaux minérales, lit quatre rapports sur des demandes d'exploitation de nouvelles sources : de Charlieu (Loire); Villeneuve-de-Marsan (Landes); Saint-Diéry (Puy-de-Dôme); Saint-Boes (Basses-Pyrénées).

Les conclusions sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Vernois relatif à une demande de programme d'un cours d'hygiène à l'usage des élèves des lycées.

DISCUSSION SUR LE PROGRAMME D'UN COURS D'HYGIÈNE A L'USAGE DES LYCÉES.

M. Devergie, approuvant d'ailleurs l'ensemble du programme, présente quelques critiques de détail. Il y a, dit-il, une disproportion évidente entre les sujets proposés pour telle leçon et ceux de telle autre. Quelques sujets lui paraissent inopportuns. Quel intérêt y a-t-il, par exemple, à entretenir des élèves de rhétorique des questions de la gale et de la teigne? Il y a aussi, dans les deux dernières propositions, des questions de médecine; or, la médecine mise à la portée des gens du monde est toujours de fort mauvaise médecine. Il y aurait plutôt avantage, peut-être, à faire une leçon sur la conduite à tenir en cas d'épidémie.

Quant aux médecins des lycées, à qui l'on propose de confier les leçons d'hygiène, ne sont-ils pas trop occupés, en général, pour les surcharger de ce surcroît de besogne? Ne vaudrait-il pas mieux en charger les professeurs des écoles préparatoires de médecine ou des professeurs des Facultés de sciences?

M. CHAUFFARD craint que ce ne soient bien des paroles perdues. Il ne croit ni à l'utilité, ni à l'efficacité du programme que l'on propose. Il voudrait qu'un enseignement de ce genre fût réservé uniquement pour les grandes écoles de l'État.

M. BOUILLAUD est du même avis que M. Chauffard. L'idée de vulgariser l'enseignement de l'hygiène est une utopie. L'hygiène ne s'apprend pas à demi. Vous ferez des hygiénistes malgré eux.

M. VERNOIS, rapporteur, et M. DELPECH, membre de la commission, réfutent la plupart de ces objections, et se retranchent d'ailleurs derrière l'obligation où ils ont été de se conformer dans la rédaction du programme au plan général qui leur a été donné.

M. Vernois répond en particulier aux observations de M. Devergie relatives aux maladies contagieuses, en citant des exemples qui prouvent combien il importe que certains faits soient portés à la connaissance des élèves, ainsi que des surveillants.

Enfin, M. Vernois consent à renoncer aux deux derniers articles.

M. LARREY appuie l'idée émise par M. Chauffard, d'appeler l'attention des pouvoirs publics, par l'expression d'un vœu, sur l'utilité qu'il y aurait à établir un enseignement hygiénique sérieux dans les écoles de l'État, où il n'est pas établi encore.

M. le rapporteur tiendra compte de ces observations dans la rédaction définitive de son programme.

Sous ces réserves, la rédaction est mise aux voix et adoptée.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 2 février 1872. — Présidence de M. GROS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. LUNIER exprime le vœu que, tout en versant pour la souscription patriotique le montant des frais du banquet annuel, il y ait néanmoins cette réunion intime des membres de la Société.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur les phénomènes consécutifs à l'ablation du cerveau et sur les mouvements de rotation,* par M. Onimus.

M. VOISIN lit un rapport sur un mémoire envoyé par M. le docteur Bourgogne fils, et intitulé : *Épidémie cholérique de* 1866.

Dans ce mémoire, M. le docteur Bourgogne cherche à identifier le miasme cholérique et le miasme paludéen, et préconise le tannate de quinine.

M. Voisin ne peut accepter les conclusions de M. Bourgogne, car des expériences récentes, faites par lui-même, ont démontré que le tannate de quinine n'est point absorbé. D'un autre côté, M. Bourgogne établit sa statistique d'après les cas où il a été appelé dès le début de l'affection, et c'est donc aussi bien à des cas de cholérine qu'à des cas de choléra qu'il a eu affaire, et l'action du tannate de quinine se réduirait ainsi à une action astringente sur l'intestin, ce qui expliquerait son influence favorable dans la diarrhée. Mais alors cette médication n'est pas la seule que nous ayons à notre disposition, et le laudanum, le sous-nitrate de bismuth agissent avec la même sûreté que le tannate de quinine.

Eu égard à ces critiques, M. Voisin propose de déposer le mémoire dans les Archives de la Société et d'adresser à M. le docteur Bourgogne une lettre de remercîments, tout en l'invitant à poursuivre ses recherches sur le choléra.

M. DE RANSE fait remarquer que M. Mialhe avait d'abord nié d'une manière absolue l'absorption complète du tannate de quinine, mais que depuis il a reconnu que ce médicament peut être décomposé, mais très-faiblement, et dans les seuls cas où il est donné à doses considérables.

MM. FORGET et LUNIER désirent que le rapport fasse encore plus de réserve sur le diagnostic posé par M. Bourgogne, car il est hors de doute que, dans les cas donnés comme cas de choléra algide, il y a eu un grand nombre de cas de cholérine, et que les chiffres fournis par M. Bourgogne sont loin de reposer sur des preuves certaines et suffisantes.

M. AIMÉ MARTIN lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Briquet au titre de membre honoraire de la Société de médecine, et demande, au nom de la commission dont il est le rapporteur, que ce titre soit conféré à M. Briquet.

M. Surmay est nommé, au premier tour de scrutin, membre correspondant de la Société.

MM. LUNIER, FOVILLE, MOTET et DELASIAUVE présentent différentes observations sur le rapport relatif à la loi sur les aliénés.

La séance est levée à six heures moins un quart.

Le secrétaire annuel : Dr ONIMUS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 avril 1872, ont été promu ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Richet, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu : services exceptionnels ; a fait preuve d'un grand dévouement dans les soins donnés aux blessés et aux malades pendant le siége et l'insurrection de Paris.

Au grade de chevalier : MM. Laguerre, médecin du bureau de bienfaisance du 9e arrondissement de Paris : services dévoués dans les ambulances pendant les deux siéges ; — Malterre, ex-chirurgien-major du 66e bataillon de la garde nationale de la Seine : services distingués dans les ambulances; — Bacquias, médecin à Troyes (Aube) : services dévoués pendant la guerre; — Métaxas, médecin à Marseille (Bouches-du-Rhône) : a dirigé une ambulance pendant la guerre; services gratuits rendus aux classes pauvres ; — Valude, médecin à Vierzon (Cher) : services dévoués dans les ambulances de l'armée de la Loire ; — Galopin, médecin à Illiers (Eure-et-Loir) : 36 ans de services gratuits; soins dévoués donnés aux blessés de l'armée de la Loire ; — Moussous, médecin en chef de la maison de santé protestante de Bordeaux (Gironde) ; services dévoués dans l'ambulance de cet établissement ; — Hybord, médecin à Meung (Loiret) : a prodigué ses soins aux blessés de l'armée de la Loire et aux malades atteints de la variole ; — Vigués, médecin à Saint-Sauveur-le-Vicomte (Manche) : s'est signalé par le dévouement avec lequel il a soigné les malades à l'ambulance de cette ville ; — le docteur Sergeant, maire de Neauphle-le-Château (Seine-et-Oise) : soins dévoués donnés aux soldats blessés à l'hôpital de Jouars-Pontchartrain, pendant le second siége; 22 ans de services.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Les épreuves pour le concours d'agrégation (section de médecine et de médecine légale) ont été terminées le 21 mars. — M. Lacassagne a été présenté en première ligne ; M. Eustache, en deuxième ligne.

— *Hôpitaux de Montpellier.* — MM. Balestre et Juert sont nommés internes, à la suite d'un brillant concours.

— M. le docteur Osiecki (de Sainte-Menehould) vient de recevoir une médaille d'or, comme récompense de sa conduite pendant la guerre.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les opérations des voies urinaires le mardi 16 avril, à 5 heures, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— Trois éditions de l'ouvrage de M. Louis Figuier : le *Lendemain de la mort ou la Vie future selon la science,* ont été épuisées en quel-

ques mois. La librairie Hachette vient de faire paraître la 4e édition de ce livre remarquable, et cette édition a reçu de l'auteur beaucoup de développements. Un des plus intéressants parmi les nouveaux chapitres, est celui où M. Louis Figuier traite, d'après le physiologiste Barthez, « Du bonheur que l'on peut goûter à mourir. » (1 vol. in-18. Prix : 3 fr. 50.)

— On demande à acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

L'ambulance n° 5, par G. PELTIER, interne des hôpitaux de Paris. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 43. — SAMEDI 13 AVRIL 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 13 AVRIL 1872. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Thoracentèse. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Thoracentèse.

La cause de la thoracentèse dans les épanchements séreux de la plèvre gagne tous les jours du terrain. Proposée d'abord pour les cas d'urgence seulement et pour les épanchements considérables, elle a été successivement appliquée aux cas d'épanchements moyens, puis conseillée pour presque tous les cas d'épanchements, sous la seule réserve de n'opérer qu'après un certain délai qui permet soit de laisser tomber les phénomènes inflammatoires, soit de s'assurer si l'épanchement ne se résorberait pas tout seul et de lui-même, ainsi qu'il arrive quelquefois. Nous ne rappellerons pas ici les discussions qui ont eu lieu sur ce point important de pratique et qui ont toutes tourné, en définitive, à l'honneur de la thoracentèse. Où s'arrêtera-t-on dans cette voie? La thoracentèse deviendra-t-elle le traitement usuel et à peu près unique de la pleurésie ? C'est l'opinion qui tend à dominer aujourd'hui.

Voici, sur ce sujet, une lettre que M. Jules Castiaux, interne des hôpitaux, actuellement attaché au service de M. Fremy à l'Hôtel-Dieu, adresse, sous le couvert de la *Gazette des Hôpitaux*, à M. le professeur Béhier, et dans laquelle on trouvera l'expression la plus avancée des partisans de cette opération et le plaidoyer le plus chaleureux en sa faveur.

« *A M. Béhier, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.*

« Cher maître,

« Votre dernière leçon clinique sur la thoracentèse aura, j'en suis convaincu, un grand retentissement, non-seulement à cause de la clarté avec laquelle vous avez su nous en exposer les indications et le manuel opératoire, mais parce que, en terminant, vous nous avez montré des horizons nouveaux (1).

« Jusqu'ici, quoi qu'on puisse dire, la thoracentèse est restée une opération d'urgence. En général, on la fait quand on ne peut plus reculer, quand la respiration du malade indique une gêne profonde, un obstacle considérable à l'extension pulmonaire.

« Vous prévoyez le moment où elle entrera dans la pratique de tous les jours, où elle remplacera d'une façon définitive les autres traitements employés contre les épanchements séreux de la plèvre. Alors, on n'attendra plus qu'il y ait plusieurs litres de sérosité; on n'attendra plus que le malade soit arrivé à la dernière période. On évacuera par la ponction le liquide aussitôt qu'on en aura diagnostiqué la présence, et on ne perdra plus un temps précieux à appliquer des vésicatoires dont l'action, si elle n'est pas absolument nulle, est tellement lente à se produire que nous pouvons raisonnablement nous demander s'ils méritent les honneurs de la cure.

« Vous avez dû, à ce propos, rester dans une sage réserve : « Mon expérience, avez-vous dit, ne me permet pas encore de « me prononcer ouvertement pour cette méthode, mais je ne « laisserai passer aucune des occasions qui se présenteront à « moi pour me faire un jugement. »

« Déjà j'avais voulu marcher dans la voie que vous indiquez, cher maître. Permettez-moi, avant de vous soumettre les résultats de mes observations, de vous exposer les raisons qui m'ont engagé à présenter la thoracentèse comme étant le seul traitement efficace de l'épanchement pleural.

« Le vésicatoire, un peu abusivement employé peut-être, me paraît inutile parce qu'il ne saurait faire résorber le liquide contenu dans la plèvre.

« En effet, que l'on veuille bien considérer un instant l'étendue considérable de la séreuse comparée à la faible surface de la peau sur laquelle agit l'emplâtre; — que l'on considère encore l'énorme distance qui sépare ces deux membranes, leur circulation, et on comprendra à quelles hypothèses il faut avoir recours pour expliquer le mode d'action des vésicatoires.

« D'ailleurs, interrogeons la clinique. Ici, cher maître, je ne fais que citer vos propres paroles : « Nous mettons un temps considérable à faire résorber même de faibles épanchements pleurétiques avec les vésicatoires. » Cela équivaut presque à une condamnation. Pour moi, j'ose dire plus : Si nous proscrivons les vésicatoires, si nous évacuons le liquide aussitôt que nous pouvons en constater la présence, nous diminuons considérablement la durée de la maladie.

« Voyons maintenant si c'est là une de ces questions oiseuses devant lesquelles on a le droit de passer indifférent.

« Le liquide des épanchements pleuraux est essentiellement coagulable. Quelques gouttes d'acide azotique y déterminent un précipité extrêmement abondant. Dans quelques cas, le re-

(1) Cette leçon n'a pas été publiée, mais on pourra se référer à la leçon que nous avons résumée dans les nos 88 et 89 (11 et 12 septembre) de l'année 1871, où ont été formulés les mêmes opinions et les mêmes préceptes.

froidissement seul suffit pour y former un véritable caillot. Quand un épanchement tend vers la guérison, quand il commence à diminuer, la partie la plus liquide, le sérum, est résorbée; la partie coagulable, fibrine ou albumine, se précipite. Tel est un des modes de formation des fausses membranes.

« Ces fausses membranes, si fréquentes qu'il est peu d'autopsies où nous n'en trouvions au moins quelque trace, ne sont pas tout à fait inoffensives. Molles d'abord, elles finissent par prendre de la consistance; elles deviennent fibreuses, mettent obstacle au jeu régulier des poumons, et peuvent à la longue déterminer des troubles profonds dans l'hématose. Ces troubles fonctionnels, lents d'ailleurs à se produire, ne sont pas bien connus, je crois, et je me demande s'ils ne peuvent pas, jusqu'à un certain point, contribuer à la formation des tubercules, par exemple, pour peu surtout que le sujet y soit prédisposé. Du reste, les fausses membranes constituent un produit de formation incomplète, un terrain mauvais sur lequel se greffent volontiers bien des produits morbides. Une des transformations les plus fréquentes qu'elles subissent est l'infiltration calcaire produisant des ostéophytes capables de gêner le jeu des côtes, de comprimer les nerfs intercostaux et de donner lieu à ces interminables névralgies qui font le désespoir des malades. Ces névralgies consécutives à la pleurésie sont fréquentes, et je crois qu'il est souvent possible d'en trouver la cause dans les fausses membranes. Or, si celles-ci sont une suite fréquente de la coagulation du liquide de l'épanchement, je crois être logique en disant qu'il faut le faire disparaître aussitôt qu'on le peut par la thoracentèse.

« Avant de terminer, je dirai une seule chose en faveur du vésicatoire : il peut atténuer la douleur. C'est la seule propriété que je ne lui conteste pas. Mais, pour combattre le point de côté, n'avons-nous pas un moyen plus commode, plus sûrement et plus promptement efficace, d'un emploi moins désagréable? Je veux parler des injections hypodermiques, dont vous avez été le premier vulgarisateur parmi nous. La douleur est souvent diminuée après une première injection; en tout cas, c'est un moyen auquel on peut avoir souvent recours. Le grand avantage c'est que, une fois l'injection faite, rien ne s'oppose à l'inspection de la poitrine. C'est, en effet, là un des inconvénients du vésicatoire : outre qu'il est douloureux pendant plusieurs jours, il produit parfois l'insomnie et nécessite des pansements et des bandages dont la présence peut gêner l'auscultation et la percussion.

« C'est dans le but de faire de la thoracentèse une opération simple, facile, à l'abri de tout danger, que j'ai cherché à apporter quelques modifications dans le manuel opératoire. J'ai commencé à faire fabriquer, il y a deux ans et demi, mes trocarts à pointe cachée, auxquels vous avez bien voulu donner votre approbation. Depuis cette époque, j'ai fait construire un appareil commode, sur lequel j'aurai bientôt occasion de revenir.

« J'entrai dans le service de mon excellent chef, M. Frémy, avec des idées bien arrêtées sur le traitement des épanchements séreux de la plèvre. Ces idées, d'ailleurs, étaient à peu de chose près les siennes, et je les exposai à plusieurs reprises devant les élèves du service :

« 1° Combattre le point de côté par les injections hypodermiques, quelquefois par les ventouses; renoncer au vésicatoire.

« 2° Faire la thoracentèse aussitôt la présence du liquide reconnue, quelle qu'en soit la quantité, sans jamais laisser à la nature ou aux vésicatoires le soin de le faire disparaître. S'il se reproduit, on renouvelle la ponction.

« 3° Ponctionner avec des trocarts aussi fins que possible, en y joignant l'aspiration. Je dois dire que, il y a quelques années déjà, M. Blachez, remettant en honneur un procédé employé autrefois par Récamier, nous a montré les avantages des trocarts capillaires.

« Je ne tardai pas à trouver l'occasion d'appliquer ce mode de traitement, et je fis dans le courant du mois de janvier de cette année quatre thoracentèses, dans lesquelles j'évacuai successivement 2,400, 1,100, 1,060, 400 grammes de sérosité. Les résultats que j'ai obtenus ont été frappants. Le liquide ne s'est pas reproduit, et la guérison a suivi de très-près le traitement.

« J'ai eu, depuis, l'honneur de pratiquer devant vous trois opérations, qui, il faut l'espérer, réussiront aussi bien que les autres.

« Permettez-moi, mon cher maître, de vous remercier de m'avoir montré tant de bienveillance et de m'avoir fourni l'occasion de continuer mes recherches, que je crois intéressantes à plus d'un titre.

« Jules Castiaux,
« Interne des hôpitaux. »

Nous n'avons là prétention ni de nous substituer à M. Béhier, ni de préjuger ce que le savant professeur pourra avoir à répondre à cette lettre. C'est sous notre seule responsabilité que nous ferons quelques réserves à l'égard des conséquences que pourrait avoir une pratique basée sur un principe aussi absolu que celui qui est formulé par M. Castiaux. Nous nous appuierons tout d'abord sur les faits nombreux d'épanchements pleurétiques se résorbant spontanément, et dont M. Béhier lui-même citait plusieurs exemples dans la leçon précitée (voir *Gaz. des hôp.*, nos 88 et 89, 1871), pour infirmer la proposition beaucoup trop absolue de faire la thoracentèse aussitôt la présence du liquide reconnue et quelle qu'en soit la quantité. Cette raison seule nous suffirait alors même qu'il n'y aurait pas d'autres motifs de temporisation. Ces motifs, nous les trouvons d'abord dans l'incertitude que peut présenter encore le diagnostic de l'épanchement lui-même, ensuite dans le degré d'acuité de l'inflammation de la plèvre à cette époque, enfin dans la considération de la nature même de l'épanchement, c'est-à-dire de son diagnostic médical. Les indications ne varient-elles pas, en effet, suivant qu'il s'agit d'un épanchement dû à une pleurésie aiguë franchement inflammatoire ou de ces pleurésies avec épanchements séro-plastiques que M. le professeur Dupré (de Montpellier), dans son remarquable mémoire lu à l'Académie de médecine il y a environ deux ans, a qualifiées de rhumatismales, ou bien enfin d'un de ces épanchements consécutifs à des lésions organiques ou à des altérations générales.

Nous ferons des réserves aussi à l'égard de l'espèce d'ostracisme dont le vésicatoire est l'objet. Qu'il y ait peu de fonds à faire sur les vésicatoires comme moyen de déterminer ou de faciliter la résorption de l'épanchement, d'accord; mais il n'en est pas tout à fait de même pour ce qui est de la dérivation du travail phlegmasique. Et quant à substituer au vésicatoire, qui peut avoir des inconvénients que nous ne voulons nullement dissimuler, mais qui, en somme, n'a aucun danger sérieux, des injections hypodermiques dont l'innocuité constante est encore loin d'être parfaitement établie, nous ne saurions non plus y souscrire sans restriction.

— Puisque la lettre de M. Castiaux nous a mis sur la question de la thoracentèse, sur le compte de laquelle nous avons exposé récemment les idées de M. Béhier et celles de M. Constantin

Paul (voir pour ces dernières la *Gazette des Hôpitaux*, nos 86 et 87-1871), nous saisirons aussi cette occasion pour mettre sous les yeux de nos lecteurs quelques-unes des principales propositions par lesquelles M. Woillez résume la longue et consciencieuse étude qu'il a faite de cette question dans l'ouvrage nouveau qu'il vient de publier, le *Traité clinique des maladies aiguës des voies respiratoires*, dont il a rendu compte dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 19 décembre dernier.

M. Woillez groupe ses propositions sous deux chefs, selon que les indications se rapportent aux cas de nécessité ou aux cas d'opportunité.

Les cas de nécessité ou d'urgence (imminence d'asphyxie, dyspnée excessive, etc.), ne faisant doute pour personne, nous ne parlerons que des indications d'opportunité.

Hors les cas de nécessité prévus, il n'y a pas, pour M. Woillez, d'indication de ponctionner la poitrine pour des épanchements de médiocre importance.

Il admet, d'accord avec tout le monde, l'indication d'opérer quand un épanchement abondant résiste au traitement médical ou lorsqu'il fait des progrès inquiétants.

L'abondance de l'épanchement n'est pas une indication suffisante à elle seule; car on s'exposerait à opérer alors que l'épanchement aurait de la tendance à se résoudre bientôt.

L'indication de la thoracentèse ne peut être fournie par la percussion ou l'auscultation seules, qui ne font juger que de l'abondance de l'épanchement. C'est une question d'évolution et de pronostic.

La mensuration est le guide le plus sûr pour juger de cette opportunité, en faisant suivre jour par jour, à l'aide des tracés qu'elle fournit, l'évolution de l'épanchement et en permettant de juger de l'insuffisance du traitement médical.

En règle générale, tout épanchement qui fait des progrès rapides peut être opéré du quinzième au vingtième jour.

Il faut opérer tout épanchement qui, à partir du vingtième au vingt-cinquième jour, continue à faire des progrès croissants révélés par les tracés périmétriques, ou qui reste généralisé et stationnaire, sans indice de résorption, ou enfin tout épanchement dont la résolution est insuffisante.

Tout épanchement abondant, vu pour la première fois après vingt ou vingt-cinq jours de durée, ne doit, hors les cas d'urgence, être évacué qu'après s'être assuré, pendant un ou deux jours d'observation, que le tracé de mensuration révèle un progrès ou un état stationnaire.

Dans les épanchements pleurétiques abondants, chroniques, il ne peut y avoir de contre-indication d'opérer, quelle que soit leur ancienneté, si la mensuration indique leur permanence ou leurs progrès.

La simplicité de l'opération ne doit pas déterminer le praticien à opérer dans les cas douteux, car il peut redouter deux complications de l'opération : la congestion pulmonaire ou la reproduction rapide et mortelle du liquide...

Voilà des propositions qui nous éloignent un peu de notre point de départ et qui, en raison de leur caractère de prudence et de la sage expérience de leur auteur, nous paraissent mériter d'être méditées avant de s'engager dans la voie un peu aventureuse de la thoracentèse quand même et toujours. Nous suivrons du reste les faits et les essais qui pourront se produire. Mais il nous paraît utile, en attendant, dans un procès aussi important que celui qui s'instruit sur les indications de la thoracentèse, de faire connaître toutes les opinions.

Dr B...

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Marseille médical*; — le *Lyon médical*; — le numéro d'avril des *Archives générales de médecine*.

— Une lettre de remerciements du docteur BÉRANGER-FÉRAUD, correspondant national.

— Les statuts et le programme du Congrès médical de Lyon.

— M. Georges Masson, éditeur de la Société, lui adresse des exemplaires des mémoires et bulletins destinés à compléter la collection de la bibliothèque.

— M. LARREY présente une note du docteur Beau sur des appareils hyponasthéniques, suite des travaux que cet auteur a déjà envoyé à la Société de chirurgie.

MM. OLLIER et HOUZE DE L'AULNOIT assistent à la séance.

COMMUNICATION

De la classification actuellement adoptée dans la statistique des opérations chirurgicales. — M. VERNEUIL commence la lecture d'un travail sur la classification des opérations. La classification dichotomique en opérations suivies de guérison et opérations suivies de mort est, dit l'orateur, tout à fait insuffisante. Il y a trois séries distinctes dans les opérations : une où l'opération est la cause de la mort des malades, une où elle est suivie de guérison, et une où la mort survient par des causes étrangères à l'opération elle-même; ce qui conduirait à admettre des opérations mortelles, efficaces et impuissantes. M. Verneuil développera ultérieurement cette thèse.

DISCUSSION

De la valeur des résections sous-périostées. — M. CHASSAIGNAC. Tous les chirurgiens savent que Ch. White et Park sont les premiers initiateurs d'une méthode qui consiste à ne pratiquer qu'une seule incision, aussi bien pour réséquer l'articulation de l'épaule que pour extraire celle du coude.

A l'imitation de ces deux éminents chirurgiens, j'ai, durant près de 30 années, enseigné et pratiqué dans les hôpitaux de Paris une méthode de résection dont j'ai exposé les bases en 1844. Je parle de 30 années puisque nous sommes en avril 1872, et que c'est en avril 1844 que mon premier mémoire a été lu à la Société de chirurgie.

Sur ce mémoire, MM. Laugier, Robert et Vidal firent un rapport en partie confirmatif des idées que j'avais émises. (Le mémoire se trouve inséré t. I, p. 464 des *Mémoires de la Société de chirurgie*.)

Voici sur quelles bases reposait la méthode :

1° Ne faire pour chaque résection qu'une incision seule et unique à la place des incisions multiples couramment usitées dans ce genre d'opérations.

2° Dans toutes les résections articulaires, faire précéder la désarticulation par la section de l'os à désarticuler.

3° Pratiquer l'extirpation isolée et successive de chaque extrémité osseuse articulaire, en commençant toujours par celle qu'il est le plus facile d'extraire, faisant en sorte qu'une extraction prépare celle qui la suit.

Tels sont les principes que j'ai invariablement appliqués dans ma pratique d'hôpital, et dont je soumets l'ensemble au jugement de la Société de chirurgie, dans la forme la plus succincte que je puisse trouver.

Les procédés pour chaque résection ont été décrits ou figurés dans divers écrits, et principalement dans mon *Traité d'opération*.

Les observations ont été publiées dans le même ouvrage. Je me suis appliqué à noter très-exactement la date des opérations, le résultat final et surtout l'âge des opérés, ce point si important, quoique trop souvent négligé, et bien à tort; car tout chirurgien qui serait désireux d'obtenir une brillante statistique n'aurait qu'à réséquer de jeunes sujets, laissant à ses confrères le soin d'opérer des adultes et des vieillards.

Parmi les opérés dont j'ai rapporté les observations détaillées, il en est 14 chez lesquels l'opération a eu un plein succès à la suite de résections qui ont été pratiquées, tant sur les os des membres supérieurs que sur ceux des membres inférieurs. Ces dernières en plus grand nombre.

Le chiffre total se décompose ainsi :

Deux résections de clavicule................	2
Une résection de l'acromion................	1
Une résection des 3/5 de l'humérus.........	1
Une résection phalangienne................	1
Deux résections du fémur..................	2
Une résection des deux os de la jambe......	1
Une résection par abrasion du tibia.........	1
Deux résections du calcanéum..............	2
Une du cuboïde...........................	1
Une du 1er cunéiforme et du 1er métatarsien..	1
Une résection de trois métatarsiens........	1

Sur ces opérés, il y avait un seul enfant âgé de 14 ans, les autres sont compris entre 18 et 40 ans.

Chez tous ces opérés sans exception, le pansement par occlusion a été appliqué au moyen des cuirasses emplastiques septenaires ou bi-septenaires.

Les résultats exceptionnellement heureux que j'ai obtenus, je les attribue à la pratique de l'incision unique avec segmentation osseuse préalable et au pansement par occlusion.

Ce que j'attribue à ces causes, M. Ollier en fait honneur, chez ses opérés, au soin particulier qu'il apporte à la conservation du périoste et au mode de pansement adopté par lui.

Il ne me convient nullement de combattre sa manière de voir.

Notre juge à tous deux, c'est le public médical, c'est le bon sens des chirurgiens nos collègues, nos maitres, nos élèves, qui, après avoir pratiqué ou vu pratiquer les deux méthodes, seront en état de faire connaître, sur cette importante question, un jugement motivé.

M. OLLIER, membre correspondant. J'ai cité le livre de M. Chassaignac et ses procédés lorsque j'ai proposé les résections sous-périostées. Il y a deux points dans ces procédés : l'incision unique, qui est bonne; la section de l'os avant la désarticulation, qui est mauvaise. Dans mon procédé, je prends l'incision unique, parce qu'elle permet d'aborder directement l'os et de ménager les insertions musculaires.

M. CHASSAIGNAC. Je voulais faire ressortir que l'incision unique et le pansement par occlusion donnent de bons résultats. Je n'attaque pas, néanmoins, le principe des résections sous-périostées; mais je dois dire que personne ne peut se flatter de conserver entièrement le périoste, lorsque l'on pratique des résections pour des traumatismes. Lorsqu'on ne fait qu'une incision pour la résection de l'épaule, on est dans des conditions défavorables, puisque l'on doit désarticuler dans l'endroit le plus étroit de la plaie. C'est donc là de la mauvaise médecine opératoire. Pour obvier à ce désidératum, j'ai proposé de scier l'os avant de désarticuler, ce qui facilite singulièrement l'opération commencée par une incision unique. Avec un davier, on manœuvre l'os dans tous les sens, et la désarticulation est faite avec la plus grande facilité.

M. OLLIER. Il n'est pas moins facile de pratiquer la résection sous-périostée au moyen de l'incision unique. Lorsqu'on est arrivé sur l'os, on dissèque le périoste, on luxe et on tourne l'os dans tous les sens, et on n'obtient pas moins de magnifiques résultats.

M. DEMARQUAY. J'ai fait des résections et j'ai remarqué que, dans les cas pathologiques, le périoste se décollait facilement; mais, dans les cas traumatiques, j'ai essayé de conserver le périoste, et je n'ai pas réussi. Dans un cas, cependant, où, par suite du décollement du périoste après une plaie par arme à feu, j'ai réséqué, j'ai eu une reproduction osseuse; mais ce cas était exceptionnellement favorable.

M. LE PRÉSIDENT. M. Ollier s'apprêtant à faire une communication sur la résection, il serait meilleur qu'il la fit immédiatement, afin de ne point diviser deux discussions sur le même objet.

M. OLLIER lit une *Note sur la résection sous-périostée du coude* :

La résection sous-périostée de l'articulation du coude qui donne, dans les arthrites chroniques suppurées, des résultats si supérieurs à ceux qu'on obtient par la méthode ancienne, présente les mêmes avantages dans les fractures comminutives de l'articulation produites par les armes à feu.

Quel que soit le désordre produit par la balle dans les extrémités osseuses, dès que la résection est indiquée, il faut la faire par la méthode sous-périostée, et, malgré la multiplicité des esquilles, on peut appliquer à cette opération les règles fondamentales de la méthode. Malgré les éclats osseux, malgré les déchirures du périoste, on peut conserver une gaine périostéo-capsulaire, non pas complète sans doute, mais suffisante pour fournir les éléments d'une articulation nouvelle.

L'opération est plus longue, plus laborieuse que dans les cas ordinaires, mais elle est parfaitement réalisable. Dans les fractures comminutives produites par une balle, l'os éclate, et des esquilles peuvent être projetées au loin; mais le périoste n'a pas la même densité que l'os; il se déchire et n'éclate pas; il reste adhérent aux tissus avec lesquels il est en rapport par sa face externe. Chez les jeunes sujets surtout, il est plus adhérent aux tissus périphériques qu'à l'os lui-même, de sorte qu'en enlevant successivement les fragments osseux et en les dépouillant au fur et à mesure de leur revêtement périostique, on conserve cette gaine périostéo-capsulaire que je considère comme le point fondamental de ma méthode opératoire.

Voici comment j'opère. Je me sers des ouvertures du projectile si elles se trouvent sur le trajet de l'incision brisée que j'ai décrite pour la résection du coude. Dans le cas contraire, je fais une nouvelle incision, suivant d'abord le bord externe de l'humérus, puis obliquant de l'épicondyle à l'olécrâne et se terminant ensuite plus ou moins bas, le long du bord externe du cubitus, selon la longueur de cet os, qu'on peut avoir à retrancher.

Dès que j'ai pénétré dans l'articulation, je saisis successivement, avec un davier, les différentes esquilles, que je dépouille avec le détache-tendon, de leur revêment fibreux. L'articulation, dégagée par l'ablation de ces esquilles, j'explore les bouts des divers os, je les fais saillir, je les dénude de leur périoste et je les scie plus ou moins haut, selon l'étendue des fissures, la dénudation de leur surface ou le broiement de la moelle.

Cette opération est une véritable résection, et dans les cas où je ne scie pas les bouts de l'os, où je me borne à les affranchir, je fais une véritable opération sous-périostée, grâce à la conservation de l'enveloppe périostéo-capsulaire.

Pour moi, une opération sous-périostée ne consiste pas dans le grattage plus ou moins régulier des extrémités osseuses et dans la conservation de quelques lambeanx du périoste; c'est une opération régulière qui a pour but la conservation de tous les éléments de mobilité et de résistance de l'articulation future. Je ne sors pas de la gaîne périostique, je ne pénètre pas dans les loges musculaires; aucune insertion musculaire n'est compromise, et par la conservation du périoste, j'obtiens la reconstitution de nouvelles masses osseuses qui, en s'articulant entre elles, assurent la reconstitution d'une articulation nouvelle du même type que l'articulation enlevée. L'abondance de la substance osseuse reproduite est en rapport avec l'âge du sujet, comme je l'ai expérimentalement déterminé.

Dans ces dernières années, beaucoup de chirurgiens ont adopté la méthode sous-périostée; mais ils ont généralement pris le nom et non la chose. J'ai vu, pendant un certain temps, que les chirurgiens allemands faisaient des résections véritablement sous-périos-

tées; mais depuis j'ai pu me convaincre que leurs procédés sont très-imparfaits, aussi le nombre considérable d'articulations branlantes qu'ils obtiennent ne m'étonne pas. Ils font des résections dites sous-périostées par des procédés rapides mais mal combinés pour retirer de la méthode tous ses avantages. En allant trop vite, on opère nécessairement mal; on ne peut pas conserver cette gaine périostéo-capsulaire sur laquelle j'insiste tant. J'ai rencontré un certain nombre de blessés opérés pendant la dernière guerre par les chirurgiens allemands, et chez la plupart j'ai constaté des articulations flottantes, sans régénération osseuse appréciable.

Je ne saurais trop le répéter, ce n'est pas en conservant quelques lambeaux du périoste çà et là qu'on fait une véritable résection sous-périostée. Pour retirer tous les avantages de cette méthode, il faut se rappeler les conditions que j'ai déterminées d'après l'expérimentation, et que j'ai longuement développées dans mon *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*. Hors de ces conditions, tout est hasard et incertitude, et le chirurgien qui ne s'en pénètre pas s'expose à des déceptions.

J'ai fait huit résections du coude dans la dernière campagne. Un de mes opérés a été amputé trois jours après par un chirurgien qui ignorait probablement l'opération que j'avais pratiquée. Des sept autres, un seul est mort peu de temps après sa résection, mais d'un accident qui ne peut pas être rattaché à l'opération elle-même. La balle qui avait fracturé le coude avait traversé l'articulation et sectionné complétement l'artère humérale. J'opérai ce blessé 36 heures après l'accident, et je ne me doutai nullement de la blessure de l'artère. Le pouls radial était rétabli, et il n'y avait aucune hémorrhagie. Dix-huit jours après, le malade succomba à une hémorrhagie presque foudroyante dont l'autopsie nous révéla l'origine. Les deux bouts de l'artère sectionnée par la balle étaient distants de près de 2 centimètres l'un de l'autre. Le bout supérieur était oblitéré par un caillot; c'est par le bout inférieur, dont le caillot s'était dissous, que l'hémorrhagie s'était produite.

Des six autres blessés, deux qui furent retrouvés trois mois après dans la position et dans la gouttière où je les avais placés, ont eu une ankylose complète ou à peu près complète. Un troisième, traité aussi par une immobilité trop prolongée, avait eu le coude raidi et avait été envoyé aux eaux de Baréges après la cicatrisation de sa plaie. J'ai appris récemment qu'il était mort; je n'ai pu savoir de quelle maladie. Quant aux trois autres, vous pouvez juger par les photographies que je fais passer sous vos yeux, de la forme du coude et surtout de l'étendue des mouvements d'extension et de flexion (1).

L'ankylose ou la raideur du coude dans les trois premiers cas était inévitable après le repos prolongé dans une même gouttière. Aussi faut-il avoir soin de mobiliser l'articulation dès que les accidents inflammatoires sont apaisés. Il importe d'autant plus de ne pas négliger cette règle que la méthode sous-périostée, en conservant tous les tissus fibreux péri-articulaires, expose, toutes choses égales d'ailleurs, à l'ankylose plus que la méthode ancienne, lorsqu'on prolonge d'une manière irrationnelle l'immobilité du membre; mais il est facile d'éviter cet accident.

Mais quant aux trois malades que j'ai pu retrouver en temps opportun, ils présentent des mouvements énergiques de flexion et d'extension. L'humérus se termine par des renflements condylaires de nouvelle formation. J'insiste sur l'activité des mouvements d'extension; la conservation des attaches du triceps ou cubitus peut seule l'assurer; quand on coupe le triceps, ce muscle se rétracte et va souvent se souder à l'humérus.

Sur ces huit opérations, j'ai fait tantôt des résections totales et tantôt des résections portant sur une partie des surfaces articulaires. Mais à ce propos, j'ai besoin d'entrer dans quelques explications. Les résections partielles des articulations ont été souvent discutées, et généralement elles ont été regardées comme donnant des résultats peu favorables.

A ce sujet, il y a des distinctions importantes à faire. Une articulation étant formée par la rencontre de deux surfaces cartilagineuses, et chacune de ses surfaces pouvant être formée par la réunion de plusieurs os, il faut distinguer les cas dans lesquels on enlève la totalité d'une des surfaces de ceux dans lesquels on se borne à retrancher seulement une partie de l'une ou de l'autre de ces surfaces articulaires. Dans le premier cas, on ouvre largement l'articulation, et on prévient les causes d'étranglement et de rétention du pus. Dans le second, c'est-à-dire lorsqu'on n'enlève qu'une partie de l'une des deux surfaces articulaires, on ouvre seulement l'articulation, mais en laissant persister les causes d'étranglement et de résection du pus.

Je désigne les premières résections, celles qui enlèvent la totalité d'une des surfaces articulaires, c'est-à-dire la moitié de l'articulation, sous le nom de *résections semi-articulaires*. Je réserve aux autres le nom de *résections partielles*.

J'accepte les premières, je repousse les secondes. Les unes mettent à l'abri des accidents que toute résection a pour but de prévenir; les autres ne font que rendre ces accidents plus dangereux.

La question des résections totales et des résections semi-articulaires pourrait être envisagée aussi au point de vue de la mobilité ultérieure du membre; mais je réserve cette discussion pour une autre occasion. Je dirai seulement que pour conserver plus sûrement les mouvements de pronation et de suppuration, j'ai dans quelques cas retranché l'extrémité du radius, quoique saine. Je l'enlevais pour éviter la soudure des deux os de l'avant-bras à leur partie supérieure.

Le traitement consécutif est de la plus haute importance. Les blessés que je n'ai retrouvés qu'au bout de trois mois et qui ont été laissés dans une immobilité absolue, nous montrent les inconvénients de l'immobilité prolongée. Il faut cependant de l'immobilité au début pendant la période de la fièvre et des accidents inflammatoires. Elle constitue alors le meilleur antiphlogistique. Un bandage silicaté bien ouaté, puis fenêtré par précaution au niveau des plaies, me paraît constituer le meilleur appareil, mais à une condition, c'est qu'il puisse être surveillé de près, pour remédier à toute cause d'étranglement.

Ces appareils sont ce qu'il y a de meilleur ou ce qu'il y a de pire, selon la surveillance qu'on peut exercer sur eux. Comme moyen d'immobilisation, ils sont infiniment supérieurs aux gouttières, qui ne maintiennent le membre que très-imparfaitement. L'épaisse couche d'ouate dont il faut les garnir constitue le meilleur coussin et la meilleure protection pour le membre blessé. Durant la campagne, je me suis servi généralement de gouttières, mais dorénavant, j'aurais recours à l'occlusion inamovible, dans le cas où je pourrais surveiller mes opérés. Le pansement ouaté, dont M. Alph. Guérin a démontré les avantages, rendra dans l'avenir les meilleurs services, et le bandage silicaté appliqué par dessus permettra de transporter les blessés à de grandes distances sans inconvénient pour leurs plaies.

(*A suivre.*)

(1) Un de ces trois opérés, S..., franc-tireur du Haut-Rhin, vient de mourir d'une fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 26 janvier 1872. — Présidence de M. Moissenet.

PRÉSENTATIONS

M. BROUARDEL dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Arnould, médecin-major à l'école de Saint-Cyr, un mémoire ayant pour titre : *Origine et affinités du typhus, d'après l'épidémie qui a eu lieu en Algérie en* 1868.

Ce mémoire comprend trois parties. Dans la première partie, l'auteur traite de l'influence de la misère sur le développement de ces suppurations multiples, observées en si grand nombre en pareil

cas. M. Brouardel appelle tout particulièrement l'attention de ses collègues sur cette étude, qui offre, à ses yeux, un grand intérêt.

Dans la seconde partie, M. Arnould cherche à démontrer la spontanéité du typhus. M. Brouardel laisse à l'auteur toute la responsabilité de ces tendances.

Enfin, la troisième partie est consacrée à l'étude des relations qui existent entre le typhus, la fièvre typhoïde et le typhus à rechutes, en un mot, à ce groupe de maladies que M. Arnould décrit sous le nom de genre typhique avec variétés, telles que le typhus, la fièvre typhoïde et le typhus à rechutes.

PRÉSENTATION DE MALADES

Observation de molluscum fibreux. — M. DESNOS met sous les yeux de la Société un individu atteint de *molluscum fibreux*, et présente, à l'occasion de ce malade, les réflexions suivantes :

Sous le nom de molluscum, on a confondu trois espèces d'affections de peau qui doivent être distinguées les unes des autres au point de vue de leur siége, de leur constitution anatomique et de leurs caractères cliniques.

Les deux premières espèces sont en rapport avec l'hypersécrétion de la matière sébacée et de sa rétention dans les follicules.

Tantôt l'accumulation de la matière sébacée dans le follicule constitue toute la maladie. Il résulte de cette rétention des tumeurs, généralement petites, semi-transparentes, d'un blanc jaunâtre, qu'on a comparées à la couleur de la cire, ombiliquées à leur centre, rappelant, par leur aspect, les pustules de variole en voie de dessiccation. C'est là l'*acné varioliforme* ou *acné molluscoïde* de M. Bazin.

Dans d'autres cas, à l'hypersécrétion du sebrum s'ajoute l'hypertrophie des parois du follicule. Augmentation de sécrétion et hypertrophie du follicule concourent ensemble pour engendrer des tumeurs généralement plus considérables que les précédentes, de volume très-variable, pouvant atteindre des dimensions considérables, de formes non moins diverses, arrondies, ovoïdes, piriformes, pédiculées ou sessiles, pendante parfois sur les portions de peau situées au-dessous d'elles, d'où le nom de *pendiculum*, appliqué à quelques variétés de cette affection, mais présentant toutes ce signe intéressant au point de vue du diagnostic que, sur un endroit quelconque de leur surface, généralement à leur sommet, elles offrent un point noir plus ou moins large qui représente l'orifice du follicule sébacé. La peau, au niveau de ces tumeurs, présente son aspect normal ; elle glisse facilement sur le follicule distendu et hypertrophié; tout au plus sa pigmentation est-elle augmentée dans quelques cas. C'est le *molluscum* de Willis.

Enfin, une troisième espèce qui, par l'ensemble de ses caractères cliniques, ressemble beaucoup à la précédente, tout en en différant par une particularité importante, l'absence du point noir susmentionné, vestige de l'orifice du follicule, mais s'en sépare radicalement par les éléments anatomiques qui la composent.

En effet, la paroi du follicule sébacé et son produit de sécrétion restent étrangers à sa constitution. C'est l'hypertrophie des parties les plus superficielles du derme qui occupe le centre de la tumeur. Ses couches extérieures sont fermées de dehors en dedans par le corps muqueux de Malpighi et par les couches les plus externes de l'épiderme. Une de ces petites tumeurs, enlevée au malade de M. Desnos et placée sous les yeux de la Société, justifie cette analyse anatomique.

C'est le *molluscum fibreux* ou *fibrome molluscoïde* de Wirchow.

Le nombre de ces fibromes, inégalement réparties sur les différentes parties du corps du malade de M. Desnos, peut être sans exagération évalué à plusieurs centaines, nombreuses mais discrètes, aux membres supérieurs, à la face, sur la partie antérieure du tronc; rares aux membres inférieurs, où elles se localisent dans le haut des cuisses ; les tumeurs se multiplient surtout en arrière du tronc et dans l'espace interscapulaire; elles se pressent les unes contre les autres, au point de devenir confluentes. La peau a conservé à leur niveau son aspect normal. Le volume varie de celui d'une lentille à celui d'une noisette ou d'une noix. Une seule, située à la partie supérieure de la fesse droite, atteint celui d'une petite orange et donne, à la palpation, la sensation d'un lipome. Il est possible que l'hyperplasie fibreuse se soit accompagnée d'un dépôt de tissu adipeux. Dans certaines de ces petites tumeurs, dont aucune ne présente de point noir central, on ne sent pas le noyau fibreux; il semble qu'il se soit résorbé.

Le malade fait remonter à deux ans le début de sa maladie. Elle aurait eu pour point de départ, d'après lui, une atteinte de gale.

M. LAILLIER met sous les yeux de la Société une pièce moulée qui représente une lésion type de scrofulide; c'est un lupus qui occupe les gencives supérieures et un lupus du nez. M. Laillier fait remarquer qu'en réalité la lèvre supérieure recouvre les dents, mais que, sur cette pièce, les gencives sont à découvert, afin que la lésion soit plus apparente.

Ce qui constitue, selon lui, le type des lésions scrofuleuses, ce sont les granulations qui recouvrent les gencives; la gencive est usée, détruite, résorbée ; elle se dépouille et représente déjà des lésions profondes.

La gorge n'a pas présenté les lésions décrites par M. Isambert dans l'une des dernières séances de la Société.

M. Laillier rappelle, en outre, qu'on retrouve très-souvent la lésion qu'il présente ici sur les gencives, au col de l'utérus.

Il ajoute, en outre, que ce lupus peut se présenter chez des gens qui n'ont aucune apparence de scrofule.

M. BLACHEZ fait remarquer, à cette occasion, qu'on observe souvent chez des jeunes filles, à l'époque de la puberté, des altérations des gencives qui présentent quelque ressemblance avec les lésions scrofuleuses. Les gencives sont, en effet, hypertrophiées, mais non ulcérées. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces altérations, c'est qu'elles résistent à tout moyen thérapeutique. Elles sont incoercibles.

M. LAILLIER a vu ces altérations se présenter à d'autres époques que la puberté. Il les a constatées chez une jeune dame, ainsi que sur des femmes de quarante-cinq ans, à l'époque de la ménopause.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 9 avril 1872, a été promu dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Richet, professseur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu: services exceptionnels; a fait preuve d'un grand dévouement dans les soins donnés aux blessés et aux malades pendant le siége et l'insurrection de Paris.

— Les cours et les examens de la Faculté reprendront le lundi 15 avril. Les élèves qui désirent suivre le cours de pathologie chirurgicale devront déposer leur feuille d'inscription et inscrire leur nom sur un registre spécial.

Le registre d'inscription sera ouvert du 15 au 30 avril.

— Une communication de M. Joseph Halévy à la dernière séance de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, nous apprend que le rôle thérapeutique des eaux minérales remonte à la plus haute antiquité et que l'on croyait à l'existence d'un génie qui donnait à l'eau ces propriétés bienfaisantes.

Le document présenté par M. Halévy est une inscription ainsi conçue :

« Au génie de la fontaine bénie, cet autel a été consacré, avec deux tisonniers, par Bolana, fille de Azizon, fils de Azizon, fils de Seila, laquelle a été guérie par lui. »

— M. Claude Bernard a repris son cours au Collége de France, mercredi, 10 avril, à une heure, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Gubler reprendra son cours de thérapeutique (Eaux minérales de France), mardi, 16 avril, à 5 heures.

— On demande à acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La pratique de la chirurgie d'urgence, par le docteur A. CORRE, ex-médecin de 1re classe de la marine. — Paris, 1872, in-18 de 216 pages avec 51 figures. Prix : 2 francs. — J. B. Baillière et fils.

Pathogénie de l'infiltration de l'urine, par le docteur MURON. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 44. — MARDI 16 AVRIL 1872. 45e ANNÉE. MARDI 16 AVRIL 1872. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Du diagnostic de l'hydrocéphalie par l'ophthalmoscope (M. Bouchut). — Maladies de l'oreille (M. J. Toynbee). — De l'emploi simultané des eaux bicarbonatées sodiques et des eaux ferrugineuses arsenicales (M. H. Charvet). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Variétés. — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Du diagnostic de l'hydrocéphalie par l'ophthalmoscope. — Cas rares d'hydrocéphalie arachnoïdienne et d'hydrocéphalie du troisième ventricule.

Chez les jeunes enfants, tous les cas d'hydrocéphalie ne sont pas si nettement caractérisés par la déformation, par l'augmentation de volume du crâne et par les symptômes locaux, qu'on puisse en établir le diagnostic avec assurance. Il y a des sujets dont la tête est peu volumineuse et chez lesquels il n'existe aucun phénomène convulsif ou paralytique. Comme, d'une autre part, le rachitisme engendre également l'accroissement du volume de la tête dans des proportions considérables, je vais vous donner le moyen d'arriver immédiatement à un diagnostic rigoureux. Ce moyen, c'est l'*examen à l'ophthalmoscope.*

En créant, il y a une dizaine d'années, la nouvelle séméiotique oculaire des maladies cérébro-spinales ou *cérébroscopie,* j'ai fait connaître les lois anatomiques ou physiologiques sur lesquelles repose cette séméiologie. J'ai montré que, parmi les lésions du nerf optique de la rétine et de la choroïde qui sont en rapport avec les maladies du cerveau et de la moelle épinière, les unes étaient d'*origine mécanique,* les autres d'*origine inflammatoire,* et les autres *sympathiques.*

Aux lésions d'origine mécanique, je rapportai toutes celles qu'on observe dans certains cas de méningite avec hydrocéphalie aiguë, dans la thrombose des sinus, dans l'hémorrhagie cérébrale, dans les tumeurs du cerveau, dans l'hydrocéphalie chronique, en un mot dans toutes les lésions intra-crâniennes qui font obstacle à la circulation du cerveau ou des méninges, et qui empêchent le sang veineux oculaire de rentrer entièrement dans le sinus caverneux. Selon le degré de la compression et de l'obstacle varient les lésions congestives, variqueuses, hydropiques et hémorrhagiques du fond de l'œil.

Parmi les lésions d'origine inflammatoire, je rangeai les névrites optiques descendantes ayant leur origine dans le crâne, et les névro-rétinites qui succèdent aux inflammations aiguës des méninges, à l'encéphalite aiguë ou chronique, générale ou partielle, aux tumeurs cérébrales entourées d'inflammation de la substance nerveuse, etc.

Enfin, dans les lésions d'origine sympathique ou par action réflexe, je mis les congestions névro-rétiniennes déterminées par les maladies de la moelle épinière, agissant sur l'œil au moyen du grand sympathique, qui, on le sait, prend naissance ou tire ses racines des cordons antérieurs.

C'est la première de ces lois qui rend compte du développement soit des dilatations veineuses de la rétine, soit de l'atrophie plus ou moins complète et totale du nerf optique qu'on observe dans l'hydrocéphalie, lésions qui ne se rencontrent jamais dans le rachitisme avec développement exagéré du crâne. En effet, sous l'influence de la compression produite sur le cerveau par l'épanchement intra-crânien, la circulation des sinus et des veines méningées est très-difficile, et les veines rétiniennes dont le sang ne peut rentrer dans les sinus caverneux se dilatent plus ou moins en devenant variqueuses. A cette première action mécanique s'en ajoute une autre. Les couches optiques et les nerfs de ce nom, comprimés entre l'épanchement et la base du crâne, cessent de se nourrir régulièrement et s'atrophient jusqu'à la papille, ce qu'il est facile de constater avec l'ophthalmoscope. Dans ce cas, il est évident qu'une influence mécanique de compression est le point de départ des lésions névro-rétiniennes, et, comme rien de ce genre n'existe dans le crâne des rachitiques, il est certain aussi que le fond de l'œil reste normal dans le rachitisme.

Les faits sont ici d'accord avec la physiologie pathologique. J'ai déjà publié un grand nombre de cas de ce genre (1), relatifs à de jeunes enfants, et, toutes les fois que, aux environs de deux à trois ans, j'ai eu à me prononcer sur des cas difficiles, dans lesquels le crâne était assez développé pour simuler une hydrocéphalie chronique, toujours la constatation d'un fond d'œil normal avec l'ophthalmoscope m'a permis de faire un diagnostic certain et immédiat.

Dans les deux cas qui sont l'objet de cette leçon, c'est également l'ophthalmoscope qui a permis de donner au diagnostic toute la certitude désirable. On va en juger. Ces faits ont d'ailleurs un intérêt exceptionnel sous le rapport anatomique; car ils sont relatifs, l'un à une *hydrocéphalie arachnoïdienne,* et l'autre à un *kyste séreux du troisième ventricule.*

OBS. I. — *Hydrocéphalie arachnoïdienne, suite d'hémorrhagie méningée. — Ophthalmoscopie. — Atrophie des nerfs optiques.*

Clara V., âgée de 2 ans, entrée le 9 octobre 1871 au n° 41 de la

(1) *Traité de diagnostic des maladies du cerveau et de la moelle par l'ophthalmoscope.*

salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, morte le 29 novembre 1871.

Cette enfant a eu, à l'âge de 6 mois, une convulsion prolongée, alors qu'elle était en nourrice, et il ne lui en est pas resté d'autre trace qu'une augmentation progressive du volume de la tête.

État actuel. — Le visage est petit, disproportionné au crâne, qui est assez dilaté, dont la fontanelle antérieure est extrêmement large et dont la circonférence mesure 58 centimètres. L'enfant n'a ni paralysie du mouvement et de la sensibilité, ni contractures. Elle entend et voit. Elle paraît assez intelligente, et on peut la faire rire en lui offrant un joujou. Elle a d'ailleurs son biberon, qu'elle ne lâche pas un seul moment, et avec lequel elle se nourrit. Les fonctions digestives se font régulièrement.

A l'ophthalmoscope, les yeux présentent une atrophie incomplète de chaque papille, limitée à son côté interne.

Après quelques semaines de séjour à l'hôpital, l'enfant s'est affaiblie, a cessé de téter et a succombé.

Autopsie. — Le cerveau est ouvert par un trait de scie qui, des bosses frontales, gagne l'occiput en divisant les hémisphères au niveau des ventricules latéraux. Alors on voit qu'il existe de chaque côté, sur les hémisphères, un épanchement arachnoïdien qui les comprime.

Le cerveau est atrophié, comprimé et distant de la paroi crânienne d'environ 3 centimètres. A droite, l'épanchement est rougeâtre, avec un caillot considérable. A gauche, il est purement séreux. Du côté droit, un caillot mollasse, jaunâtre, de fibrine décolorée, s'étend de l'occiput à la scissure de Sylvius. Il adhère par des filaments vésiculés du côté de la dure-mère et du côté du cerveau ; il est mou et spongieux, gras, constitué par de la fibrine décolorée. Ce caillot est enveloppé d'une néo-membrane mince, résistante, qui l'entoure de toute part et qui double l'arachnoïde, car on trouve la dure-mère et son arachnoïde en dehors, et la pie-mère et son arachnoïde en dedans. Cette membrane est blanche-grisâtre, résistante, inextensible comme la dure-mère, et en apparence formée de tissus fibreux. Du côté gauche, le cerveau est également éloigné du crâne par une couche de 3 centimètres de liquide enfermé dans une membrane mince, opaline, non vasculaire, appliqué d'un côté sur l'arachnoïde et la dure-mère et de l'autre sur l'arachnoïde encéphalienne.

D'un côté comme comme de l'autre, la nouvelle membrane qui sert de poche au kyste sanguin d'un côté, au kyste séreux de l'autre, ne paraît pas renfermer de vaisseaux, ou du moins il n'y en a pas d'appréciables à l'œil nu. A la base du cerveau, l'origine des nerfs crâniens est un peu atrophiée, et le chiasma des nerfs optiques, les bandelettes et les nerfs optiques sont aplatis et légèrement atrophiés.

Dans cette première observation, on voit toute l'utilité de l'examen ophthalmoscopique. En effet, les symptômes de l'hydrocéphalie étaient peu marqués; il n'y avait pas de paralysie ni de convulsion, et l'enfant gardait un certain degré d'intelligence. Seuls, les membres inférieurs étaient atrophiés, sans paralysie.

Les sens étaient en partie conservés et sans qu'on pût savoir quel était l'état réel de la vision. Comme il y avait un commencement d'atrophie de la papille, cette atrophie fut pour moi, avec le volume du crâne, le signe certain d'une hydrocéphalie chronique.

A côté de ce fait relatif au diagnostic, il en est un autre tout anatomique, qui n'a pas moins d'intérêt. C'est le siége de l'hydrocéphalie dans la cavité arachnoïdienne.

J'ai déja publié un exemple de ce genre dans mon *Traité des maladies de l'enfance*. Chez cette enfant, le liquide épanché était dans l'arachnoïde, comprimant les hémisphères, et de chaque côté, inclus dans un kyste mince, opaque, fibreux, non vasculaire, renfermant aussi des dépôts rougeâtres d'hématine. C'était évidemment une ancienne hémorrhagie méningée arachnoïdienne qui s'était entourée d'un exsudat plus tard converti en néo-membrane fibreuse et kystique. Il y avait eu double hémorrhagie méningée sur les hémisphères, et, sur chacun d'eux, l'irritation consécutive avait produit une néo-membrane arachnoïdienne, dans laquelle le sang, en partie résorbé, avait été remplacé par une sécrétion séreuse assez abondante.

Ce fait me semble établir la réalité des hémorrhagies méningées primitives. Il est contraire à la doctrine allemande, qui nie ces hémorrhagies ou qui ne les accepte qu'en les expliquant par une pachyméningite formant une néo-membrane vasculaire dans laquelle une rupture amène l'hémorrhagie. Chez notre malade, les kystes de l'arachnoïde étaient fibreux, sans vaisseaux d'aucune espèce, et par conséquent n'avaient pu donner lieu à aucun écoulement de sang. Cet écoulement semble ici avoir été le phénomène initial, et il ne me paraît pas possible de nier le sort de la double hémorrhagie arachnoïdienne s'étant enkystée et ayant donné lieu à une hydropisie du kyste. En adoptant l'opinion contraire d'une pachyméningite avec kyste dont la rupture aurait donné lieu à une hémorrhagie, plus tard suivie d'une double hydrocéphalie arachnoïdienne, on ne ferait qu'une hypothèse.

Quelle que soit la solution adoptée, ce fait est très-intéressant, et il mérite d'occuper une place importante dans l'histoire anatomique de l'hydrocéphalie et des hémorrhagies méningées.

L'autre observation n'est pas moins curieuse par sa rareté et par son origine. C'est une hydrocéphalie chronique des ventricules latéraux due à la formation d'un kyste séreux du troisième ventricule. Elle montre également les avantages que l'on peut tirer de l'ophthalmoscope dans le diagnostic de l'hydrocéphalie.

(*Sera continué.*)

MALADIES DE L'OREILLE (1)

Par J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. le docteur Darin.)

MALFORMATIONS DE L'OREILLE EXTERNE.

M. S. Cooper dit avoir vu un enfant qu'on montrait à Londres comme curiosité, chez qui il y avait absence complète des deux pavillons, et où l'on ne voyait aucune trace des conduits auditifs. Malgré cela, l'enfant « entendait passablement, bien que le sens fût certainement obtus et imparfait. »

Ce cas ne paraît pas avoir été examiné avec soin, et l'on ne dit pas si la présence de quelque conduit auditif pouvait se découvrir à travers les téguments. Si l'on en juge d'après les exemples analogues qui seront cités, il est très-probable que le méat (2) faisait complétement défaut.

Fritelli et Overteuffer sont aussi cités par Cooper comme ayant vu des cas d'absence totale du pavillon. Le premier dit que la physionomie de l'enfant ressemblait à celle d'un singe, et le dernier rapporte que le malade entendait très-bien. Dans certains cas, le pavillon est déformé, sans aucune anomalie du conduit auditif ni du tympan; mais, règle générale, les malformations de l'oreille externe s'accompagnent d'un développement défectueux du méat et de la cavité tympanique.

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 mars 1872.

(2) En anglais, le mot *meatus* conserve sa signification latine (conduit), tandis qu'en français on appelle *méat* l'orifice du conduit auditif et autres.

C'est un sujet qui a été examiné avec soin par le professeur Allen Thomson (*In the Edinburg Journal of medical science, for April* 1847) sur les trois uniques pièces qui paraissaient exister alors dans la science : l'une décrite par le professeur Jœger d'Erlangen, la deuxième déposée au muséum de l'université d'Édimbourg, la troisième disséquée par moi à la sollicitation de la Société pathologique de Londres, devant qui elle fut portée par le docteur Lloyd. Dans les deux premiers exemples, une seule oreille était affectée.

« Dans les deux (je cite le docteur Thomson), le labyrinthe paraît être tout à fait normal; la cavité du tympan et la partie osseuse de la trompe d'Eustache existent, mais beaucoup plus petites qu'à l'état normal. La chaîne des osselets diffère essentiellement de la structure naturelle, s'unissant dans l'un des cas en une pièce simple et droite, et présentant par conséquent la plus grande analogie, au point de vue de la forme et de l'apparence, avec la columelle des oiseaux ou des reptiles.

« La déviation la plus frappante qu'offre l'os de la forme normale consiste dans l'oblitération complète du conduit auditif externe qui semble se lier avec l'absence de cette portion de l'os temporal qui forme l'anneau tympanique et la paroi inférieure du canal osseux du méat, et l'extension en arrière de la portion articulaire du temporal au double de sa largeur naturelle. Il y a donc absence totale de ce que l'on peut appeler l'os tympanique ou de ce qui forme la partie postérieure non articulaire de la cavité glénoïde de l'os temporal, intermédiaire entre la fissure de Glasser et la crête vaginale de l'apophyse épineuse. Si cette partie de l'os faisait simplement défaut, la cavité du tympan resterait librement ouverte en dessous; mais, sur les deux pièces que nous décrivons en ce moment, cette cavité semble fermée par l'extension anormale de la portion glénoïde ou articulaire de l'os en arrière. »

Sur la pièce disséquée par moi, les deux oreilles étaient également affectées. Le pavillon consiste en un repli de la peau ressemblant beaucoup, sous le rapport de la forme et du volume, au lobe naturel, mais dirigé en avant, de manière que la surface concave, qui d'ordinaire regarde en dehors, s'applique directement à la surface de la tête et cache le tragus, qui est un peu plus petit qu'à l'état normal. Il existe deux orifices à la partie supérieure de la surface interne de l'appendice et un à la partie postérieure; ce sont les ouvertures de follicules muqueux. Le méat externe fait complétement défaut, et une légère dépression des téguments est le seul indice de sa position ordinaire. L'ablation des téguments ne fit découvrir ni conduit auditif, ni membrane du tympan; à leur place se trouve un méplat osseux qui présente deux fissures, l'une très-étroite et se dirigeant en avant, l'autre de 0,m006 à 0m,008 de longueur sur 0m,001 à 0m,005 de largeur, commençant à la partie antérieure et inférieure de la première et se dirigeant en bas et un peu en arrière. Cette fissure est revêtue d'une membrane. L'anneau tympanique manque complétement, de telle sorte que les portions mastoïdienne et squameuse de l'os temporal ne sont séparées que par ces fissures, dont l'inférieure paraît représenter la fissure de Glasser et le méat externe réunis.

La membrane qui recouvre la fissure paraît être l'analogue de la M. T. (membrane du tympan). L'apophyse zygomatique du temporal est représentée par une petite couche osseuse développée au milieu d'un ligament qui s'étend de la partie externe de la portion écailleuse à l'orbite; l'os malaire manque, la partie externe de l'orbite étant formée par un ligament qui unit le maxillaire supérieur au frontal.

L'enlèvement de la membrane que nous venons de citer fit voir une cavité tapissée d'une membrane muqueuse; c'est évidemment la caisse tympanique, mais tellement inférieure à la capacité normale, qu'on dirait plutôt d'une simple fissure dans la substance de l'os. Cette cavité mesure 0m,004 dans son diamètre vertical, 0m,005 d'avant en arrière, et environ 0m,001 de dehors en dedans. Elle contient deux os qui rappellent le marteau et l'étrier. Le premier se compose d'une courte apophyse dirigée en haut et d'un corps globulaire au-dessous; de ce dernier par une autre apophyse se dirigeant en dedans; mais cet os ne s'unit point avec l'étrier, au-dessus duquel il est situé. L'étrier, au lieu de ses deux branches, a une apophyse aplatie au-dessus et au-dessous et environ 0m,0015 de longueur; à l'extrémité interne s'attache la base, solidement fixée dans la fenêtre ovale, tandis que l'extrémité externe est légèrement atténuée et ne présente aucune surface articulaire. Au-dessus de l'étrier, on voit le facial se dirigeant de haut en bas et en arrière, non entouré de tissu osseux, mais en contact avec la membrane muqueuse du tympan. Le muscle tenseur du tympan est dans son état naturel, de même que la trompe d'Eustache qui s'ouvre à la partie antérieure de la cavité tympanique. Le muscle de l'étrier est absent; le nerf auditif, le limaçon, le vestibule et les canaux semi-circulaires paraissent normaux à tous égards.

L'état normal du labyrinthe pourrait amener le chirurgien à penser que les sujets atteints de cette difformité sont capables d'entendre quelques sons; mais l'absence du méat externe et de la M. T., l'état imparfait de la cavité tympanique coïncidant avec un degré d'ouïe relativement considérable, voilà qui doit causer quelque surprise.

Dans le cas suivant, il y a tout lieu de supposer que la condition des oreilles ressemblait à celle que nous venons de décrire en détail; cependant le sens de l'ouïe était beaucoup plus aigu que dans bien des exemples où l'oreille est parfaitement développée, mais dans lesquels il existe quelque épaississement de cette partie de l'appareil essentielle à l'audition.

(Sera continué.)

DE L'EMPLOI SIMULTANÉ DES

EAUX BIGARBONATÉES SODIQUES

ET DES EAUX FERRUGINEUSES ARSENICALES (1)

Par M. le docteur H. Charvet.

Pour compléter ce résumé, il nous faut citer encore un cas de scrofule avec dyspepsie, dans lequel le traitement a amené une sérieuse amélioration, et un cas d'anémie avec hystérie, consécutive à une lypémanie de plusieurs mois. Ici l'anémie seule a été combattue avec succès. Peu de semaines après le traitement, au moment où nous avons perdu de vue la malade, la raison chancelait de nouveau, sans que la manie cependant eût reparu.

Ces observations ne sont pas les seules que nous pourrions citer dans notre pratique. Il est d'usage à Vals de boire aux repas, et mêlée au vin, l'eau des sources bicarbonatées faibles; on pourrait donc, à la rigueur, considérer comme suivant un traitement mixte tous les malades qui font usage des eaux sulfo-ferrugineuses et à qui on ne défend pas l'usage des eaux bicarbonatées pendant leurs repas. Mais deux conditions manquent absolument alors pour que ces observations aient une valeur scientifique : d'abord l'emploi des eaux bicarbonatées n'a été ni formulé, ni assez réglé dans sa quantité ou sa qualité pour que l'on puisse en apprécier les résultats; en second lieu, aucune indication spéciale ne paraissant commander l'emploi de ces eaux, elles ne peuvent être considérées comme ayant eu un effet utile ou une part quelconque dans les résultats obtenus.

Ce que nous venons de dire est exclusif pour nous de toute idée d'innovation dans l'emploi des eaux de Vals, tout au plus pourrions-nous revendiquer l'honneur d'apporter plus de précision dans la formule du traitement dont nous donnons ici les résultats.

(1) Fin. — Voir les numéros des 14, 21 et 28 mars 1872.

Mais il est une autre catégorie de malades dont nous devons dire quelques mots, car, chez ceux-ci, le traitement par les eaux sulfatées-ferrugineuses arsenicales donne d'excellents résultats alors qu'aucun autre traitement ne peut modifier la marche de leurs maladies. Je veux parler des Européens qui reviennent, après un séjour plus ou moins prolongé dans les pays chauds, demander au climat de la France le rétablissement de leur santé. En général, ces malades sont gravement atteints. Il ne saurait entrer dans notre plan de décrire aujourd'hui les affections complexes dont ils souffrent; peut-être le ferons-nous plus tard, quand nos observations seront assez nombreuses pour nous permettre une étude complète sur ce sujet si intéressant. Mais tous ceux qui ont vu de près ces malades les reconnaîtront à la courte description suivante : perversion complète des fonctions digestives, inappétence, vomissements alimentaires et bilieux, dysentérie chronique, douleurs fréquentes dans les entrailles, augmentation considérable du volume du foie; accès de fièvre plus ou moins irréguliers, hypertrophie de la rate; état général grave; amaigrissement prononcé, pâleur des téguments, affaiblissement extrême, etc.

Cet état pathologique, assez varié dans sa symptomatologie, mais dont nous donnons le type en raccourci, n'est nullement modifié, au moins dans la majorité des cas, par les agents thérapeutiques ordinaires, ni même par le retour au pays natal. Aussi croyons-nous devoir signaler les heureux résultats du traitement de Vals dans ces cas presque désespérés. Ils sont de nature à surprendre tout le monde, et nos baigneurs nous les signalaient avec admiration et aussi avec satisfaction. Chez ces malades, l'amélioration débute par les organes de la digestion, dont les fonctions se relèvent assez vite; les forces reparaissent bientôt et les accès de fièvre disparaissent ensuite.

Nous n'entrerons aujourd'hui dans aucun détail à ce sujet, il nous suffit de signaler ces faits à l'attention de nos confrères.

En résumé, en instituant le traitement mixte, deux indications principales étaient surtout visées : améliorer les fonctions digestives, relever les forces. Cependant nous tenions largement compte des circonstances concomitantes, et nous n'avons fait aucun essai quand il se présentait une contre-indication sérieuse. Aussi croyons-nous pouvoir affirmer que, employé avec la prudence nécessaire, le mode de traitement que nous étudions ne présente aucun des inconvénients que l'on pourrait peut-être redouter. Les eaux de compositions diverses ne paraissent pas se combiner à nouveau, de manière à former des sels différents et doués de propriétés purgatives. Il est vrai qu'un laps de temps suffisant à la digestion s'est toujours écoulé entre l'ingestion de l'une et de l'autre des eaux employées. Chacune d'elles a parfaitement conservé le mode d'action qui lui est propre, et leurs effets additionnés nous ont paru conduire plus rapidement, dans les cas favorables, au résultat désiré.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

DISCUSSION.

M. DEMARQUAY. Lorsque, dans la résection du coude par exemple, on laisse le radius, on peut obtenir des résultats avantageux quant aux mouvements consécutifs. La reproduction des os par le périoste, leur élongation sont aujourd'hui des faits acquis; mais il y a des difficultés sérieuses pour conserver le périoste destiné à la reproduction de l'os. Je concède que quand il y a un éclat osseux, qu'on ouvre l'articulation blessée, il est possible de ménager une assez grande étendue de périoste, quoique la chose soit fort difficile, mais on n'obtient pas toujours d'excellents mouvements consécutifs.

Il est beaucoup question du coude dans la communication de M. Ollier ; je ferai remarquer que cette articulation est le type des articulations favorables au rétablissement des mouvements après les résections. En est-il de même pour les autres articulations?

En principe, je considère que la résection pour les cas pathologiques permet de conserver le périoste et d'assurer ainsi le meilleur fonctionnement du membre; mais que, dans la résection pour les cas traumatiques, la conservation du périoste est très-difficile à réaliser, et que, en supposant même que la chose fût assurée pour le coude, il n'est pas certain que l'on puisse fonder autant d'espoir sur le procédé pour les autres articulations.

M. Ollier a eu recours au pansement allemand pour ses opérés; il applique de suite après l'opération un appareil silicaté; on enferme les membres ainsi sans pouvoir surveiller les effets du traumatisme. J'ai essayé de me servir de ces appareils, et j'ai remarqué qu'ils ne valaient pas la gouttière; en effet, les appareils plâtrés sont munis d'une fenêtre trop grande ou trop petite, qui laisse tout passer ou masque une bonne partie de la plaie.

M. GUYON. Je n'aborderai pas les questions déjà soulevées à propos de la méthode sous-périostée. Si j'avais à exprimer mon opinion, je dirais que je n'ai pas vu la reproduction osseuse dans les cas traumatiques. Mais l'opération sous-périostée amène à suivre le chemin le plus sûr, le moins dangereux; en suivant l'os ou les fragments osseux et en décollant autant que possible le périoste, en détachant les insertions ligamenteuses et tendineuses, on limite le traumatisme.

Je désire vivement que la partie de la communication de M. Ollier relative aux résections partielles attire l'attention. Avec lui, pour une question encore peu étudiée, je crois que la résection partielle du coude est une mauvaise opération. Je ne l'ai pratiquée qu'une fois, et je n'ai pas eu la tentation de la faire à nouveau. Chez mon blessé, l'olécrâne avait été fracturé. Je devais faire la résection totale; voyant, chemin faisant, que le radius et l'humérus étaient sains, je me laissai séduire, et je m'arrêtai. Il y eut des accidents locaux graves : étranglement, phlegmon, abcès. Le malade a guéri, mais il a un mauvais membre. Il serait important que les observations faites pendant la guerre soient connues, pour fixer notre programme. A mon avis, les résections partielles sont, d'une façon générale, des opérations défectueuses; mais je serais heureux d'avoir, à cet égard, l'avis de mes collègues.

M. PERRIN. Il a déjà été question devant la Société des résections sous-périostées, et toujours nous avons discuté sur la réalité de leur existence. La gaîne capsulo-périostée dont nous parle M. Ollier ne représente rien à mon esprit.

Les résections pour les cas traumatiques nous présentent des opérations pratiquées au milieu d'os éclatés dans divers sens. Le périoste est divisé, quoique dise à cet égard M. Ollier, il est divisé comme les os. Il y a souvent des esquilles dans toutes les directions et de tous côtés. Il n'y a pas de capsule intacte; les insertions des ligaments articulaires et des tendons sont changés. Malgré le temps que l'on emploie à la recherche des esquilles et à leur extraction, en conservant le périoste après l'extraction des os, il n'y a pas de capsule périostée intacte, il y a un magma informe, où tout est agglutiné et couvert de caillots ou de lambeaux de tissus irréguliers.

Je voudrais, pour être édifié, voir comment les choses seraient conduites par M. Ollier lui-même sur le cadavre.

Les résections sous-périostées sont bonnes, sans doute; on peut dire que si elles ne font pas de bien, elles ne font pas de mal. M. Ollier a réussi; il a obtenu le rétablissement des mouvements et une reproduction osseuse. Mais vous vous rappelez que Bauchet vous a présenté une résection du coude, faite sans souci de con-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

server le périoste, et où les mouvements étaient bien rétablis; il y avait comme une articulation de caoutchouc, mais pas d'articulation vraie. Pour ce qui est de la reproduction de la mâchoire, M. Richet a montré ici un résultat aussi concluant que celui de M. Ollier.

Les résections partielles dont il est question sont mauvaises, parce qu'elles entraînent une gravité plus grande, et que le résultat final est l'ankylose. J'ai fait des résections partielles; j'ai eu des abcès, des menaces répétées d'infection purulente; la guérison a été des plus laborieuses, et, finalement, il est resté une ankylose. M. Ollier est d'avis que, pour une lésion de l'olécrâne, il vaudrait mieux, par exemple, enlever l'olécrâne et toute l'extrémité supérieure du cubitus et celle du radius, plutôt que de faire une résection partielle. Ce procédé est peut-être un peu radical; si, comme le dit M. Ollier, on obtient de meilleurs mouvements, on s'expose aussi à de plus grandes chances de suppuration des os et à l'infection purulente.

Je suis tout à fait convaincu de l'utilité de l'incision unique; elle permet de respecter les tendons et les muscles. Mais scier l'os, comme le veut M. Chassaignac, est mauvais, car il y a une objection capitale à opposer à ce procédé : vous sciez l'os sans savoir où sont les limites du mal. D'ailleurs la résection après section préalable de l'os ne donne pas grande aise.

M. VERNEUIL. La résection immédiate, pour les cas de traumatisme, est jugée favorablement; on obtient une guérison rapide. Si l'on attend, si l'on veut conserver, la guérison, possible quelquefois, est extrêmement longue, et une ankylose est inévitable. J'ai eu un malade de ce genre : l'articulation avait été écornée; des abcès sans nombre sont survenus; vingt fois le malade a été en danger de mort. J'ai fait trois résections du coude. Une fois il m'a été impossible de faire la résection comme j'aurais voulu la faire par le procédé sous-périosté : le coude avait été enlevé par un éclat d'obus. Dans les deux autres cas, le cubitus était brisé par une balle. J'ai essayé la résection partielle dans l'un des deux cas : un malade est mort, l'autre a guéri. Sur ces trois résections, j'ai eu une guérison. Nous étions à Paris, on le sait dans de fort mauvaises conditions.

Luke a déjà montré les mauvais résultats des résections partielles, et l'expérience a prouvé la supériorité des résections totales. Je fais d'ailleurs une distinction ici. Les cas pathologiques offrent des conditions bien plus favorables aux résections.

M. CHASSAIGNAC. La querelle entre les partisans de White et les chirurgiens français a duré longtemps, et c'était comme moyen de conciliation que j'avais proposé de scier l'os avant de désarticuler, reconnaissant que les anciens procédés à vastes lambeaux offraient d'immenses inconvénients dus à leur suppuration. J'ajoute qu'il est des os où la nécessité de scier avant de désarticuler est de la dernière évidence : tels sont les métacarpiens et les métatarsiens.

L'objection de notre collègue M. Perrin ne porte pas, car, en découvrant l'os et en cherchant à le scier, on a un moyen de constater directement le lieu où s'arrête le mal, ce qui ne se fait pas mieux lorsque l'on a désarticulé tout d'abord. En désarticulant, on économise le temps; ce n'est pas peu de chose. Faire durer une résection 40 minutes, c'est trop. L'incision unique parallèle aux tendons, telle que je la propose, est un moyen de ménager les parties molles, et cela permet de refermer la plaie, et sans grand dommage pour l'opéré, si, par hasard, on s'était trompé et si les limites étendues du mal ne permettaient pas de terminer la résection.

Pour ce qui est des résections de la diaphyse des os, je ne la crois pas mauvaise. J'ai reséqué une portion de l'humérus, depuis la gouttière radiale jusqu'au plateau articulaire de l'humérus, sans toucher à l'articulation. Le malade a guéri.

M. TILLAUX. J'adresserai à M. Ollier une question que j'ai déjà adressée à plusieurs de ses élèves. Avez-vous des autopsies de sujets adultes auxquels une résection sous-périostée a été pratiquée et suivie de guérison ?

M. OLLIER. Je réponds à M. Demarquay que je ne me sers pas de l'appareil des Allemands; ceux-ci mettaient une bande de flanelle et un appareil plâtré par-dessus. A Sadowa, les Autrichiens s'empressèrent de les enlever, et ils eurent raison. J'emploie l'appareil ouaté et silicaté, ce qui est tout autre chose. La gouttière, à mon sens, est tout à fait inférieure.

Les résections pour les cas traumatiques sont peu avantageuses au genou, au cou-de-pied et même au poignet. Une thèse d'un des élèves de M. Verneuil, M. Follet, a parlé des avantages de la résection du poignet, mais les observations laissent à désirer.

Je dirai à M. Perrin qu'on peut toujours garder une gaîne périostéo-capsulaire capable de maintenir les rapports des os entre eux et de conserver les rapports des muscles. Cette gaîne reste comme un moyen d'union. Malgré la projection des esquilles, on a encore une gaîne suffisante pour le but que l'on veut atteindre.

Chez les opérés que j'ai vus six et huit mois après l'opération, on sentait à l'extrémité inférieure de l'humérus deux tubérosités latérales.

J'ai pu faire seulement deux autopsies quinze mois après la guérison de résections du coude chez des sujets encore jeunes, de 17 ans environ : il y avait une articulation ayant les caractères d'un ginglyme, une mortaise qui maintenait suffisamment les rapports des os. Les sujets étaient jeunes, cela est vrai; mais, jusqu'à l'âge de 40 ans, on peut encore obtenir des résultats avantageux, quoiqu'à un moindre degré. Je n'en puis dire plus; mes plus beaux cas de guérison vivent.

Pour ce qui est des résections partielles, il faut encore les distinguer en deux classes : les résections partielles d'une seule extrémité osseuse, et les résections semi-articulaires; celles-là ont quelque chose de bon. J'ai fait cette opération pour l'articulation tibio-tarsienne, sans toucher à l'astragale. On n'augmente pas le danger de la suppuration osseuse et on évite un raccourcissement, en même temps que l'on facilité l'opération.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 16 février 1872. — Présidence de M. LUNIER, vice-président.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Au sujet du procès-verbal, M. Giraldès fait remarquer que, contrairement à l'opinion de M. Briquet, le tannate de quinine est absorbable. Il l'est moins que le sulfate de quinine; mais, comme l'a démontré M. Vulpian, il est incontestable qu'il est absorbé.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

Une lettre de remerciment de M. le docteur Surmay.

Une lettre de M. Boinet, recommandant, dans le traitement de la coqueluche, les vapeurs de papier saturé d'azotate de potasse.

Une brochure de M. Delasiauve intitulée : *De la création d'asiles communaux pour le traitement des aliénés.*

A propos du rapport sur la loi sur les aliénés, M. Perrin fait observer que l'internement des aliénés peut avoir, dans les premiers jours, une influence morale.

M. LUNIER affirme que cette influence morale n'est pour rien dans la mortalité plus considérable que l'on constate dans le premier mois d'admission, et que d'ailleurs la statistique a démontré que la mortalité des aliénés était bien plus considérable lorsqu'ils restent dans leur famille.

M. MOTET fait remarquer que le saisissement, la frayeur et le chagrin n'influent nullement sur la marche de la maladie, et que si la mortalité est plus grande le premier mois, cela tient uniquement à la forme aiguë des affections. Ceux qui meurent dès le premier mois de leur admission sont en général des malades atteints

de délires aigus, des alcooliques, et ces malades ne s'aperçoivent nullement de l'endroit où ils sont, et s'ils paraissent effrayés, c'est par leurs hallucinations terrifiantes.

En réponse à une observation de M. Onimus sur les inconvénients de l'admission des aliénés au local de la préfecture de police, MM. Motet et Lunier constatent que cet état de choses est très-défectueux, mais qu'il est condamné en principe, et que tout porte à croire qu'il sera modifié prochainement.

LECTURE

La lecture d'une note de M. Delasiauve sur les modifications qu'il désire introduire dans le rapport est remise à la prochaine séance.

M. ANTONIN MARTIN lit le rapport de la commission d'enquête pour examiner la conduite des médecins allemands pendant la guerre de 1870-71, au double point de vue de la science et de la profession.

M. COLINEAU lit les conclusions proposées par la commission.

La discussion sur ce rapport et sur les conclusions est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à 6 heures moins un quart.

Le secrétaire annuel : ONIMUS.

VARIÉTÉS

ESSAIS D'HOPITAUX-BARAQUES A SAINT-PÉTERSBOURG

Une lettre du docteur Pirogow, qui sert de préface à l'ouvrage du docteur Berthenson, intitulé : *les Hôpitaux-Baraques en temps de guerre et en temps de paix*, contient les détails suivants sur les hôpitaux-baraques construits à Saint-Pétersbourg :

Les baraques sont construites en bois, sur des fondements en brique qui s'élèvent à 1m30 environ au-dessus du sol et qui supportent un double plancher hermétique emprisonnant une couche d'air. Les parois latérales sont toutes formées de trois cloisons parallèles emprisonnant des couches d'air. Ces couches d'air protégent aussi bien contre le froid que pourrait le faire une couche solide de la même épaisseur; et l'expérience a déjà démontré que la paroi formée de trois cloisons en planches n'est pas absolument nécessaire, — une seule couche d'air étant suffisante pour arrêter le froid extérieur.

Un poêle placé au centre de la grande pièce chauffe la baraque entière. Bien entendu, ce poêle a sa bouche hors de la salle, dans le rez-de-chaussée qui a été ménagé entre le sol et le double plancher. On arrive ainsi très-facilement à obtenir une température constante.

Mais il n'y a encore qu'une moitié du problème qui soit résolue. La question importante est celle de la ventilation.

Deux moyens sont employés simultanément pour atteindre ce but. D'abord, toute la longueur du toit de la baraque est percée d'une ouverture de plus de deux mètres de largeur, et surmontée d'une lanterne percée de nombreuses fenêtres à tabatière s'ouvrant de bas en haut.

Quand on ouvre ces fenêtres ou quelques-unes d'entre elles, il semblerait que l'air extérieur, qui a en hiver une température de 10 à 30 degrés Réaumur au-dessous de zéro, dût se précipiter rapidement et remplacer l'air chaud de la salle, qui a une tendance naturelle à monter. En réalité, les choses ne se passent pas ainsi : l'air chaud et l'air froid se mélangent peu à peu, et de cette lutte de températures résulte un accord inattendu. Il faut un temps très-long pour que la température de la salle baisse d'un degré, alors même que toutes les fenêtres sont ouvertes.

Néanmoins, ce moyen de ventilation, si parfait en apparence, serait insuffisant à lui tout seul. En effet, l'air chargé de miasmes, étant plus lourd que l'air pur, se tient dans la partie inférieure de l'appartement et ne peut être que difficilement remplacé par de l'air provenant d'en haut. Pour obvier à cet inconvénient, des bouches d'appel, pratiquées dans le plancher, entre les lits, conduisent l'air par des tubes jusque dans le foyer inférieur. Ces bouches d'appel sont constamment ouvertes afin que le renouvellement de l'air soit continu; et comme le foyer inférieur est en activité jour et nuit, il ne peut jamais se produire aucun courant en sens inverse apportant de l'air froid.

Enfin, pour compléter le système de ventilation, des bouches de chaleur qu'on peut ouvrir à volonté introduisent dans la salle l'air pur de l'extérieur au moyen de tubes qui traversent le poêle et reçoivent de lui une chaleur modérée.

La salle contient seize lits placés perpendiculairement aux deux murs latéraux. Une lumière abondante, qui égaye les malades, arrive par de nombreuses fenêtres à double châssis, hermétiquement fermées pendant tout l'hiver.

Du côté de l'entrée principale, à droite et à gauche d'un corridor assez spacieux, sont ménagées quatre petites salles, chacune de dix mètres carrés de superficie, l'une pour les bains, l'autre pour l'officine médicale, la troisième pour une sœur de charité, la quatrième enfin destinée aux opérations chirurgicales.

(*Journal de Saint-Pétersbourg.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 22 mars 1872, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Barudel (Joseph), médecin principal de 1re classe, chevalier du 16 avril 1856, 35 ans de services, 17 campagnes ; — Cordier (Alexandre-Florimond-Achille), médecin principal de 2e classe, chevalier du 12 juin 1856, 37 ans de services, 10 campagnes ; — Jourdier (Joseph), vétérinaire en 1er à l'escadron du train des équipages militaires, chevalier de 1850, 35 ans de services, 2 campagnes.

Au grade de chevalier : MM. Ollier (Louis-François-Achille), médecin major de 2e classe, 17 ans de services, 7 campagnes ; — Ladoire (Jean-Évangéliste-Ernest), médecin-major de 2e classe, 24 ans de services, 6 campagnes ; — Liotard (Émile-Pierre), médecin-major de 2e classe, 25 ans de services, 3 campagnes ; — Louis (Joseph-Alfred), médecin-major de 2e classe, 13 ans de services, 4 campagnes ; — Marty (Jean-Hippolyte), pharmacien-major de 2e classe, 16 ans de services, 5 campagnes ; — Rouchette (Adrien-Marie-Henri), pharmacien-major de 2e classe, 20 ans de services, 16 campagnes ; — Barreau (Louis-Auguste), vétérinaire en 1er, 22 ans de services, 4 campagnes ; — Deliège (Paul), vétérinaire en 1er, 21 ans de services, 3 campagnes.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance vendredi, 19 avril 1872, à 3 heures et demie très-précises du soir, à la Préfecture de la Seine (Palais du Luxembourg).

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° Communication de M. Boinet sur le traitement de la coqueluche ; 3° Lecture de M. Duroziez sur les anévrysmes du cœur ; 4° Lecture de M. Reliquet à l'appui de sa candidature, sur les moyens propres à détacher des concrétions calcaires adhérentes à la vessie ; 5° Lecture de M. Duchenne (de Boulogne) sur la paralysie pseudo-hypertrophique ; 6° Lecture de M. Durand-Fardel sur le traitement de la métrite chronique par les eaux minérales.

— Voici quels sont les sujets des thèses du concours de l'agrégation :

MM. Laborde : De la malignité.
Bergeron : Affections catarrhales aiguës.
Beaumetz : myélite aiguë.
Gouraud : Des crises.
Damaschino : Étiologie de la tuberculose.

Hayem : Hémorrhagies intra-rachidiennes.
Dugnet : Apoplexie pulmonaire.
Lancereaux : Parallèle de la maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée.
Dieulafoy : De la contagion.
Fernet : Du tremblement.
Rathery : Pathogénie de l'œdème.
Rigal : Pathogénie des névralgies.

— M. le professeur G. Sée a repris hier ses conférences cliniques à l'hôpital de la Charité ; il les continuera tous les lundis, mercredis et vendredis, à 9 heures précises.

— M. le docteur Stopin recommencera son cours d'accouchements et manœuvres policliniques, lundi 22 avril, à 4 heures et demie. Les leçons auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, au n° 38, rue Gay-Lussac.

Le Directeur : Dr E. Le Soupp.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire. 13

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalité 13° —	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre...................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel Reboulleau.

rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 54, Paris.

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel-Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

CRÈME DE BISMUTH

DU Dr QUESNEVILLE

A la Société de thérapeutique, un de ses membres disait dernièrement que le sous-nitrate de Bismuth ne guérissait qu'à haute dose, que son prix trop élevé le rendait rare, et qu'alors on vendait sous son nom des matières où ce sous-nitrate n'entrait qu'en très faible proportion. Ceci explique le succès qu'obtient la CRÈME DE BISMUTH du Dr QUESNEVILLE, agissant dix fois plus vite contre les diarrhées, dyspepsies, etc., etc., que la poudre de Bismuth des pharmacies, et contenant le S.-N. B à l'état de pureté parfaite. — Prix du flacon : 9 fr.; du 1/2 flacon : 5 fr. — *N'avoir confiance qu'au produit du Dr Quesneville, son inventeur, et exiger son cachet et son étiquette.* — Rue de Buci, 12, à Paris.

St-HONORÉ-LES-BAINS (Nièvre).

Eau sulfureuse sodique

analogue à celle des Pyrénées. Admise dans les hôpitaux de Paris. Souveraine dans les maladies du larynx et des bronches, asthmes, catarrhes ; affections cutanées, lymphatisme et maladies des enfants.

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET

Bains et douches ; piscine à eau courante, 32°. — Site magnifique. — Vie à bon marché.

Au Dépôt central, 60, rue Caumartin, Paris.

SIROP ET PATE PECTORALE

de LAMOUROUX

Le Sirop, béchique et calmant, est un précieux agent thérapeutique pour calmer les bronchites les plus intenses, la grippe, les rhumes, etc.

La Pâte, ayant les mêmes propriétés que le Sirop, est employée dans les voyages.

Les célèbres médecins de Paris les recommandent dans leurs cliniques, et relatent dans leurs ouvrages les succès qu'ils en ont obtenus.

Paris, 45, rue Vauvilliers, phe P. Lamouroux.

SIROP SÉDATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

AU BROMURE DE POTASSIUM

De J.-P. LAROZE, pharmacien,

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Tous les médecins s'accordent à reconnaître au bromure de potassium, chimiquement pur, une action sédative et calmante sur tout le système nerveux. Réuni au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères, dont l'action régulatrice des fonctions de l'estomac et des intestins est universellement appréciée, il est administré sans crainte d'aucun accident, chez les adultes, dans les affections du cœur, des voies digestives et respiratoires, les névroses en général et les maladies nerveuses de la grossesse ; chez les enfants pour calmer l'agitation, l'insomnie et la toux pendant la dentition. Son dosage mathématique permet aux médecins d'en augmenter ou d'en diminuer la dose suivant le cas. — Le flacon : 3 fr. 50 c. — Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de santé pour les deux sexes.

Traitement des maladies mentales et nerveuses.

A SCEAUX (Seine). — Prix modérés.

Pour renseignements, s'adresser tous les jours, de midi à 3 heures, chez M. le Dr de la Grandière O. ✳, rue d'Enfer, 83, à Paris.

Dragées Chantrel au bromure de potassium, *chimiquement pur* (*sans trace d'iode*)

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Epilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez Desnoix et Ce, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation mixte maternelle ; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire.

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Felhing (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de Henri Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop Henri Mure contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. Henri Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

Granules antimoniaux, ANTIMONIO-FERREUX *et antimonio-ferreux au Bismuth,* du Dr Papillaud. Des expériences faites depuis 4 ans par les sommités médicales de tous les pays justifient les résultats obtenus et signalés par l'auteur.

Les Granules antimoniaux sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes dans les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur.

Sous leur influence, l'asthme, le catarrhe guérissent ou s'améliorent très promptement, la phthisie elle-même est souvent enrayée à ses débuts, et très avantageusement influencée dans ses autres périodes.

Dans les Granules antimonio-ferreux, les propriétés réparatrices du fer, unies aux effets reconstituants de l'arséniate d'antimoine, constituent la préparation officinale qui se rapproche le plus des eaux ferreuses arsenicales naturelles.

Ces granules sont le remède le plus sûr à opposer à la chlorose, chloro-anémie, la scrofule, les névralgies et les névroses.

Les Granules antimonio-ferreux au bismuth sont particulièrement destinés à la guérison des affections nerveuses ou fonctionnelles des voies digestives.

Pharmacie E. Mousnier, à Saujon (Charente-Inférieure) ; à Paris : pharmacies Detrai, rue des Tournelles, 1 ; Vial, rue Bourdaloue, 4 ; Arnault, rue Montmartre, 141, et rue de Cléry, 33; dans les pharmacies de France et de l'étranger.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau. — **Gros,** 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris.**

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le fer quevenne. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix,* dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Du diagnostic de l'hydrocéphalie par l'ophthalmoscope (M. Bouchut). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Variétés.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Pourquoi le programme des leçons d'hygiène à faire dans les lycées est-il revenu à l'ordre du jour, quand il avait été voté sauf quelques suppressions et modifications qu'il eût été tout simple de laisser au soin du rapporteur? Pourquoi, à l'occasion de cette seconde lecture, dont on aurait pu parfaitement se dispenser, a-t-on vu se reproduire les mêmes observations, les mêmes objections qui nous avaient déjà paru plus que suffisamment développées et débattues dans la dernière séance? De toutes ces répétitions superflues il est résulté une perte de temps regrettable et une séance à peu près nulle et dont nous n'aurions absolument rien à dire, n'était une toute petite communication faite à la fin de la séance par M. Léon Le Fort.

Les lecteurs de la *Gazette des Hôpitaux* ont déjà pu voir dans les comptes rendus de la Société de chirurgie la relation d'un cas de blépharoplastie par un lambeau complétement détaché du bras et reporté à la face. L'insuccès de cette opération a été un enseignement pour M. Le Fort, qui a su le mettre à profit. Témoin le malade qu'il a présenté hier à l'Académie et sur lequel il a pratiqué la même opération, en se prémunissant cette fois contre les circonstances qui lui avaient paru compromettre le succès chez son premier opéré, c'est-à-dire en transportant un lambeau uniquement composé du derme et présentant à sa face interne une surface de cruentation. Le succès a justifié cette pratique. Nous publierons plus tard ce fait.

Nous saisirons cette occasion pour rectifier la qualification vicieuse que, dans la précipitation de la rédaction, nous avons donnée, il y a quinze jours, à la communication de M. Ollier sur un sujet analogue.

Le titre de greffe épidermique par lequel nous avons désigné cette communication pouvait, en effet, jusqu'à un certain point, donner le change sur le sens réel du travail de ce savant chirurgien, qui s'est proposé précisément de démontrer l'insuffisance de la transplantation de l'épiderme et la nécessité de constituer les greffes par des lambeaux comprenant toute l'épaisseur du derme.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Du diagnostic de l'hydrocéphalie par l'ophthalmoscope. — Cas rares d'hydrocéphalie arachnoïdienne et d'hydrocéphalie du troisième ventricule (1).

OBS. II. — *Kyste séreux du troisième ventricule, avec hydrocéphalie des ventricules latéraux. — Atrophie des nerfs optiques.*

(Recueillie par M. LABADIE-LAGRAVE, interne des hôpitaux.)

G..., 2 ans. Entrée le 4 mars à l'hôpital des Enfants-Malades, salle Sainte-Catherine, n° 31. Service de M. Bouchut.

Elle est arrivée de nourrice depuis quatre jours, et la femme qui l'a amenée a prétendu qu'elle a de temps en temps des soubresauts convulsifs. Tels sont les seuls renseignements qu'il nous soit permis d'obtenir.

Au moment de son entrée, l'enfant ne présente aucun trouble des fonctions nutritives. Sa respiration est normale; elle ne tousse pas. L'auscultation ne révèle aucun signe pathologique.

Les digestions paraissent bonnes. L'appétit est conservé. Il n'y a ni diarrhée, ni constipation.

Le cœur est régulier dans ses battements. Le pouls un peu lent (80).

Les fonctions cérébrales et nerveuses sont seules altérées.

La tête est volumineuse et mesure :

Dans sa circonférence équatoriale........ 48 centimètres.
Dans sa demi-circonférence supérieure... 23 —

Elle est manifestement déformée. Les bosses pariétales sont saillantes, ainsi que les bosses occipitales.

Le front est saillant; les cavités orbitaires un peu déprimées. La fontanelle antérieure anormalement dilatée.

La tête est fortement infléchie en arrière; les musles splénius et trapèze contracturés font une saillie manifeste sous la peau et paraissent douloureux à la pression.

Les yeux présentent une déviation conjuguée. Les pupilles sont un peu dilatées et très-faiblement sensibles à l'impression de la lumière. Une goutte d'une solution d'atropine, instillée dans l'œil, augmente sensiblement l'ouverture pupillaire et permet l'*examen ophthalmoscopique*, qui révèle la lésion suivante : atrophie commençante du nerf optique dans les deux yeux.

Les membres supérieurs sont contracturés; les pouces sont fléchis dans la paume de la main et portés dans l'adduction forcée.

Les membres inférieurs sont amaigris, atrophiés et légèrement fléchis.

La sensibilité tactile paraît obtuse; la sensibilité à la douleur également un peu amoindrie.

L'enfant ne parlant pas, il nous a été impossible d'examiner l'état

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

de son intelligence. Elle paraît étrangère à tout ce qui l'entoure et dans un état de demi-hébétude dont on a la plus grande peine à la faire sortir.

16 mars. — La petite malade est restée jusqu'à ce jour dans le même état; mais nous la trouvons ce matin plongée dans un sommeil profond et demi-comateux. Depuis hier déjà, la somnolence était plus complète; elle a fait place aujourd'hui à un état soporeux plus marqué. Le pouls est en même temps devenu très-fréquent (140). Sa mère est venue la voir ce matin et a ajouté les renseignements suivants aux indications imparfaites que nous avions consignées :

L'enfant a été sevrée à 18 mois. Jusque-là, sa santé n'a pas paru être altérée; mais depuis cette époque sont apparus les premiers phénomènes pathologiques. Sa tête a progressivement augmenté de volume; elle a eu, par temps, quelques petits soubresauts convulsifs. Les yeux, dans ces crises, étaient déviés ou roulaient dans leur orbite (*nystagmus*). Jamais elle n'a eu de vomissements ni de diarrhée.

La contracture des membres ne devrait remonter, d'après les souvenirs peut-être infidèles de la mère, qu'à trois ou quatre mois.

L'enfant ne présentait aucun attribut du rachitisme, pas de déformation des poignets, ni d'innervation des tibias, ni enfin de chapelet rachitique.

La lésion optique démontrée par l'ophthalmoscope écartait, d'autre part, cette hypothèse, et ce signe, joint à l'augmentation manifeste du volume de la tête, semblait donc plaider en faveur de l'*hydrocéphalie*. Tel fut donc le diagnostic porté, Mais la mort de la petite malade, qui succomba le lendemain dans le coma, tout en confirmant le diagnostic précédent, permit de le compléter.

Autopsie. — Une coupe fut pratiquée sur le crâne à l'aide d'un trait de scie porté sur la circonférence équatoriale du crâne, et révéla les lésions suivantes :

Ventricules latéraux anomalement dilatés et remplis de liquide séreux, incolore, fluide.

Le ventricule médian (troisième ventricule) se trouve divisé en deux loges par la section horizontale, qui a porté un peu au-dessus des tubercules quadrijumeaux et à la partie supérieure des couches optiques.

Mais la distension du troisième ventricule n'est pas due à la pression du liquide contre ses parois; le liquide que cette cavité renferme est, en effet, contenu dans une poche kystique qui, examinée sous l'eau, apparaît sous forme d'une membrane flottante légère, ténue et presque translucide, n'adhérant que faiblement et en certains points aux parois mêmes du troisième ventricule.

En recherchant les rapports de cette membrane d'enveloppe, il est difficile de déterminer son véritable point d'implantation.

En avant du chiasma des nerfs optiques, les bandelettes optiques, la commissure blanche antérieure, sont fortement refoulées vers les régions antérieures. Le chiasma est notablement aplati.

Les trous de Monro sont fortement dilatés et offrent un orifice de plus de 1 centimètre 1/2 de diamètre.

La cloison du septum lucidum, quoique un peu dilacérée par la coupe du cerveau, semble cependant offrir une séparation de ses deux feuillets et un développement du cinquième ventricule.

Le reste du cerveau ne présente pas d'altération.

A la paroi postérieure du troisième ventricule, on retrouve l'orifice antérieur de l'aqueduc de Sylvius, qui n'est pas dilaté et paraît avoir été momentanément obturé par l'application du kyste contre la face postérieure du troisième ventricule.

Malgré les plus minutieuses recherches, il nous a été impossible de retrouver la moindre trace de la glande pinéale.

Le liquide contenu dans cette poche membraneuse était clair, limpide comme de l'eau de roche. On n'y a constaté aucune vésicule libre. La face interne du kyste ne présentait aucune vésicule adhérente. On devait donc repousser l'hypothèse d'une origine parasitaire, puisqu'il n'y avait trace ni d'échinocoque, ni de cysticerque.

Il est donc probable que cette tumeur liquide était un kyste séreux simple, soit développé primitivement dans le troisième ventricule, soit formé aux dépens de la glande pinéale.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation après le diagnostic ophthalmoscopique basé sur l'état de la papille, c'est la présence d'un kyste du troisième ventricule écartant les couches optiques et les pédoncules cérébraux, dilatant l'infundibulum, comprimant la base du cerveau ainsi que les bandelettes optiques, et produisant l'hydrocéphalie avec amaurose.

C'est une lésion très-rare. On ne connaît guère que les cas de Léger et Laborde, de Zenker, de Forster, comme kystes séreux du 3e ventricule, et ceux de Virchow et de Mohr comme kystes de la glande pinéale.

Maintenant, quelle est l'origine de ce kyste unique et uniloculaire, à parois celluleuses minces, transparentes, parcourues de petits vaisseaux ?

Ce n'était pas un kyste parasitaire, car, en faisant l'autopsie, j'ai regardé avec soin dans le liquide transparent et incolore s'il n'y avait aucun dépôt granuleux à recueillir ni aucun autre corps étranger. Il n'y avait pas de cysticerque ni d'échinocoque. De plus, le kyste mince, transparent et cellulo-vasculaire, n'était doublé d'aucune autre membrane. Il était directement appliqué sur les parois du 3e ventricule. Or, dans les kystes parasitaires il y a toujours une seconde membrane fibreuse doublant la première. Rien de semblable n'existant ici, il m'a fallu conclure qu'il n'y avait pas d'helminthe dans la poche et que c'était un kyste séreux.

Reste à déterminer l'origine de ce kyste à parois si minces et refoulant les parois du 3e ventricule. Ou il s'est développé sur un point des parois, ou il a pour origine la glande pinéale disparue. Il n'est guère probable qu'il résulte d'une altération des parois du 3e ventricule, puisque, en écartant la membrane du kyste, on ne trouve pas d'adhérences avec les parois, qui sont intactes et seulement comprimées par le liquide enkysté. Serait-ce plutôt un développement kystique par ampliation de la glande pinéale comme les cas de Virchow et de Mohr ? C'est possible, et on peut dire même c'est probable, sans pouvoir l'affirmer d'une manière péremptoire.

Quoi qu'il en soit, le fait mérite d'être mis en réserve au nombre des cas rares et curieux, et, avec le fait précédent d'hydrocéphalie arachnoïdienne, il forme une page intéressante dans l'étude anatomique de l'hydrocéphalie.

Voici maintenant un troisième fait de nature différente, et qui n'est pas moins intéressant, sous le rapport du diagnostic ophthalmoscopique et sous le rapport des lésions de l'hydrocéphale.

Obs. III. — *Hydrocéphalie essentielle des 4 ventricules. — Atrophie des nerfs optiques.*

Annette M.., âgée de 25 mois, entrée le 2 avril 1872 au n° 39 de la salle Sainte-Catherine (service de M. Bouchut).

A 13 mois cette enfant a eu des convulsions qui se sont reproduites très-fréquemment pendant 5 à 6 mois, et dans leurs intervalles il y avait des cris continuels. Depuis lors la tête a grossi lentement jusqu'à ce jour.

L'appétit a persisté ; pas de vomissements ; constipation habituelle, quelquefois de l'anurie.

Depuis la dernière convulsion, l'enfant a gardé de la contracture dans les membres inférieurs, qui sont tout roides, et les pieds étendus formant de chaque côté un pied-bot équin et valgus. Les membres supérieurs sont également contracturés, roides et en supination forcée. Pas de roideur du tronc ni de la tête.

État actuel. — L'enfant est dans l'état de contracture que je viens d'indiquer. Sa face est petite relativement au crâne, qui est

mou, très-développé, avec une large fontanelle antérieure et des sutures lambdoïdes écartées. La circonférence du crâne est de 58 centimètres, et son diamètre vertical de 39.

La sensibilité tactile est à peu près éteinte, mais le redressement des membres est douloureux; pupilles dilatées, atrophie du nerf optique, dont la papille est petite, verdâtre, nacrée, brillante, avec de très-petits vaisseaux.

Quatre jours après son entrée, l'enfant fut prise de fièvre (144 pulsations), cessa de manger, tomba dans un grand abattement, perdit ses forces, dépérit très-rapidement et succomba en cinq jours, le 9 avril 1872.

Autopsie. — L'ouverture du crâne, par un trait de scie passant à la partie moyenne des ventricules latéraux donne lieu à un écoulement de sérosité limpide, incolore, de plus d'un litre.

Les deux ventricules latéraux sont fort dilatés, ainsi que le troisième et le quatrième ventricule, qui communiquent librement les uns avec les autres. Les trous de Monro sont énormément dilatés et ont le calibre d'une grosse plume d'oie. L'aqueduc de Sylvius est également très-dilaté, de façon à faire communiquer largement le troisième et le quatrième ventricule. Par insufflation au bec du calamus, on démontre dans la moelle la distension du canal de l'épendyme, qui laisse passer des bulles d'air à chaque insufflation.

Les parois sont pâles, sans altération appréciable. Le tissu voisin est mou, peu vasculaire; nulle part il n'y a de sclérose, de ramollissement, ni de tumeur.

Les nerfs de la base du crâne sont atrophiés, et cela est surtout marqué sur les nerfs optiques, à leur chiasma, et dans les bandelettes optiques.

Les sinus crâniens sont entièrement vides, à l'exception du sinus latéral, qui offre un coagulum noirâtre près de son embouchure, dans le voisinage du pressoir d'Hérophile.

Les sinus rachidiens sont très congestionnés à la région dorsale. Au niveau de la queue de cheval, les méninges rachidiennes paraissent distendues, mais l'épanchement de liquide est très-peu abondant.

Le canal de l'épendyme est très-fortement dilaté.

Dans cette observation, on voit une dilatation générale de tous les ventricules de l'encéphale, qui communiquent largement, étage par étage, les uns avec les autres. Le quatrième ventricule est lui-même très-dilaté, ainsi que le canal intérieur de la moelle.

Il n'existait aucune lésion appréciable des méninges, ni de la substance cérébrale ou nerveuse, et, quant à présent, c'est un fait à ranger parmi les cas encore assez nombreux *d'hydrocéphalie essentielle.*

En résumé, voici trois cas d'hydrocéphalie observés au même moment dans mes salles et tous suivis d'autopsie. Le premier est une hydrocéphalie arachnoïdienne; le second, une hydrocéphalie des ventricules latéraux causée par un kyste séreux du troisième ventricule; le troisième, une hydrocéphalie essentielle des quatre ventricules cérébraux. Dans tous ces cas, l'ophthalmoscope a permis de constater l'atrophie de la papille optique et d'affirmer un diagnostic qui aurait pu rester douteux dans l'esprit de quelques médecins. A tous ces titres, ce sont des faits intéressants que j'ai cru devoir vous communiquer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un vœu du conseil général de la Corse, tendant à ce qu'une récompense honorifique soit accordée à M. le docteur Lacan (de Calvi), pour les nombreuses vaccinations qu'il a pratiquées depuis trente ans. (Comm. de vaccine.) — 2° Des rapports sur des épidémies de variole qui ont régné à Nogent (Haute-Marne), par M. le docteur Reverchon, et à Mont-de-Marsan (Landes), par M. le docteur Malichecq). — 3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de l'Allier, des Basses-Pyré-

2° Au nom de M. le docteur Beltz, médecin militaire à Alger, la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en Algérie.

M. J. LE FORT présente, de la part de M. Robinet fils, un essai sur les eaux d'un faubourg d'Épernay situé en contre-bas d'un cimetière.

M. BARTHEZ, au nom de M. le docteur Castan (de Montpellier), offre en hommage la 2e édition d'un *Traité élémentaire des fièvres.*

M. WURTZ dépose sur le bureau, de la part de M. Grimaux, agrégé à la Faculté de médecine, un volume ayant pour titre : *Chimie organique élémentaire.*

M. DURAND-FARDEL offre en hommage un exemplaire du rapport qu'il a fait à la Société d'hydrologie médicale de Paris sur les eaux minérales de la France comparées à celles de l'Allemagne. Ce rapport se termine par les conclusions suivantes :

1° La France est la seule contrée de l'Europe qui puisse se suffire à elle-même pour tout ce qui concerne la thérapeutique thermale;

2° Elle n'a besoin de recourir, dans aucun cas, aux eaux minérales d'Allemagne.

M. CHAUFFARD dépose sur le bureau une lettre de M. le docteur Arnould, médecin-major à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr, accompagnant le programme du cours d'hygiène qu'il a professé à cette École.

M. le professeur Béhier présente à l'Académie une seringue de Ravaz, construite par M. Colin.

Cette seringue est renfermée dans un étui, avec trois aiguilles, et peut entrer dans toutes les trousses.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Vernois, pour faire connaître à l'Académie les modifications introduites dans le rapport sur le programme des cours d'hygiène des lycées.

RAPPORT SUR LE PROGRAMME DES LEÇONS D'HYGIÈNE DES LYCÉES.

M. VERNOIS fait connaître les modifications qu'il a introduites dans ce programme. Conformément au désir exprimé par plusieurs

de ses collègues, dans la discussion de la dernière séance, il a retranché du programme les articles 7 et 8. Le nombre des leçons se trouve ainsi réduit à 6, chiffre proposé dans la lettre ministérielle.

Il s'engage, à ce sujet, une nouvelle et longue discussion, très-confuse, dont le résultat définitif est l'adoption du rapport avec les 6 articles du programme qui en forment les conclusions.

Voici le texte du programme voté par l'Académie :

LECTURES ET PRÉSENTATIONS

M. MEDICI (de Turin) lit un mémoire sur une méthode sédative, résolutive, désagrégative, tonique, etc., pour combattre les maladies chroniques et aiguës des organes génito-urinaires sans le secours d'instruments chirurgicaux.

M. LÉON LE FORT présente un malade auquel il a pratiqué, pour remédier à un ectropion, une opération qu'il désigne sous le nom d'hétéroplastie, et qui a consisté à transporter sur la paupière un lambeau de peau pris sur le bras.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 février 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

PRÉSENTATION DE MALADE

Angine scrofuleuse. — M. DUMONTPALLIER présente un malade atteint de la forme d'angine scrofuleuse chronique décrite par MM. Isambert, Fougère et Constantin Paul. Le voile du palais présente des altérations; les piliers postérieurs sont adhérents à la paroi postérieure du pharynx; la corde vocale du côté gauche se voit difficilement, mais la corde vocale du côté droit est altérée dans son insertion antérieure. On constate deux perforations, l'une à la luette, l'autre à la voûte palatine; on constate en outre une altération de la glotte, une déperdition presque complète de l'épiglotte; le tiers supérieur gauche de la glotte est totalement enlevé; il y a aussi de l'otorrhée et de l'otite.

Antérieurement, cet homme ne présentait pas des signes très-nets de scrofule; il n'y a pas d'antécédents spécifiques, aucun symptôme de syphilis; il n'y a eu que des accidents aigus de bronchite.

M. ISAMBERT croit qu'il s'agit, dans ce cas, d'un mélange de scrofule et des yphilis.

RAPPORTS

M. CONSTANTIN PAUL donne lecture d'un rapport sur le *Service pharmaceutique des hôpitaux de Paris*. Dans ce rapport, M. Paul rappelle les nombreuses plaintes adressées par beaucoup de ses collègues au sujet du service des internes en pharmacie dans les hôpitaux. Quelques-uns même, professant à cet égard-là une opinion tout à fait radicale, ont demandé leur suppression absolue.

Quels sont les principaux griefs que l'on adresse aux internes en pharmacie? C'est de ne pas suivre ou tout au moins de suivre très-inexactement la visite; c'est, au laboratoire, de ne pas mesurer les médicaments; de ne pas présider eux-mêmes à leur distribution; de commettre de nombreuses erreurs dans la préparation et l'administration de ces médicaments; enfin on leur reproche aussi le gaspillage qui a lieu dans la plupart des laboratoires.

D'autres ont fait remarquer que, fort souvent, le service était confié à des internes provisoires non nommés au concours, qui n'étaient attirés là nullement par le désir d'apprendre, mais bien uniquement par la rétribution que leur accorde l'Assistance publique. Enfin, ce sont, la plupart du temps, des étudiants en médecine, qui plus tard font de fort mauvais médecins et de fort mauvais pharmaciens.

M. Bucquoy a fait remarquer qu'à Cochin le service de la pharmacie était confié à des sœurs, et qu'il se faisait convenablement; de là donc réclamations contre les internes en pharmacie, demande d'une plus sérieuse application de la discipline, etc., etc.

M. le rapporteur, après quelques remarques sur le service des internes en pharmacie, et après avoir surtout insisté sur ce fait qu'il faudrait, avant tout, fournir aux internes en pharmacie tous les moyens de s'instruire dans les hôpitaux, comme cela a lieu pour les internes en médecine, donne lecture de la circulaire du 30 septembre 1850 sur le service pharmaceutique des hôpitaux, et demande simplement qu'on observe scrupuleusement l'application de ce règlement.

M. ISAMBERT fait observer que les internes en pharmacie ne peuvent pas être attirés par l'intérêt scientifique, attendu qu'ils ne peuvent disposer d'aucun appareil, que toute recherche leur est impossible, et qu'enfin leurs chefs de service, au lieu de les stimuler et de les encourager à travailler, ont pour eux un manque absolu d'égards.

M. LORAIN professe une opinion tout à fait radicale; il avoue ne pas comprendre l'interne en pharmacie; il se plaint de n'avoir contre eux aucun moyen de contrôle; ces jeunes gens, dit-il, n'apprennent ni la chimie, ni la pharmacie, ni la médecine; enfin il regrette de ne pas voir appliquer en France le système en usage dans certaines parties de l'Allemagne, et qui consiste à confier le service que fait ici l'interne en pharmacie à un subalterne honorable, raisonnable et *responsable*, et non pas à un jeune homme de 18 ans qui ne peut être raisonnable et n'est en aucune façon responsable. Qu'arrive-t-il? C'est que leur service retombe encore sur les mains de ces pauvres sœurs déjà accablées de besogne et qui ont à peine le temps d'appartenir au service médical.

M. MOISSENET fait remarquer que chaque chef de service est appelé à faire le contrôle du service de la pharmacie, et que si l'on se donnait la peine de le faire sérieusement de temps à autre, les choses en iraient beaucoup mieux.

M. BOURDON ne partage pas cette opinion et déclare, au contraire, que le contrôle est impossible de la part des médecins; mais ce soin devrait incomber à l'administration, et c'est le pharmacien en chef qui devrait être chargé de faire de temps en temps des inspections dans ce but.

M. BLACHEZ appuie l'opinion de M. Bourdon, et à ce sujet fait remarquer que le service de la pharmacie se fait d'une façon déplorable; on enlève les pots à tisane à quatre heures du matin, et à midi souvent ils ne sont pas encore tous rendus, de telle sorte que les malades restent huit heures sans pouvoir boire de tisane, à moins qu'ils n'aient eu la précaution d'en conserver dans leur verre. Il est, en outre, impossible d'obtenir des tisanes chaudes; enfin

dans les hôpitaux militaires, chaque malade grave a une veilleuse pour la nuit; rien de semblable n'a lieu dans les hôpitaux civils, et c'est encore là une économie déplorable.

M. HARROTTE regrette que les médecins n'aient aucune prise sur les internes en pharmacie et soient obligés de les faire punir par l'intermédiaire des pharmaciens en chef.

M. LAILLIER pense que la commission n'a pas assez approfondi la question; un règlement existe, il est vrai, mais qui est insuffisant; il sera, en outre, toujours impossible d'en obtenir une application rigoureuse; des réformes radicales sont donc nécessaires. Si l'on conserve les internes en pharmacie, au moins faut-il en diminuer le nombre et les dispenser d'assister à la visite, où leur présence est tout à fait inutile; enfin M. Laillier ne voudrait pas, à tout prix, que l'on gardât ce qui existe, persuadé que les recherches thérapeutiques ne peuvent pas être sérieuses dans l'état de choses actuel.

M. LORAIN propose que l'on réserve l'avenir, mais que dès maintenant on déclare une enquête ouverte sur le service pharmaceutique dans les hôpitaux.

La proposition de M. Lorain est acceptée et ajoutée aux conclusions du rapport de M. Constantin Paul.

La séance est levée à 5 heures.

VARIÉTÉS

En attendant que nous puissions rendre compte de la *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie*, du docteur Édouard Fournié, nous croyons devoir appeler l'attention du lecteur sur cette œuvre remarquable, en publiant la préface.

PRÉFACE

Ce livre fut une promesse. Lorsqu'en 1866 nous publiâmes la *Physiologie de la voix et de la parole*, nous dûmes réserver pour l'avenir la solution de certaines questions que nos recherches venaient de soulever.

L'une d'elles, la plus intéressante, car elle concerne de pauvres êtres qu'une grande infirmité rend incapables de protester contre les erreurs et les préjugés d'enseignement dont ils sont les victimes, a été résolue dans la *Physiologie et Instruction du sourd-muet*.

Les rapports de M. Franck, de l'Institut, et de M. le professeur J. Béclard sur ce travail en sont la garantie la plus haute et la plus éloquente. Mais il est à craindre que ces grands problèmes de philosophie et de physiologie ne soient pas sainement appréciés et que leur réalisation pratique ne se fasse encore attendre longtemps (1). Peut-être l'étranger, plus soucieux des progrès utiles, prendra-t-il l'initiative de cette œuvre généreuse. C'est à désirer, car vingt et un mille enfants sourds-muets réclament, en France, un enseignement qui repose enfin sur les lois de la physiologie.

La question que nous nous proposons de résoudre dans ce travail a pris naissance dans l'étude des rapports que nous avions cherché à établir entre la parole et la pensée.

Cette étude, injustement abandonnée par les physiologistes aux métaphysiciens, qui l'ont à peine effleurée, est entièrement neuve, et si les *inconnues* qu'elle renferme sont encore à résoudre, c'est que, d'un côté, les physiologistes n'ont pas su reconnaître que la parole et la pensée sont des modes de l'activité fonctionnelle du cerveau et que, de l'autre, les métaphysicieus ont été incapables de créer la physiologiè cérébrale par la méthode psychologique : les premiers ont méconnu le plus beau des problèmes de physiologie; les seconds ont exercé leur esprit sur un sujet qui était en dehors de leurs moyens. Constater que la parole et la pensée ressortent essentiellement de la physiologie, tel fut le premier résultat de nos recherches. Mais, en voulant pénétrer plus loin dans cette voie, en voulant déterminer les conditions physiologiques de la parole et de la pensée, nos efforts vinrent se heurter contre des obstacles imprévus; nous voguions sur une mer inexplorée; nous nous aperçûmes enfin que non-seulement la physiologie du cerveau n'était pas faite, mais que la physiologie tout entière du système nerveux n'existait pas.

Les hommes éminents qui depuis un demi-siècle ont dirigé le mouvement scientifique se sont laissé dominer par un ordre d'idées spécial et, en se bornant à réunir sous le nom de *Physiologie du système nerveux* l'ensemble des faits de l'expérience, ils ont confondu la méthode expérimentale avec la physiologie elle-même.

Dieu nous garde de jeter le moindre discrédit sur la *méthode expérimentale!* Justement considérée comme une des gloires de la science française, elle a banni l'hypothèse du champ de la physiologie et, grâce à cette réaction bienfaisante, elle a préparé les matériaux qui doivent servir à l'édification d'une physiologie nouvelle. Mais le moment est venu de réagir, non pas contre elle, car son concours précieux ne cessera jamais d'être indispensable, mais contre ses exagérations, ses empiétements, ses égarements; nous devons, en un mot, la défendre contre elle-même.

Physiologie expérimentale, médecine expérimentale, psychologie expérimentale sont des expressions dont la raison réprouve l'association : il n'y a qu'une physiologie, qu'une médecine et qu'une psychologie.

Sans doute, ces expressions associées indiquent la tendance de l'esprit vers une méthode préférée; mais agir ainsi, c'est définir la science par la méthode que l'on emploie dans son étude; c'est, par conséquent, lui imposer des limites arbitraires et lui interdire tout progrès à la faveur des autres méthodes de l'esprit humain.

Voilà précisément ce qui est arrivé à la physiologie du système nerveux : renfermée dans les limites de la méthode expérimentale, elle s'est enrichie d'un certain nombre de faits assurément très-précieux; mais, dans cette voie exclusive, elle n'a pas tardé à toucher le terme de ses progrès. Peut-être eût-il été sage alors de reconnaître qu'on s'était trompé, en avouant que la *méthode expérimentale* n'est pas toute la physiologie; mais, paraît-il, ces sortes d'aveux sont toujours pénibles à faire. Loin de convenir que, en dehors de la connaissance des propriétés générales et particulières des tissus, la méthode expérimentale ne peut rien, on a préféré nier les problèmes physiologiques qu'elle ne saurait résoudre; on a circonscrit ainsi le champ de la physiologie, et, sous un prétexte aussi peu logique que dédaigneux, on a laissé aux métaphysiciens le soin d'écrire les plus belles pages de la science de l'homme. Ceux-ci ont dû être flattés d'une concession qu'ils désiraient depuis longtemps; mais les résultats négatifs qui ont suivi leurs efforts dans cette voie ont montré, ce qu'on aurait dû prévoir, qu'il n'est pas possible de faire de la physiologie avec les seules ressources de la méthode psychologique.

Jamais les vivisections, les procédés divers de la méthode expérimentale ne nous dévoileront le mécanisme de la parole et de la pensée. Est-ce que les animaux parlent? Est-ce que l'homme dont le cerveau est profondément lésé pense et parle? Et que sont cependant la parole et la pensée, sinon des activités fonctionnelles du cerveau?

Jamais non plus la méthode psychologique ne nous dévoilera le mécanisme de la parole et de la pensée, parce que la *conscience*, le *sens intime*, pouvant nous faire *sentir* que nous agissons intellectuellement, ne sauraient en aucun cas nous faire *sentir le procédé, le mécanisme physiologique* selon lequel nous parlons et nous pensons.

C'est ainsi que, délaissée par les uns, compromise par les autres, la physiologie du cerveau en particulier ne saurait faire un pas de plus. Le temps est donc venu de l'arracher à l'exclusivisme de la *méthode expérimentale* aussi bien qu'à l'incapacité de la *méthode psychologique*, et de la rendre à elle-même.

---

(1) Pourquoi l'enseignement le plus difficile, et qui exige de la part des directeurs et des instituteurs des notions tout à fait spéciales, dépend-il du ministère de l'intérieur? Il serait assurément plus logique de le confier au ministère de l'instruction publique.

Pour se chercher elle-même, la physiologie, comme les autres sciences, doit pouvoir disposer de toutes les ressources de l'esprit. Revendiquer cette liberté pour elle, tel a été en partie le but du travail que l'on va lire.

Mais, ne manqueront pas de dire ceux qui pensent que la possession d'un laboratoire est la condition *sine qua non* pour faire de la physiologie, quelle est votre méthode? quels sont vos principes?

Voici, en deux mots, notre réponse :

1° L'observation analytique et synthétique des faits naturels, des faits pathologiques et des faits de l'expérimentation que *les partisans exclusifs de la méthode expérimentale nous fournissent en grand nombre*;

2° La logique du sens commun appliquée à l'ensemble de la physiologie.

C'est à l'union de ces deux éléments que nous donnons le nom d'*analyse physiologique*.

Grâce à cette analyse, nous avons pu constater que ce que l'on désigne habituellement sous le nom de *physiologie du système nerveux* ne renferme en réalité que les notions élémentaires de cette science, c'est-à-dire la connaissance plus ou moins claire des propriétés organiques et physiologiques des diverses parties du système nerveux; grâce à cette analyse, nous avons pu préciser et développer l'étendue de ces notions; grâce à elle enfin, nous avons esquissé tous les éléments qui doivent entrer dans une physiologie complète du système nerveux.

Il serait sans doute trop long d'énumérer ici, même dans une courte analyse, ces divers éléments; nous nous bornerons à donner une idée générale des principes fondamentaux qui nous ont guidé dans ce travail.

Nous avons reconnu dans tous les organes, sans exception, deux ordres de mouvements : les uns, *continus*, se rattachent à la vie propre de l'organe, à la vie organique; les autres, *intermittents*, se rattachent à la vie fonctionnelle.

Cette distinction importante, qu'il ne faut pas confondre avec celle de Bichat, nous a conduit à étudier dans chaque organe : 1° ce qui appartient à la *vie organique*, c'est-à-dire les *propriétés organiques* et les produits de ces propriétés; 2° ce qui appartient à la *vie fonctionnelle*, c'est-à-dire les *propriétés physiologiques* et les résultats de leur mise en activité.

Cette division, féconde en aperçus nouveaux, nous a permis de comparer le système nerveux aux autres organes de la vie, et nous avons pu dire ainsi ce qui appartient à sa vie organique et ce qui appartient à sa vie fonctionnelle.

Mais les résultats de notre comparaison ne se sont pas bornés là : ayant remarqué que les procédés de la vie sont les mêmes dans tous les organes, en ce qui concerne l'évolution de la vie organique et les manifestations de la vie fonctionnelle, nous avons pu déterminer le nombre, la nature, le mécanisme des fonctions du cerveau, d'après un procédé analogue à celui que l'on emploie dans l'étude physiologique des autres organes et avec un résultat tout aussi satisfaisant.

C'est ainsi que, en restant dans le domaine de la physiologie, nous sommes parvenu à établir les conditions physiologiques de la parole et de la pensée et à indiquer les rapports qui unissent ces deux modes de l'activité cérébrale.

Qu'on nous permette, en terminant ces lignes, de répondre à une question qui nous a été déjà adressée : « Vous êtes-vous inspiré des travaux des Allemands? êtes-vous au courant de ce qu'ils ont publié sur ce sujet? »

Notre réponse sera courte :

Nous n'avons eu rien à emprunter aux étrangers, soit en ce qui concerne les idées fondamentales, soit en ce qui concerne les détails de notre travail.

Pareille demande nous fut adressée à propos de la *Physiologie de la voix et de la parole*, mais sous une forme plus perfide : « Êtes-vous bien sûr, disait-on, que les Allemands n'aient pas inventé votre théorie de la voix et de la parole? » Nous n'en sommes pas encore *bien sûr*.

Ces faits personnels nous amènent à protester contre la tendance de ceux qui considèrent comme un fait légitime l'envahissement ambitieux et la prépondérance du *germanisme* dans toutes les questions de science. Cet envahissement est réel, et cependant nous ne saurions reconnaître à l'Allemagne d'autre supériorité sur la science française que celle qui résulte de son habile propagande et de notre simplicité.

Bien avant l'envahissement de nos provinces par les troupes des Hohenzollern, l'esprit germanique s'était assis à notre foyer avec tant de candeur, qu'on ne pouvait le soupçonner d'être dangereux. Les produits germains faisaient prime alors, et l'on n'était réellement quelque chose qu'après avoir commis la traduction d'un opuscule tudesque ou après avoir développé publiquement, en longues périodes, pompeuses, superbes, et avec l'accent de l'admiration la plus vertueuse, les élucubrations bonnes ou mauvaises d'un penseur germanique.

Pour entretenir et développer chez nous ces dispositions naïves, l'Allemagne s'est servie de la presse, et, avouons-le, elle a réussi au delà de ses désirs. Nos grandes revues sont périodiquement encombrées de longs articles sur le *grand peuple*, et les auteurs ne manquent jamais d'insinuer que tout ce qui vient d'outre-Rhin est de beaucoup supérieur à tout ce qui est français. Naturellement, pour rendre le contraste plus frappant, ces mêmes revues ne publient, en fait d'œuvres françaises, que ce qu'il y a de plus insignifiant ou de plus compromettant pour notre science. Il en est même qui sont si bien imprégnées de ce *contagium* venu de l'Orient, qu'elles ne craignent pas de confier le *visa* des articles de science à de véritables Allemands.

Nous admettons sans difficulté que des Prussiens viennent au milieu de nous s'immiscer honorablement à la lutte pour l'existence (*struggle for life*); mais nous ne saurions admettre qu'on les laisse en position, si minime que soit leur influence, de diriger le mouvement des idées dans un sens ou dans un autre. Il y a dans ce fait une question d'honnêteté et de délicatesse qui doit s'imposer avant toute autre considération.

Mais l'Allemagne se sert de la presse à un autre point de vue : depuis Berlin jusqu'à Genève et à Paris, quelques publicistes poursuivent la mission de circonvenir l'esprit et de dénaturer les tendances généreuses de la jeunesse de nos écoles par l'attrait d'une science facile. A cet effet, ils emploient les mêmes procédés dont ils se servent pour égarer les masses dans les questions politiques : ils font sonner bien haut les mots *progrès*, *liberté*; ils font appel aux *camarades* et aux *amis*; enfin, comme appât suprême, ils crient à l'*intolérance religieuse*, quand ils ne peuvent mettre en avant la *tyrannie du gouvernement*.

Les résultats de cette propagande internationale sont évidents : ils conduisent à la liberté de négliger l'étude des anciens, nos maîtres, à la liberté de fouler aux pieds la tradition scientifique, à la liberté enfin de résumer la science en un mot et de se croire après cela un grand homme.

Encore vingt ans de ce régime, et l'anéantissement de la science française serait complet.

Mais non, cette comédie sinistre ne saurait durer. Déjà, depuis quelque temps, la jeunesse de nos écoles oppose à ces insinuations perfides son admirable bon sens : en s'appliquant aux études pratiques du laboratoire, elle s'est familiarisée avec les moyens d'investigation qui, un instant, ont fait la réputation de nos voisins, et elle est arrivée à cette conviction raisonnée que, si ces moyens sont précieux et indispensables, ils ne sont pas toute la science.

Un de nos jeunes amis nous disait il y a peu de jours : « Pendant dix ans, j'ai cherché partout ce qu'on appelle *la science allemande*; je l'ai cherchée dans les salles de dissection, sur l'objectif du microscope, et en définitive je ne l'ai trouvée que dans la lecture de nos bons auteurs anciens et modernes. »

On ne saurait dire ni mieux ni plus juste. La vraie science, la science des principes et des idées, est chez nous, dans nos auteurs,

et si des panégyristes prévenus l'ont vue autre part, c'est qu'ils ont confondu quelques résultats intéressants de l'observation patiente et minutieuse avec la science elle-même.

D'ailleurs, il est permis d'espérer qu'on multipliera bientôt chez nous les sources de l'enseignement pratique, et dès lors toutes les prétentions injustes à notre égard ne tarderont pas à disparaître.

Mais, pour reprendre la place que nous n'aurions pas dû perdre dans l'opinion, nous devons profiter des leçons du passé : nous devons, plus laborieux, laisser de côté le rôle trop facile de dispensateurs de gloire et de renommée; ce rôle, dans l'avenir, deviendrait odieux et serait le signe le plus certain de notre décadence. La France, mutilée, meurtrie, accablée plutôt par ses propres fautes que par son impuissance, a besoin de producteurs et non de traducteurs et de collectionneurs de phrases; c'est par le travail de ses enfants qu'elle se retrouvera elle-même.

Dr Édouard Fournié.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS { Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Manie à forme insidieuse ; puissance de dissimulation. Ladrerie. — Paralysie traumatique réflexe des muscles de l'avant-bras et de la main (M. Duménil). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Manie à forme insidieuse. — Puissance de dissimulation.

Non-seulement les personnes étrangères à la médecine, mais encore les médecins peu versés dans l'étude de l'aliénation mentale, se figurent que cette maladie consiste dans des propos très-extravagants ou dans des actes très-ridicules. C'est là une erreur qu'il importe de déraciner à tout prix : car, quoique la folie se manifeste le plus ordinairement par un désordre marqué ou dans les actes ou dans les idées, ou dans les actes et les idées à la fois, il peut très-bien arriver qu'elle soit difficile à reconnaître et pour ainsi dire à l'état latent, soit sous une de ces deux faces, soit temporairement sous ces deux faces. L'aliéné peut, dans certains cas, en effet, conserver une conscience assez nette de sa situation, assez de force de volonté pour se contenir et se présenter devant ceux qu'il craint ou respecte avec tous les dehors d'un homme raisonnable, sauf à se montrer tel qu'il est dès que ces personnes ne sont plus en sa présence ou qu'il les croit éloignées.

L'exemple que nous allons mettre sous les yeux de nos lecteurs, et qui a été recueilli, par M. Garnier, dans le service de M. Berthier, à l'asile d'aliénés de Bicêtre, est une preuve frappante de cette vérité pratique.

Il s'agit d'un homme de 42 ans, dont le père s'adonnait à la boisson, dont un cousin-germain est mort aliéné, et dont le grand-père s'est suicidé sans motif appréciable. Sa vie n'avait jusque-là rien offert d'extraordinaire ; elle avait été fort régulière. Après de vives et profondes émotions suscitées par les événements de la Commune, à laquelle on voulait le forcer de prendre part, il résolut de fuir Paris et de se réfugier dans le centre de la France ; là, il fut en proie à un accès de délire général, pendant lequel il se mit à courir les rues complétement nu, et fut interné à l'asile de Bourges, où il se rétablit assez promptement. Au mois de septembre 1871, pris d'une sorte d'égarement d'esprit dont il ne put se rendre compte plus tard, pas plus que de l'accès maniaque dont il vient d'être question, il se livra de nouveau à des excentricités et fut conduit à la Préfecture de police, où on lui trouva un affaiblissement intellectuel. A Sainte-Anne, le médecin le considéra comme atteint de manie chronique et menacé de paralysie générale. Transféré à Bicêtre le 21 septembre, il n'y présenta que de la loquacité et une grande animation avec une certaine tendance aux idées de spéculation insensée, telle que celle de repeupler la Sologne avec des noyaux de pêche..., etc. La mémoire était intacte, la sensibilité morale conservée ; les fonctions organiques s'accomplissaient en toute régularité.

En face de cette diversité d'appréciations, il nous était difficile d'affirmer. Avait-on affaire au déclin d'un accès, à une intermittence, à une rémittence, à un état larvé ou à une future paralysie générale ? Au bout de quelques jours, des hallucinations apparurent, des manifestations religieuses outrées furent signalées. Le malade commença à se livrer à des monologues. Peu à peu, des idées d'entreprise surgirent..... ; pourtant, il n'y avait encore rien de précis, rien de bien accusé ; et un des collègues du chef de service fut prié de vouloir bien examiner l'aliéné pour donner une opinion. Ce médecin crut voir dans la maladie une folie héréditaire, mot créé par M. Morel pour désigner l'aliénation se manifestant par le seul côté des actes, et s'étant révélée insensiblement depuis la naissance. Ce qui avait surtout donné lieu à ce dernier diagnostic, c'est que Jean D... savait toujours se contenir au moment de la visite, répondant parfaitement à nos interrogatoires, tout en montrant dans ses actions une suite évidente de signes délirants, et donnait toujours des explications en apparence plausibles à ses bizarreries habituelles ou même à une folie positive.

Ainsi, il parlait seul dans la cour ; il se livrait à une pantomime des plus rares, se frappant la poitrine et la tête avec les poings, et se faisant des ablutions sur la figure avec accompagnement de signes de croix. Il passait une partie du jour dans les latrines ou dans un des coins du préau pour se frotter les jambes avec sa salive, même pour se masturber. Très-hypochondriaque, il se préoccupait outre mesure de sa santé physique, s'examinant à chaque instant les mollets et les bras pour inspecter des traces cicatricielles de furoncle, etc., etc. On le voyait imiter les gestes d'un homme qui a des renvois, des rapports, se découvrir souvent la tête comme pour la rafraîchir ; il faisait des efforts de vomissement tels qu'il devenait un objet de dégoût pour ses camarades. Parfois, brusquement il levait la main sur eux et les frappait à coups redoublés, sous prétexte qu'on se se moquait de lui, qu'on l'insultait et qu'on l'assassinait ; ce qui, disait-il, serait une affaire de cour d'assises.

Plusieurs fois même on a été obligé de le séquestrer dans une cellule, la nuit, parce qu'il troublait le repos public et injuriait, brutalisait ses voisins, qu'il accusait de l'insulter.

Ajoutons à ces symptômes de l'ordre intellectuel quelques symptômes physiques qui ne manquent pas de valeur : une céphalalgie frontale assez fréquente, des insomnies, de l'amaigrissement, un teint parfois jaunâtre, et un frémissement vermiculaire presque continuel des paupières et des lèvres, *que l'on retrouvait dans le corps de l'écriture.*

Eh bien, dès que le malade nous apercevait le matin, il se composait, cessait sa pantomime, répondait avec justesse à toutes nos questions, et possédait toujours le moyen d'expliquer ses actes marqués au coin d'une véritable folie.

Quand sa femme vient le voir et qu'il se croit libre, il lui témoigne sa tendresse en la serrant si fortement qu'il a failli un jour l'étouffer : aussi elle a dû cesser ses visites spontanément. Cette malheureuse nous a raconté, les larmes aux yeux, combien son mari lui paraissait aliéné, parfois même incohérent, et qu'une fois, entre autres, il lui avait dit : « Dès que nous serons sortis, nous nous jetterons ensemble dans la Seine, pour te prouver que j'ai de Dieu le pouvoir de te tenir suspendue à la surface des flots. »

A notre approche, tout indice, même léger, de cette perturbation morale, s'efface le plus ordinairement ; le surveillant-chef lui-même ne peut constater son délire qu'en l'examinant de loin, de son cabinet, et lorsque le malade pense ne pas être aperçu. Devant nous on dirait qu'il comprend qu'il est fou, et qu'il ne veut pas le paraître. Bien plus, il rejette alors loin de lui cette pensée, s'offusque si on a l'air d'y souscrire, assurant qu'il est sur le point de quitter l'établissement comme guéri de sa maladie de peau, pour laquelle il répète qu'il est venu à Bicêtre ; et dans tout cela il a l'air si convaincu, qu'on se demande s'il n'est pas parvenu à se tromper lui-même.

Voilà donc un homme présentant une grande mobilité d'idées, avec prédominances soit mystiques, soit hypochondriaques, soit de persécution, soit d'orgueil, en proie de temps à autre à des accès brusques d'agitation, pouvant aller jusqu'à la violence et le rendant dangereux ; qui, en outre, à raison de certains troubles superficiels de la motilité, semblerait atteint de manie que nous pourrions appeler erratique, avec menace de paralysie générale ; un homme qui, tout en étant très-aliéné, probablement incurable, et très-probablement aussi condamné à vivre pour toujours séparé de la société, peut-être même de sa famille..., pourrait être déclaré sain d'esprit, même inoffensif, s'il était examiné rapidement, ou rarement, ou en présence de personnes dont il redouterait le jugement ! En effet, depuis sept mois qu'il est à l'Asile, il a eu jusqu'à ces derniers temps assez d'empire sur lui-même pour se modérer, se contenir, se réprimer, en imposer aux élèves et aux médecins chargés de contrôler sa conduite et ses discours pendant le temps consacré à une visite d'aliénés.

Il y aurait lieu peut-être à se livrer ici à quelques considérations sur le diagnostic différentiel, à expliquer pourquoi les divers médecins qui ont vu le malade ont formulé chacun un certificat ou un avis différent. Mais une pareille étude nous entraînerait trop loin et au delà des bornes d'une simple observation.

Nous nous bornerons à signaler le fait, pour montrer qu'en médecine mentale un ou deux examens sont presque toujours insuffisants ; et que le diagnostic, quoique relativement juste à un moment donné, peut être parfaitement inexact d'une manière absolue. Pour avoir toute sa valeur, il doit *embrasser l'ensemble*, non pas d'un événement ni d'une période, mais de tous les éléments, souvent très-mobiles, qui composent l'affection.

Ladrerie.

Nous avons promis de donner quelques renseignements sur le fait de ladrerie qui a été le sujet du mémoire que M. Lancereaux a lu dans l'une des dernières séances de l'Académie de médecine. Voici quelques-uns de ces renseignements, que nous empruntons au *Bulletin de l'Académie* (1).

Il s'agit d'une femme de 43 ans, chiffonnière, jouissant ordinairement d'une bonne santé, et entrée accidentellement à l'hôpital Saint-Antoine pour des vomissements dus à une hernie mal contenue et douloureuse. Dès son entrée, l'attention avait été attirée par la présence de tumeurs multiples occupant presque toutes les régions du corps : elles siégeaient surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les muscles. De la grosseur d'une noisette, lisses, régulières, résistantes, mobiles, de forme ellipsoïde, ces tumeurs étaient complétement indolentes à la pression la plus énergique.

Dans le but de s'éclairer sur la nature de ces tumeurs, M. Lancereaux fit une ponction dans l'une d'elles, et soumit le liquide qu'il en retira à l'examen microscopique. Cet examen fit constater la présence de crochets de cysticerques. Dès ce moment, M. Lancereaux fut fixé sur le diagnostic. Il avait affaire à un cas de ladrerie ; car il y avait tout lieu de penser que le contenu des autres tumeurs était le même.

Ces tumeurs, au dire de la malade, dataient d'environ deux ans. Depuis un an seulement, elle avait constaté une diminution notable des forces musculaires et une fatigue rapide, surtout dans les membres inférieurs. Ces tumeurs, qu'on peut évaluer à plus d'un millier, sont répandues sur toute la surface du corps, mais occupent surtout les muscles du thorax et les pectoraux, qui en sont littéralement couverts.

En l'absence de renseignements précis sur l'origine de la maladie de cette femme, M. Lancereaux croit pouvoir l'attribuer à sa profession de chiffonnière, qui l'oblige à manipuler journellement une masse d'ordures dans lesquelles elle a pu prendre le germe.

Le pronostic lui en paraît sérieux, malgré son innocuité apparente. La malade est profondément anémiée et va toujours s'affaiblissant ; elle est, en outre, affectée d'une toux sèche, d'une dyspnée progressive, qui font craindre que ses poumons ne soient envahis par les cysticerques.

Quant au traitement, il est nul. Le seul possible eut été un traitement local consistant dans l'incision, la ponction ou l'extirpation de toutes les tumeurs, ce qui n'était pas praticable dans ce cas-ci, vu leur nombre.

L'insuffisance notoire de la thérapeutique fait place ici à l'hygiène préventive, sur laquelle M. Lancereaux a appelé l'attention de l'Académie dans sa communication.

Les faits de cysticerques chez l'homme sont, sinon rares, du moins assez peu connus, pour que nous croyons devoir rappeler, à cette occasion, l'observation qui a été publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* (numéro du 20 mai 1865), par M. Onimus,

(1) Le *Bulletin de l'Académie*, dont l'impression est confiée depuis le commencement de l'année 1872 à la maison G. Masson, paraît maintenant tous les huit jours.

qui a fait à cette occasion des expériences très-intéressantes, ainsi que les réflexions et commentaires dont ce fait a été l'objet, à cette époque, de la part de M. Paulet, agrégé du Val-de-Grâce, et l'observation de cysticerque du tissu cellulaire de la région du sourcil, recueillie par M. J. Gros dans la clinique ophthalmologique de M. Sichel, et rapportée également dans la *Gazette des hôpitaux* (numéro du 5 octobre 1871). M. Sichel a publié depuis une note sur un cas de cysticerque ladrique intra-oculaire. Nous reviendrons sur ce fait dans la Revue prochaine.

La semaine qui se termine a vu se rouvrir l'École, et avec elle les amphithéâtres de clinique. Nous avons vu avec une grande satisfaction ces amphithéâtres pleins comme dans les plus beaux jours. A l'Hôtel-Dieu, M. Béhier a consacré une de ses premières leçons à la thoracentèse, dont il s'est déclaré partisan absolu, et dont il prétend devenir le plus ardent propagateur. Il a exposé à ses élèves les divers procédés et appareils imaginés récemment pour en faciliter l'exécution et en assurer l'entière et constante innocuité. Nous reviendrons sur quelques-uns de ces appareils, qui pourraient n'être pas encore connus de nos lecteurs.

A la Charité, M. Sée a commencé aujourd'hui même une série de leçons sur le traitement de la pneumonie; sujet que l'on s'était trop habitué, il y a quelques années, à considérer comme le pont aux ânes de la médecine pratique, et qui est certainement encore un des points les plus contestés et les plus difficiles de la pratique. Nous en toucherons probablement un mot dans notre prochaine Revue.

Dr Brochin.

PARALYSIE TRAUMATIQUE RÉFLEXE DES MUSCLES DE L'AVANT-BRAS ET DE LA MAIN.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 10 avril 1872, par M. Duménil.)

Un soldat blessé le 24 mai. Plaie à la limite de l'hypothénar droit, formant un lambeau comprenant la partie supérieure de cette région; immédiatement paralysie de tous les muscles moteurs de la main et des doigts; paralysie de la sensibilité sur toute la main.

Aucun corps étranger n'était resté dans la plaie; celle-ci guérit sans aucune complication. La cicatrisation était complète au bout d'un mois. A ce moment, les mouvements commencèrent à revenir dans l'index.

Il fut réformé avec pension de retraite, et rentra dans ses foyers au mois de septembre. Je le vis à cette époque, et je constatai l'impossibilité absolue d'imprimer le moindre mouvement à la main sur l'avant-bras. L'index seul pouvait être fléchi et étendu sans énergie; tous les autres doigts étaient complétement inertes. La main était encore insensible. Il y avait un peu d'amaigrissement de l'avant-bras et de la main à un faible degré. Cinq ou six séances d'électrisation ramenèrent les mouvements de la main sur l'avant-bras, et l'apposition du pouce, avec tous les autres doigts, put s'exécuter, mais sans force. La sensibilité cutanée reparut très-rapidement.

Vers le 20 novembre, il commence à pouvoir écrire, mais la plume lui échappait souvent des mains. Dans les derniers jours de ce mois, il put écrire pendant deux heures.

Au commencement de janvier, où je cessai de voir le malade, les mouvements de la main et des doigts s'exécutaient bien, avec assez de force pour que le malade pût saisir et manœuvrer un marteau.

M. Duchenne (de Boulogne), qui a observé un certain nombre de cas de paralysie traumatique des membres, dans lesquels la paralysie dépassait la sphère de distribution des nerfs directement atteints, attribue cette particularité à la solidarité des nerfs d'une même partie entre eux. Mais cette expression de solidarité n'a aucune signification, si on ne détermine pas le mécanisme par lequel elle s'établit. Ce ne peut être à la périphérie par des anastomoses, puisque ces anastomoses n'existent pas en réalité. Il faut donc remonter à l'origine des nerfs dans les centres pour comprendre l'influence que la lésion d'un nerf peut avoir sur un ou plusieurs autres.

Une particularité du fait que je viens de rapporter montre combien peu sont encore connues les paralysies traumatiques et les ressources qu'elles présentent à la thérapeutique. Le jeune homme avait été réformé avec un certificat portant perte complète de l'usage de la main droite, et, à ce titre, avait obtenu une pension de retraite. Et pourtant il a suffi d'un membre peu considérable pour lui permettre d'écrire des heures entières et de se servir des instruments de sa profession. Cette question de paralysie traumatique présente ainsi, à côté du point de vue scientifique et de l'intérêt du malade, un côté administratif qui a son importance, et il est à regretter qu'on n'ait pas partout tenu un compte suffisant des préceptes que M. Duchenne a si nettement formulés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Montpellier médical*; — l'*Art dentaire*.

MM. Bardinet (de Limoges), Denucé (de Bordeaux), Duménil (de Rouen), membres correspondants, assistent à la séance.

DISCUSSION A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL.

De la résection par les procédés sous-périostés. — M. Verneuil montre une malade à laquelle il a pratiqué une résection sous-périostée du coude pour un cas pathologique. C'était une jeune fille scrofuleuse qui avait eu un abcès froid des parois de la poitrine et avait été menacée d'accidents du côté du poumon. Le séjour à l'hôpital de Berk avait rétabli la santé de la malade, mais en 1869, une affection du coude droit s'était manifestée; il y avait eu une série d'abcès articulaires pour lesquels le drainage avait été employé; enfin une arthrite avait nécessité l'intervention chirurgicale. Le 14 mai 1870 la résection a été pratiquée par le procédé sous-périosté; après cinq mois remplis de vicissitudes de mieux et de pire, la guérison commença. L'articulation avait été assez difficile à isoler des fongosités, mais le périoste avait été conservé. Aujourd'hui, après un an, les fistules ont guéri, à part une petite récidive.

Vous voyez, dit M. Verneuil, cette jeune femme peut se servir de sa main; elle n'a point de douleurs; elle n'a pas plus de 2 centimètres et demi de raccourcissement; elle porte un seau d'eau, elle met la main à sa tête, et sa main n'a rien perdu de sa précision, puisque la malade est aujourd'hui épileuse à l'hôpital Sainte-Eugénie. J'ai cependant enlevé à cette malade la tête du radius, l'olécrâne et la partie supérieure du cubitus, et plus de 3 centimètres de l'extrémité inférieure de l'humérus.

Le périoste que j'ai conservé a reproduit de l'os. En effet, le raccourcissement est inférieur à la longueur d'os que j'ai enlevée; il y a une tubérosité reproduite à la place de l'épicondyle, et il y a un crochet olécrânien reconstruit. On trouve là des points d'appui solides, capables de permettre des mouvements précis.

C'est la seconde fois que je pratique la résection du coude par le procédé sous-périosté; je ne saurais trop me louer du résultat.

Aussi, pour les résections dans les cas de lésion organique de l'os, je me rallie entièrement aux principes posés par M. Ollier.

M. TILLAUX. La malade de M. Verneuil nous offre un exemple de résection du coude bien réussie. Mais je ne crois pas qu'il y ait ici cette reproduction des surfaces articulaires dont parle M. Ollier. Il y a des ostéophytes produites et un arrondissement des surfaces articulaires. Je ne vois point ici d'engrènement de l'olécrâne dans l'extrémité inférieure de l'humérus. Les mouvements sont bons, mais cela tient à ce que M. Verneuil a ménagé l'insertion du biceps. J'ai fait et vu faire des résections du coude sans la préoccupation de conserver le périoste, et j'ai vu un opéré qui avait pu reprendre son métier de batteur en grange; enfin les résultats obtenus par le procédé classique des résections ne sont ni mieux ni plus mal que ceux qui sont obtenus par le procédé sous-périosté.

M. VERNEUIL. M. Ollier n'a jamais dit que les surfaces articulaires étaient reproduites.

M. LE FORT. Je veux appuyer ce que vient de dire notre collègue M. Tillaux. Je ne crois pas qu'il soit possible d'enlever les os sans détacher à la fois la capsule articulaire et le périoste, surtout si l'on ne remonte pas os sur l'os que l'on veut réséquer. Si l'os est malade, le périoste s'en détache presque spontanément au niveau de la partie malade, et on respecte souvent le périoste sans le vouloir. Si l'on n'enlève qu'une faible quantité de la surface articulaire, on atteint à peine le niveau du point où commence le périoste; s'il s'agit, au contraire, de résections dans la continuité pour lésions traumatiques avec fragments encore adhérents au périoste, loin de les détacher, je crois qu'il vaut mieux les laisser.

Le résultat obtenu par M. Verneuil est très-beau; il a rendu un service à sa malade, cela est très-vrai; mais on en fait autant sans la résection sous-périostée. J'ai vu au musée d'Édimbourg une pièce provenant de la pratique de M. Syme; il y avait des reproductions d'os et de ligaments, et cependant le chirurgien n'avait point cherché à faire une résection sous-périostée. Les reproductions sont la conséquence du traitement consécutif; si on fait exécuter des mouvements d'assez bonne heure, les mouvements reproduisent l'articulation. Les tendons reprennent sur les os si on ne les a pas coupés loin de leur point d'insertion.

Lorsque l'articulation est malade, on n'enlève que les os, car le périoste est généralement détaché. Mais si la synoviale est malade, il faut ébarber les fongosités qui la recouvrent, car quand on ne les enlève pas, le mal se reproduit. Dans ce cas, je ne vois pas comment on pourrait garder la capsule articulaire. En somme, je ne crois pas qu'on puisse donner aux opérations telles que les fait M. Ollier le nom de méthode sous-périostée, comme s'il s'agissait d'une méthode nouvelle de résection. Mais il faut reconnaître que M. Ollier a plus et mieux que personne insisté sur ce point important qu'il fallait le plus possible raser les os et conserver les tendons dans leur intégrité.

M. GIRALDÈS. Il y a du bon dans le procédé de M. Ollier; mais il ne faudrait pas porter au bilan de la résection du coude par le procédé sous-périosté le fait de M. Verneuil. Roux a fait beaucoup de résections, et il a eu plusieurs cas où les mouvements, la force et l'habileté du membre ont été conservés. Je me rappelle, entre autres, le fait d'un rémouleur. Roux n'avait pas eu la préoccupation de conserver le périoste. Aujourd'hui, on obtient, par les anciens procédés, des résultats tout aussi bons.

M. TRÉLAT. J'ai vu de très-beaux résultats obtenus sans que le chirurgien eût ménagé la gaine capsulo-périostée à laquelle M. Ollier attache tant d'intérêt. M. Verneuil a obtenu un très-beau résultat; mais Roux, que j'ai vu opérer, en a obtenu d'aussi beaux. Roux cependant coupait les os très-haut; il coupait les ligaments loin de leur insertion, et, en le voyant faire, je me disais que je n'opérerais pas comme cela. Les opérateurs imitaient Roux, et ils obtenaient comme lui des régénérations partielles.

Le périoste conservé est certes favorable à la reproduction de l'os. J'ai fait à la Société, il y a plusieurs années, un rapport où j'ai été très-favorable aux résections sous-périostées, et je disais que tout ce qui peut favoriser le rapprochement des surfaces osseuses est une bonne condition. Ceci a toujours été cherché depuis par les opérateurs, puisque quelques-uns ont même fait la suture des os. La conservation de la capsule est bonne en ce sens. Le rapprochement du manchon périostique de la capsule, conservée est aussi bon.

Je conclus. Le fait présenté par M. Verneuil est un succès incontestable, mais il ne peut être attribué au procédé mis en usage; mais je reconnais aussi que le procédé sous-périosté a des avantages.

M. DOLBEAU. J'ai fait trois résections de coude sans chercher à conserverver le périoste. Une fois, l'avant-bras est resté flottant; deux fois, les mouvements de l'avant-bras et de la main ont été bien rétablis, et les malades en tiraient autant de profit que la malade de M. Verneuil.

M. TILLAUX. J'ai posé à M. Ollier la question de savoir s'il avait vu les surfaces articulaires reproduites. Si M. Ollier a accepté ma question, c'est qu'il était bien dans son esprit qu'il espérait les voir se reproduire par suite du procédé qu'il met en usage. Ce que je conteste d'ailleurs, c'est la reproduction telle que la présente M. Verneuil.

D'un autre côté, je reconnais que le procédé de M. Ollier a le mérite de faire ressortir la nécessité de détacher les tendons à leur insertion sur les os.

M. VERNEUIL. M. Tillaux renonnaît qu'il y a du bon dans la méthode. Ceci est précieux à retenir; mais je lui rappellerai qu'il y a des articulations pathologiques avec des surfaces articulaires franches, différentes des articulations normales avec cartilages d'encroûtement. M. Ollier n'a jamais dit que ces dernières pouvaient être intégralement reproduites. M. Tillaux nous doit les textes sur lesquels il fonde son affirmation.

M. Ollier dit : je garde les gaînes périostiques, elles reproduisent les os presque entièrement, et avec la forme approchée qu'ils avaient.

M. Tillaux dit que ce sont des ostéophytes; mais qu'est-ce que cela prouve, si ces ostéophytes représentent des éminences et des apophyses qui reproduisent presque la forme de l'os normal? Si je vois un os qui représente l'épitrochlée, un ostéophyte qui représente l'olécrâne, je dis que l'os s'est reproduit.

Les anciens procédés étaient détestables; on ne ménageait ni les os ni les muscles. On me dit que par les anciens procédés on a obtenu de bons résultats; mais il faudrait savoir quelle étendue des os a été enlevée quand les suites de l'opération ont été favorables, car il y a des résections du coude bonnes, et il y en a de mauvaises.

Le périoste, dites-vous, est conservé dans beaucoup de cas, parce que l'on ne peut pas faire autrement; cela est une erreur, car il y a des cas où, même dans les résections pathologiques, le périoste ne peut être enlevé. Aussi serais-je porté à affirmer que, dans les cas de réussite de l'ancien procédé, si l'on a de bons mouvements, c'est qu'on a fait la résection sous-périostée sans le savoir.

Je dirai à M. Le Fort : Non, il n'est pas indispensable d'enlever les fongosités de la synoviale. Cela est utile et inutile. Si la synoviale seule est malade, il faut enlever les fongosités; si l'os était primitivement malade, il ne faut pas toucher aux fongosités, elles disparaissent seules.

En résumé, je répète que M. Ollier nous a rendu un service en instituant les résections sous-périostées, qui donnent des succès meilleurs que les anciens procédés.

M. TRÉLAT. Je pense, comme M. Verneuil, que le périoste n'est pas facile à détacher dans tous les cas; mais ce serait un peu exagérer que d'attribuer exclusivement à M. Ollier tout ce qu'il y a de bon et de prouvé dans la résection sous-périostée. J'ai vu la méthode sous-périostée appliquée par M. Ollier, et j'ai pu constater que le périoste ne s'enlevait pas aussi facilement que le disait ce chirurgien.

M. LE FORT. Depuis longtemps on a reconnu que le périoste se sépare seul au niveau des os malades. On détachait les tendons très-près des os avant M. Ollier, puisque, après les résections, on

réunissait les tendons aux os par des sutures. M. Ollier s'est fait une part encore plus belle que celle à laquelle il a droit; car, avant lui, on faisait les résections en rasant les os le plus possible. Il est vrai que M. Ollier a imaginé une rugine pour séparer les tendons des os.

M. CHASSAIGNAC. Il est injuste d'attribuer à M. Ollier la méthode sous-périostée; car c'est à la Société de chirurgie qu'ont été publiées les premières observations ayant pour but de prouver la supériorité des incisions uniques pour les résections, et la facilité de ménager ainsi les tendons. Quant à la possibilité d'obtenir des reproductions osseuses, j'avais montré un fait de résection de la clavicule avec section préalable de l'os.

M. LARREY. Mon père avait proposé et admis dans sa pratique les incisions uniques; pour les résections de l'humérus, sur dix cas observés en Égypte, il avait obtenu six résultats heureux. Il était opposé à la résection du coude. Pour ce qui est de cette résection, je dois dire que j'ai vu plus d'une fois des résultats défectueux, même quand on avait cherché à conserver le périoste. Je termine en disant que je ne pense pas que M. Ollier eût pu défendre mieux les résections sous-périostées que ne l'a fait leur avocat, M. Verneuil.

COMMISSION POUR L'ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE.

La Société procède au scrutin. Sont élus :

MM. Blot, Trélat, Tillaux.

LECTURES

Paralysie traumatique; guérison spontanée. — M. DUMÉNIL, membre correspondant, lit une observation sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Épithélioma glandulaire de la peau. — M. DUMÉNIL lit une observation sur ce sujet. (Sera publiée.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Invagination congénitale du rectum. — M. GUÉNIOT présente une pièce relative à cette lésion. Une petite fille, née la veille d'une mère accouchée sans secours, et apportée morte à l'hôpital, présentait un rectum invaginé avec obstruction intestinale constatée à l'autopsie. L'invagination offrait trois cylindres descendants et deux ascendants, c'est-à-dire cinq cylindres, dont deux étaient très-courts. M. Guéniot fait remarquer que M. Rilliet a signalé des cas du même genre, mais tous étaient relatifs à des enfants en bas âge, tandis que dans le fait présent il s'agit d'une invagination produite pendant la vie intra-utérine. Les tubes invaginés étaient, en effet, déjà réunis par des adhérences.

Cette enfant, ajoute M. Guéniot, eût pu naître vivante; mais l'examen de la pièce pathologique montre qu'il eût été bien difficile de détruire l'invagination par quelque procédé que ce fût. (La relation détaillée de ce fait sera publiée dans les *Archives de physiologie et d'anatomie*, numéro de mai 1872.)

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 février 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

DISCUSSION SUR L'ANGINE PHARYNGÉE.

M. CONSTANTIN PAUL lit un travail ayant pour titre : *De l'angine ulcéreuse maligne de nature scrofuleuse.* Dans ce travail, M. Paul rappelle que M. Isambert, dans la communication qu'il a faite sur le même sujet dans l'une des dernières séances, n'a parlé que des cas simples et des débuts de cette maladie. Il désire au contraire appeler l'attention de la Société sur les cas les plus graves où se constatent des lésions d'une intensité qui dépasse celle même de la syphilis.

Dès 1865, M. Paul traitait une jeune fille scrofuleuse qui présentait une angine pharyngée. Le pharynx était atteint dans sa totalité. Œdème des parties voisines; orifice supérieur du larynx œdémateux; asphyxie menaçante.

Cette malade sort guérie de la Maison municipale de santé, où l'avait fait entrer M. Paul, mais elle y rentre bientôt pour se faire soigner d'une variole, dont elle mourut.

Ici le diagnostic était facile, puisque l'angine était survenue dans le cours d'une scrofule évidente. C'était là un troisième cas de scrofule ulcéreuse maligne à ajouter aux deux seules observations relatées par M. Bazin.

M. Paul en observa un second cas, à la Charité, en 1868, alors qu'il y remplaçait M. Bouillaud. Il en fit le sujet d'une leçon.

Il s'agissait ici d'une femme de 40 ans, mère de 18 enfants, dont aucun ne présente la moindre trace de syphilis, pas plus qu'elle-même. D'autre part, cette femme présentait des scrofulides évidentes sur les membres.

M. Paul a pu, plusieurs années après, confirmer son diagnostic d'angine ulcéreuse de nature scrofuleuse.

Trois autres cas furent soumis à son observation pendant qu'il remplaçait M. Vidal à l'hôpital Saint-Louis.

M. Paul engagea alors un de ses élèves, M. Fougères, à faire sa thèse sur ce sujet. (*Gazette des hôpitaux*, du 23 déc. 1871, n° 151.)

Enfin, une nouvelle observation a été recueillie à l'Hôtel-Dieu, pendant que M. Paul y remplaçait M. Vigla, par M. Laloy, externe du service. (*Gazette des Hôpitaux*, 2 déc. 1871, n° 142.)

En ajoutant à ces observations celles de MM. Isambert, Lailler et Bergeron, on en compte aujourd'hui une vingtaine.

Dans cette étude, l'auteur laisse de côté, et à dessein, tous les cas complexes, où les malades sont atteints à la fois de scrofule et de syphilis.

Première remarque. L'âge des malades atteints du lupus de la gorge est, d'après les observations de M. Paul, de 13 à 45 ans. Sur 20 cas, 7 de 13 à 16 ans, et 13 de 20 à 45 ans. Il y a donc, à ce point de vue, une différence à noter entre le lupus de la face, qui affecte plus souvent les enfants, et le lupus de la gorge. Sous le rapport du sexe, cette affection a atteint plus de femmes que d'hommes. Les symptômes locaux de cette affection sont les suivants :

Ce n'est pas tant la douleur qu'un trouble fonctionnel, le plus souvent de la difficulté dans la déglutition, qui attire tout d'abord l'attention du malade. Pas de douleur donc, même quand les ulcérations sont en pleine activité. A l'inspection de la gorge, on remarque que l'organe le plus ordinairement atteint est le voile du palais; c'est à sa portion moyenne, vers la base de la luette, que cet organe est le plus lésé. Les fosses nasales peuvent être atteintes aussi, et même avant la gorge. Le plus souvent, c'est la partie membraneuse qui est touchée, cependant la partie osseuse peut l'être aussi. Les piliers, rarement atteints primitivement, peuvent l'être à la longue. La luette est rongée à sa base. Les lésions des amygdales sont variables : tantôt elles ne sont qu'hypertrophiées, tantôt elles sont ulcérées. Le pharynx est presque constamment atteint, et quand il l'est en même temps que le voile du palais, il peut arriver qu'une moitié de celui-ci, détachée, vienne s'accoler sur le pharynx, se greffer sur une ulcération et fermer ainsi l'un des orifices postérieurs des fosses nasales.

Les cordes vocales restent saines en général; l'ulcération du larynx n'a pas non plus été observée, mais cet organe peut s'œdématier.

Cette immunité relative du larynx et le peu de tendance qu'a

cette affection à se propager vers la bouche sont importantes à noter pour le diagnostic.

L'ulcération a un aspect grisâtre, sale; le tissu est décoloré; son peu de transparence, son ton mat, le font seulement distinguer de la plaque muqueuse. Cette ulcération, selon MM. Bazin, Laillier et Isambert, à son début présente l'aspect d'un bouton blanc, d'une sorte de furoncle. Du reste, ces symptômes changent selon que la lésion débute par la muqueuse antérieure du voile ou par la muqueuse postérieure; dans ce dernier cas, M. Paul a observé d'abord une saillie œdémateuse, rouge, violacée. . . . .

. . . .

. . . .

Les bords de ces ulcères sont mous; les cicatrices sont remarquables par leurs tractus rayonnés, leur blancheur et leur aspect nacré.

Il est rare que cette angine soit primitive; elle peut n'être que consécutive à un lupus des fosses nasales.

Les ganglions du cou sont très-rarement atteints.

Dans aucun cas l'angine blennorrhagique de nature scrofuleuse n'existe seule; le pronostic est celui du lupus, c'est-à-dire la guérison dans les trois quarts des cas. Cette affection peut entraîner la perte de l'odorat.

Comme complications, il faut noter l'hémorrhagie, l'érysipèle de la face.

Le lupus de la gorge, comme celui de la peau, procède par poussées.

M. Paul termine en comparant ces symptômes à ceux de l'angine syphilitique. Ici il y a plus de douleur, la marche de l'ulcération est plus rapide; les bords de l'ulcère sont taillés à pic; le tissu n'est pas coloré ici comme dans l'angine scrofuleuse; la voûte du palais et le larynx sont atteints dans les deux cas, mais la syphilis atteint souvent d'abord les piliers et les amygdales; tandis que la scrofule atteint de préférence les ganglions latéraux du cou, la syphilis atteint les ganglions sous-occipitaux. Enfin les antécédents peuvent aussi donner de précieux renseignements. Pour les cas où la syphilis a été contractée par un scrofuleux, on sait alors que la syphilis prend certains caractères de la scrofule; c'est pourquoi le diagnostic devient plus difficile.

Enfin il faut aussi savoir distinguer le lupus de la gorge des ulcères tuberculeux que l'on observe aussi dans cette région. Ces ulcères ne se présentent guère que dans la phthisie avancée; mais il faut rechercher si ces ulcérations malignes de nature scrofuleuse ne peuvent pas être produites par des tubercules.

Au point de vue du traitement, M. Paul fait ressortir toute l'importance du diagnostic, afin qu'on n'aille pas appliquer en pareil cas un traitement mercuriel. Le traitement doit être en effet celui de la scrofule.

La Société se forme en comité secret à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aux termes d'un rapport approuvé par le Président de la République, du 23 mars, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après nommées :

Médailles d'or (1re classe) : MM. les docteurs Pourcelot, docteur-médecin à Saint-Hippolyte (Doubs), 1870-1871 : a fait preuve d'un dévouement au-dessus de tout éloge à l'ambulance de Saint-Hippolyte. — Taillard, docteur-médecin à Maîche (Doubs), 1870-1871 : a soigné à lui seul tous les malades et les blessés de l'ambulance de Maîche. — Routhier, médecin en chef de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs), 1870-1871 : a rendu les plus grands services pendant toute la durée de la guerre.

Médaille d'argent (1re classe) : M. Gallois (Louis), infirmier chef des salles maritimes de l'hôpital d'Arras, 1870-1871 : a soigné avec le plus grand dévouement les nombreux blessés de l'armée du Nord.

Médaille d'argent (2e classe) : M. le docteur Benoît, médecin de l'hospice d'Auxy (Loire-Inférieure), 1870-1871 : soins donnés pendant huit mois aux blessés recueillis aux ambulances de l'hospice d'Auxy.

— MM. Magnan et Bouchereau reprendront leurs conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, dimanche 21 avril, à 9 heures du matin, et les continueront les dimanches suivants, à la même heure, au bureau d'admission, à l'Asile Saint-Anne.

— On demande à acheter une clientèle à Paris.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur P..., à Barjols : — Adressez-nous 13 fr. en un mandat-poste.

M. le docteur M..., à Nantes : — 31 mai 1872.

M. le docteur C..., à Saint-Vaury : — Bonne note est prise de votre recommandation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✱, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Campagne de 1870. — L'armée du Rhin. — Les ambulances, par le docteur F. QUESNOY, médecin principal de 1re classe à l'armée du Rhin. — In-8° de 80 pages. — Prix : 2 francs. — Furne, Jouvet et Ce, éditeurs, 45, rue Saint-André-des-Arts.

Étude sur la divulsion des rétrécissements du canal de l'urèthre, par le docteur LÉONCE LOUSTAU, pharmacien de 1re classe. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Pathologie de la rate, par le docteur G. PELTIER. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Pneumonies et fièvres intermittentes pneumoniques avec tracés thermographiques, par le docteur ARMAINJAUD. — In-8°. Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

Étude sur les vêtements chez l'homme et chez la femme dans leurs rapports avec l'hygiène, par le docteur J. CERVIOTTI. — In-8°. Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

Des conditions de l'élévation de la température dans la fièvre, par le docteur ED. WEBER (de Mulhouse). — In-8°. Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

La législation des eaux minérales en France, par M. GERMOND DE LAVIGNE, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*. — Brochure in-8°. Paris, 1872.

Des épanchements pleurétiques et des indications de la thoracentèse, par M. G. DUPRÉ, professeur de clinique médicale à la Faculté de Montpellier. — Brochure in-8° avec planches. Montpellier, 1872.

Des kystes des parties molles de la jambe, par le docteur Paul Laffitte. — In-8°. Prix : 2 francs. — Adrien Delahaye.

De la ponction de la veine à l'aide du trocart capillaire et de l'aspiration pneumatique, par le docteur Wateles. — — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par M. le professeur Sappey. 2e édition entièrement refondue. Tome IIIe, 2e partie : *Organes des sens*. — 1 vol. in-8°. Adrien Delahaye.

Nouveau procédé d'extraction de cataracte, par le docteur R. Liebreich. — Brochure in-8° de 16 pages. Prix : 75 centimes. — Germer Baillière.

Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux minérales de Vittel (Vosges), par le docteur Patézon. — In-8°. Prix : 75 centimes. — Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13



N° 47. — MARDI 23 AVRIL 1872. 45e ANNÉE. MARDI 23 AVRIL 1872. — N° 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. 8 fr. 50 c. — Six mois. 16 — Un an. 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES CLINIQUES. Observation sur les kystes hydatiques du foie, traités par la méthode des caustiques, des larges ouvertures et des injections astringentes et alcooliques (M. Richet). — Des greffes cutanées (M. Ollier). — Contribution à la question de l'infection purulente (M. Surmay). — Variétés. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

Observation sur les kystes hydatiques du foie, traités par la méthode des caustiques, des larges ouvertures et des injections astringentes et alcooliques,

(Recueillie par MM. E. LADMIRAL et V. KOMOROSWKI, élèves du service.)

La malade qui va faire l'objet de cette leçon est une jeune fille de vingt-deux ans, habitant à la campagne, sortie de nos salles avant-hier, après un séjour de trois mois environ ; elle est partie en telle voie de guérison qu'il n'y a pas lieu de douter que le succès ne soit complet d'ici quelque temps.

En parlant de l'affection dont elle était atteinte, nous aurons à décrire certains phénomènes relatifs à l'histoire des kystes du foie ; nous mentionnerons aussi certains points importants, d'où l'on pourra tirer des conclusions pratiques. Les renseignements que nous avons eus sur les antécédents de la malade, avant son entrée à l'hôpital, sont d'autant plus exacts que la malade est très-intelligente, et que son médecin, praticien très-instruit, a bien voulu nous communiquer une note relative au début de son affection.

Il y a cinq ans environ, elle commença à éprouver un peu de gêne du côté droit, et c'est principalement lorsqu'elle mettait son corset que cette sensation, encore assez vague, paraissait s'accentuer. Cette gêne se fit sentir de plus en plus et força la malade, après un an, de supprimer l'usage de son corset. En outre, dans la nuit qui précédait l'époque de ses règles, elle avait une émission d'urine involontaire, et, selon son expression, elle mouillait complétement son lit. Il y avait également quelques perturbations dans les voies digestives et du côté du poumon. Le docteur Caussin, qui l'examina, constata une grosseur dans l'hypocondre droit, et finit, après des examens répétés, par trouver qu'il y avait de la fluctuation. Une ponction fut faite avec un trocart capillaire ; il en sortit un liquide clair comme de l'eau de roche et ne laissant aucun dépôt. On ne chercha pas au microscope s'il y avait des crochets. On diagnostiqua simplement qu'il y avait un kyste, sans en préciser la nature. La malade fut soulagée ; puis, ayant repris sa vie habituelle, elle vit survenir de nouveau les mêmes symptômes.

En 1870, le docteur Caussin fit une nouvelle ponction : la tumeur soulevait alors fortement la région épigastrique ; la matité s'étendait jusque sous les fausses côtes gauches. La malade dépérissait. Le liquide qui sortit n'était plus aussi clair ; il avait une teinte un peu jaune. On constata en même temps que le côté gauche tout entier restait soulevé, dur et mat. La ponction pratiquée donna issue à un litre et demi de liquide jaunâtre, inodore, tenant en suspension quelques filandres glaireuses. La différence de coloration de ces deux liquides prouvait suffisamment qu'il y avait deux kystes. La note du docteur Caussin est d'ailleurs parfaitement confirmative de tous ces détails. On avait donc affaire à un kyste biloculaire. C'est alors que le docteur Caussin, reculant devant une opération radicale, nous pria de recevoir la jeune fille dans notre service.

Examinée attentivement, nous reconnûmes une tuméfaction considérable de tout l'hypocondre droit ; les côtes étaient déjetées ; la tumeur débordait par le bas jusque dans la fosse iliaque droite ; la grosseur soulevait l'ombilic et passait du côté opposé. On ne pouvait, par la palpation, déterminer les deux kystes ; par la percussion périphérique, le liquide ne semblait pas se transmettre de droite à gauche, ni de gauche à droite. De plus, le foie était gonflé et douloureux ; il y avait matité considérable avec sensation de pression, dyspnée et catarrhe bronchique.

A plusieurs reprises, nous cherchâmes le tremblement, le frémissement hydatique, mais jamais il ne fut senti. Bien que ce signe ait été rejeté par plusieurs auteurs, nous sommes forcé de l'admettre, car nous avons très-distinctement constaté son existence sur un autre malade du service. On savait donc que l'on avait un kyste séreux, mais on ne pouvait encore affirmer que ce fût un kyste hydatique. Les phénomènes que j'appellerai circonvoisins étaient des plus marqués ; il y avait amaigrissement considérable, alimentation difficile, vomissements fréquents. La compression sur la partie pylorique empêchait les aliments de passer, la malade les vomissait, rendant aussi un peu de bile en même temps. Il y avait ballonnement du ventre, et la compression sur le colon transverse et le colon ascendant gênait la circulation des matières fécales et des gaz.

Du côté du poumon se présentaient des phénomènes de toux, courte, sèche, due au soulèvement du diaphragme et à la compression du lobe droit du poumon. Le kyste s'étendait depuis le quatrième espace intercostal à l'hypocondre droit, et, traversant l'hypogastre, allait occuper tout l'hypocondre gauche.

La malade présentait tous les soirs des symptômes fébriles ;

cette petite fièvre lente, à laquelle elle était sujette, annonçait qu'il se faisait un travail intérieur, car ses pommettes étaient rouges, sa toux sèche, son pouls accéléré comme chez les malades en proie à une suppuration viscérale profonde.

Il fallait agir promptement, d'autant plus qu'on avait à redouter des complications funestes. On a vu, en effet, lorsque la poche a contracté des adhérences avec les organes voisins, le contenu se vider dans l'intestin, dans l'estomac, dans les voies biliaires et les vaisseaux avoisinants, ou bien dans la cavité pleurale, ou encore dans le poumon, si ce dernier est intimement uni à la plèvre par des adhérences. Je résolus donc de faire naître au plus tôt des adhérences entre les parois de la tumeur et l'extérieur, afin d'éviter des accidents du côté du péritoine quand il s'agirait de donner aux liquides une large issue. Nous employâmes le caustique. Une première application de pâte de Vienne eut lieu le 10 novembre 1871, au niveau du point où la vésicule biliaire fait saillie, à égale distance des deux extrémités de la poche, au-dessus et en avant des fausses côtes. On mit des cataplasmes pour faire tomber l'eschare, que l'on dut arracher, le 22 novembre, parce qu'elle ne tombait pas assez vite. Immédiatement après sa chute, on appliqua la pâte de Canquoin au chlorure de zinc. Cette première application sembla avoir traversé une bonne partie de la paroi musculaire abdominale. Cependant une deuxième application de la pâte dut être faite le 27 novembre ; l'eschare tombée, on pratiqua la percussion périphérique, qui nous donna à penser que nous étions arrivé sur le kyste.

Le 2 décembre, voulant m'assurer de cette sensation, je pris un trocart filiforme, je l'enfonçai dans la tumeur, et, la sonde ayant été laissée seule, il en sortit un peu de liquide trouble. Pour constater alors l'épaisseur des parois, je retirai lentement la sonde jusqu'à ce que le liquide cessât de couler; je mis le pouce sur la sonde, au niveau des parois abdominales, et l'intervalle compris entre ce point et l'extrémité de la sonde nous donna l'épaisseur cherchée, qui était cependant encore de 7 à 8 millimètres. Des adhérences étaient certainement établies ; cependant cette petite ponction fit naître des accidents : la malade fut prise de vomissements et éprouva de vives douleurs ; c'était comme une exagération de son état habituel, car ces vomissements et ces douleurs ne l'avaient pas quittée un seul instant.

Des douleurs se firent sentir dans l'abdomen et ne cédèrent qu'après trois jours sous l'influence des cataplasmes et des onctions avec l'onguent napolitain belladoné. Néanmoins, ces symptômes ne laissèrent pas que de nous inquiéter fortement, et, quelques jours après, je dus agir, un peu plus tôt toutefois que je ne l'aurais voulu.

Le 9 décembre, j'enfoncai un trocart d'un fort calibre ; rien ne sortit. Cela nous parut d'autant plus singulier que la sonde était plus grosse et que le liquide s'était écoulé par la petite. Il y eut un moment de stupéfaction parmi les assistants. En présence de cette particularité, je dis que nous avions affaire à un kyste hydatique et que le liquide ne sortait pas par suite de l'obstruction du tube par une vessie d'échinocoque. Avec une sonde, je repoussai la vésicule, et un flot de liquide sortit immédiatement.

Il importe de bien noter et de se rappeler ce détail curieux ; il faut, pour ne pas perdre contenance en face d'un pareil cas, en être prévenu, afin ne ne pas retirer la canule, mais d'agir comme nous l'avons fait. De petites vésicules hydatiques sortirent ensuite en assez grande quantité. On remplaça le trocart par une grosse canule formée d'un tissu recouvert d'un enduit gommé ; mais comme le kyste ne se vidait pas bien, on agrandit l'ouverture avec un cône d'éponge préparée, puis on introduisit une très-forte sonde. A partir de ce moment, le liquide s'écoula parfaitement, entraînant avec lui une quantité de poches variant de la grosseur d'une petite noisette à celle du poing.

Tout le long des parois de ces poches, on voyait de petits granules, ressemblant à une poudre blanche, qui n'étaient qu'une nouvelle génération de parasites. On fit dans la tumeur des injections d'eau alcoolisée au cinquième, et chaque jour il sortait de nouvelles hydatides ; toutefois la malade fut prise de violentes douleurs, d'insomnie et surtout de vomissements opiniâtres qui l'empêchaient de prendre la moindre nourriture ; la glace ne les arrêtait point. On ordonna une potion éthérée qui ne put être supportée ; quelques gouttes de vin glacé, mélangé à l'eau de Seltz, seuls n'étaient pas rendus immédiatement. On prescrivit les gouttes amères de Beaumé. Enfin tous ces symptômes se dissipèrent insensiblement après s'être compliqués de bronchite, de dyspnée assez intense et de diarrhée.

Un point à noter, c'est que le ventre restait peu douloureux, et qu'il y avait à peine de fièvre.

Après bien des péripéties, alors que le kyste semblait se rétrécir et ne fournissait plus que peu de pus, il survint de nouveau de la fièvre et des vomissements, ce qui nous plongea dans une certaine anxiété. Nous pensâmes à un abcès du foie ; mais, après un moment de réflexion et un examen attentif, il devint clair que c'était la portion gauche du kyste qui passait par les mêmes phases que la première : les frissons et la fièvre nous forcèrent d'agir.

Fallait-il ouvrir la poche par la première ouverture, ou choisir un point de la paroi abdominale et pénétrer par là ? Or le doigt introduit dans la première tumeur constatait une épaisse paroi, et il y avait à se demander si la blessure faite au foie n'était pas plus dangereuse que celle faite à l'abdomen.

La gravité des symptômes nécessitant une intervention immédiate, on fit une ponction avec un trocart explorateur, qu'on laissa toute la journée à demeure, et le lendemain, 13 janvier 1872, on y substitua un fort trocart. Il sortit immédiatement un jet de liquide jaunâtre, sale, répandant une odeur fétide ; il s'en écoula environ un litre. La malade fut très-soulagée ; l'appétit revint pendant cinq ou six jours, puis elle fut reprise de vomissements, qui cédèrent immédiatement à l'introduction d'une sonde d'un calibre plus fort que la première. On fit dans ce kyste des injections d'eau alcoolisée, et il sortit des poches hydatides mélangées avec du tissu du foie ; mais comme ce kyste marchait moins rapidement à la cicatrisation que le premier, qu'il donnait toujours une suppuration fétide et abondante, on ordonna une injection de teinture d'iode au dixième. L'injection fut essayée ; mais aussitôt que les premières gouttes de liquide eurent touché le fond du kyste, il se produisit des vomissements qui durèrent toute la journée. Cette injection ne fut pas renouvelée. Peu à peu les souffrances se calmèrent, et aujourd'hui la malade va, vient, marche sans difficulté, cause, et a retrouvé sa gaieté première. Enfin, elle commence à reprendre ses couleurs et son embonpoint. Quant aux deux kystes, ils marchent rapidement à la cicatrisation ; on a déjà retiré la première sonde, on tardera pas à enlever la deuxième.

Nous aurions voulu conserver la malade encore quelques jours; mais comme elle avait tout préparé pour son voyage, je n'ai pas cru devoir la retenir ; elle est donc sortie lundi, 12 février, en pleine voie de guérison.

(*Sera continué.*)

DES GREFFES CUTANÉES

Note de M. Ollier, présentée à l'Institut (séance du 18 mars 1872) par M. Cl. Bernard.

En 1869, M. Reverdin a démontré que de petits lambeaux d'épiderme de 2 à 3 millimètres carrés, transportés sur des plaies en voie de réparation, sont susceptibles de se greffer sur la couche de bourgeons charnus, et deviennent des centres de formation épithéliale dont on peut tirer parti pour hâter la cicatrisation de la plaie.

Les faits que nous avons l'honneur de soumettre à l'Académie montrent que ce ne sont pas seulement des lambeaux microscopiques d'épiderme qui peuvent être ainsi transplantés, mais de larges lambeaux cutanés formés, non-seulement par la couche superficielle du derme, mais par toute l'épaisseur de la peau.

Au lieu d'un semis de petits fragments d'épiderme, je fais de véritables transplantations cutanées. Je ne me borne pas à semer sur les bourgeons charnus de petits îlots épidermogènes, je recouvre par de larges lambeaux de plusieurs centimètres carrés une plus ou moins grande étendue de la plaie dont je veux hâter la cicatrisation. Je ne cherche pas seulement ainsi à hâter l'épidermisation naturelle des bourgeons charnus, je ferme la plaie par une couche cutanée empruntée ailleurs, et qui, une fois greffée, forme une membrane limitante toute différente des cicatrices ordinaires.

Quand on transplante de petits lambeaux épidermiques ou dermo-épidermiques, on hâte, sans doute, dans une certaine mesure, la cicatrisation de la plaie, mais on n'obtient pas une cicatrice différente de celle qui se serait produite naturellement. C'est le même processus fondamental, c'est la même structure, ce sont les mêmes propriétés dans le tissu cicatriciel.

La pellicule épidermique dont la formation a pu être avancée par la multiplication des centres d'épidermisation a les mêmes caractères que la couche superficielle des cicatrices ordinaires. Elle est si peu stable qu'elle se détruit sous l'influence de la moindre irritation. Elle est lisse, luisante, et laisse voir par transparence le tissu violacé qui constitue la partie fondamentale de la cicatrice. Aux membres inférieurs, sur la périphérie des ulcères chroniques, elle se transforme en une couche cornée plus ou moins épaisse, mais qui n'offre aucune stabilité, et qui doit être considérée comme un produit pathologique. Sous les greffes épidermiques, le tissu propre de la cicatrice se comporte comme dans le cas où il s'est formé naturellement ; il a la même rétractilité et, par conséquent, les mêmes inconvénients au point de vue chirurgical.

En transplantant de larges lambeaux cutanés et en les multipliant, je puis recouvrir en une seule séance la plus grande étendue de la surface d'une plaie, et la guérison a lieu alors par un processus tout autre que dans les greffes qui ont été pratiquées jusqu'ici.

M. Reverdin et les chirurgiens qui l'ont imité (en y comprenant M. Frank Hamilton, de New-York, qui avait déjà transplanté de la peau quelques années auparavant, 1854) n'ont cherché qu'à multiplier les centres d'épidermisation : ils ont voulu seulement hâter la formation de l'épiderme à la surface de la plaie.

Pour moi, en transplantant de larges lambeaux cutanés, je cherche à réduire autant que possible l'épidermisation naturelle des bourgeons charnus. Mon but est de changer, sur une surface plus ou moins grande de la plaie, le processus de réparation.

Je remplace la couche épithéliale de nouvelle formation, mince, délicate et peu stable, par une couche cutanée, charnue, épaisse, stable dans ses éléments fondamentaux et destinée, malgré l'absence de ses glandes, à remplir le rôle d'une véritable peau.

C'est donc une autoplastie que je pratique.

Pour opérer ces greffes cutanées, je détache des lambeaux de 4, 6 et 8 centimètres carrés ; je me sers d'un couteau mince et large que je fais agir parallèlement au plan de la peau, par un mouvement rapide de va-et-vient. Les lambeaux taillés ainsi en dédolant se trouvent plus épais à leurs centres qu'à leurs bords. A leur centre, ils peuvent comprendre le sommet des aréoles du pannicule graisseux sous-cutané ; mais il faut enlever ces petites masses adipeuses avant d'appliquer le lambeau sur la plaie. A la périphérie, ils sont de plus en plus minces à mesure qu'on s'approche du bord, de sorte qu'à leur limite extrême ils ne sont constitués que par l'épiderme. Ces lambeaux sont très-rétractiles, et, une fois détachés, ils se recroquevillent et diminuent très-notablement de volume, quelquefois de plus de moitié, selon l'abondance des fibres élastiques que la peau contient dans la région opérée. Il faut les étaler avec la plus grande précaution sur la couche des bourgeons charnus pour les faire adhérer.

On peut prendre les lambeaux cutanés, soit sur le sujet lui-même, soit sur d'autres individus. Nous avons pris la plupart de nos greffes sur des membres amputés à la suite d'accidents, chez des hommes sains d'ailleurs.

Dans les cas où nous avons été obligé de les prendre sur le sujet lui-même, nous avons, pour éviter la douleur de l'opération, mis à profit un fait expérimental que nous avons communiqué, il y a plus de dix ans, à l'Académie (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 27 mai 1861), c'est-à-dire la possibilité de greffer des tissus soumis à de basses températures. A cette époque, nous démontrâmes que des lambeaux de périoste gelé, puis transportés sous la peau d'un autre animal, pouvaient non-seulement reprendre vie, mais encore produire du tissu osseux. Nous avons, pour pratiquer nos greffes cutanées, appliqué sur la peau un mélange réfrigérant (glace et sel). Une fois la peau gelée, c'est-à-dire devenue blanche, exsangue et insensible, nous avons taillé des lambeaux comprenant la totalité du derme, qui, transportés sur une plaie, se sont greffés parfaitement.

CONTRIBUTION A LA QUESTION DE L'INFECTION PURULENTE

Par le docteur Surmay, médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham.

Après la longue discussion dont l'infection purulente a été l'objet dans le sein de l'Académie de médecine et dont les derniers échos sont à peine éteints, il semble que tout ait été dit et qu'il n'y ait, pour le moment, plus rien à ajouter. Du moins est-il certain qu'en reprenant actuellement la question devant le public, on a peu de chance d'être entendu. Aussi m'étais-je préparé à intervenir en temps opportun et, si j'arrive si tard, des circonstances que je regrette en sont la cause.

Mais il est arrivé que la doctrine à laquelle le talent et l'autorité de M. le professeur Chauffard ont donné un rang si considérable offre une extrême analogie avec celle que j'ai conçue et exposée pour la première fois en 1851, dans un mémoire pour le prix de l'internat, que j'ai proposée dans ma thèse inaugurale en 1853, et que j'ai rappelée, en 1858, à l'occasion de la discussion académique sur la fièvre puerpérale. (*Union médicale*, Note sur la fièvre puerpérale, page 194, 1858.)

Il est naturel qu'un tel événement me touche, et si, comme j'en ai le ferme espoir, cette doctrine ou, si l'on veut, l'ordre d'idées auquel elle se rattache doit triompher un jour, on ne saurait trouver mauvais que je revendique, même à présent, la part qui m'en revient. Cette part, je suis loin de me l'exagérer, et je ne viens pas me poser en face de M. Chauffard. Je marche modestement à côté de lui, et je saisis l'occasion qui se présente de reproduire ma pensée et de l'abriter désormais sous l'autorité de la sienne.

Toutefois, ce seul motif, tout respectable qu'il me paraisse, n'aurait peut-être pas suffi pour me déterminer à rompre le silence ; mais j'ai pensé aussi que l'importance de la question impose à chacun le devoir de faire connaître non-seulement les aperçus, mais surtout les faits qui peuvent concourir à la solution qu'on en recherche, et ce dernier motif a emporté ma résolution.

Je vais donc, après avoir mis en parallèle la doctrine de M. Chauf-

fard et la mienne dans ce qu'elles ont d'essentiel, apporter à leur appui commun quelques faits qui, dans l'état actuel de la science, me paraissent être simplement expliqués par elle, et qu'il me semble difficile de faire rentrer dans les autres théories autrement que par un abus de l'hypothèse.

Si je l'ai bien comprise, la doctrine de M. Chauffard peut se résumer ainsi qu'il suit dans sa plus simple expression :

Le travail de réparation qui se fait dans une plaie n'est pas un acte purement local. Au contraire, tout l'organisme vivant y concourt; c'est une action plastique générale dont l'aboutissant est la réparation de la partie lésée. La suppuration, [qui est un élément presque constant de ce travail, résulte également de l'action générale de l'organisme.

Quand rien ne vient contrarier cette action, elle se manifeste simplement par la réparation progressive de la lésion, et il peut sembler que l'économie générale y soit étrangère, ou bien la part que l'économie prend au travail réparateur se traduit par des phénomènes généraux bien connus, affectant la forme inflammatoire et groupés sous la dénomination de fièvre traumatique. C'est ce que M. Chauffard appelle la *fièvre traumatique commune*.

Si, au contraire, des causes diverses viennent à faire dévier de son allure et de ses tendances normales cet effort de l'organisme, il peut arriver que la suppuration, au lieu de se concentrer dans la partie lésée qui en a été le point de départ, se généralise et se multiplie en divers organes, et qu'enfin la vie succombe à cet effort excessif et désordonné. C'est l'infection purulente.

Ainsi, l'infection purulente ne serait autre chose qu'une forme irrégulière et grave de la fièvre traumatique. A cela il faut ajouter que, dans un deuxième discours en réponse à M. le professeur Gosselin, M. Chauffard a admis l'existence des affections purulentes spontanées.

Voici, maintenant, le résumé de ce que j'écrivais dans ma thèse en 1853 :

Les symptômes regardés comme propres à l'infection purulente sont précédés de ceux qui caractérisent l'état inflammatoire général et qui constituent la fièvre inflammatoire simple ou accompagnant une phlegmasie locale, la fièvre inflammatoire traumatique, la fièvre inflammatoire puerpérale.

Ces mêmes symptômes regardés comme propres à l'infection purulente (frissons, altération des traits, dépression des forces, etc.), sont ceux qui accompagnent la suppuration abondante qui termine une inflammation aiguë et considérable. Exemple : la période de suppuration dans le phlegmon diffus, dans la pneumonie, etc.

A l'autopsie des individus morts d'infection purulente, on trouve dans le sang et dans les solides les lésions caractéristiques de l'inflammation.

Ces faits fondamentaux étant bien établis, je formule ma théorie dans les propositions suivantes :

Il y a un état inflammatoire général. C'est une affection générale aiguë, une disposition inflammatoire, comme disait J. Hunter.

Cet état peut être primitif, essentiel, et constituer à lui seul toute la maladie : c'est *la fièvre inflammatoire*.

Il peut être consécutif à une phlegmasie locale.

Il peut avoir été déterminé par une blessure (ce mot doit être pris dans son sens le plus étendu) : c'est *la fièvre traumatique*.

Enfin, il suit l'accouchement : c'est *la fièvre puerpérale*.

Quelle qu'en soit l'origine, ou bien l'état inflammatoire ne se révèle que par des symptômes généraux, n'occasionne aucune inflammation locale, ou bien il engendre des phlegmasies plus ou moins étendues, plus ou moins considérables, plus ou moins nombreuses. En voici un exemple : Je soignai, il y a quelques années, un homme d'environ 40 ans, d'une bonne constitution, qui eut d'abord une amygdalite; dans la convalescence de cette inflammation survint un érysipèle de la face, et le malade était à peine convalescent de son érysipèle, qu'il fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu qui se compliqua d'endopéricardite et de double pleurésie.

Cet état inflammatoire simple ou ayant produit des phlegmasies plus ou moins importantes ne dépasse pas la disposition plastique et se termine par résolution, comme cela est arrivé dans le fait précédent, ou bien il passe à la disposition suppurative. Alors arrivent ces suppurations abondantes ou multiples dont on a fait une maladie distincte et spéciale sous le nom de *fièvre purulente, diathèse purulente, infection purulente*, etc., quand elles suivent les blessures ou les opérations chirurgicales, et une autre maladie non moins spéciale, sous le nom de *fièvre puerpérale*, quand elles se produisent à la suite des couches.

Cette terminaison par la disposition ou action suppurative générale peut être le résultat direct de l'évolution spontanée de l'action inflammatoire générale : c'est ainsi que j'ai vu, en 1851, à la Pitié, un rhumatisme articulaire aigu se terminer par la suppuration de toutes les articulations et la mort. Elle peut avoir été déterminée par des influences diverses, soit engendrées dans l'individu, soit extérieures, épidémiques, infectieuses, etc.

L'infection purulente n'est donc qu'un mode de l'état inflammatoire spontané ou fièvre inflammatoire, de l'état inflammatoire traumatique ou fièvre traumatique, de l'état inflammatoire puerpéral ou fièvre puerpérale. L'infection purulente n'est donc pas une maladie proprement dite, mais l'un des modes d'une maladie qui est l'état inflammatoire.

Après ce double exposé, ne voit-on pas que si les idées de M. Chauffard et les miennes ne sont pas absolument identiques, elles sont, du moins, extrêmement analogues. Pour M. Chauffard, le fond de la fièvre traumatique et de la fièvre purulente, c'est la suractivité plastique de l'organisme, et pour moi c'est l'état ou l'action inflammatoire. Il me semble que ces dénominations couvrent sensiblement la même chose.

Comme M. Chauffard et comme moi, M. Verneuil admet que la fièvre traumatique est une, qu'elle présente le plus souvent, au début, les caractères de l'inflammation, et que l'infection purulente n'en est qu'un mode. Mais, tandis que pour nous la fièvre traumatique dérive d'un acte normal et sain ou d'une action d'origine commune, elle a nécessairement pour cause, selon M. Verneuil, l'introduction dans l'économie d'un poison spécifique, et devient ainsi une maladie spécifique. Nous serions d'accord si l'existence de ce poison, son introduction dans le sang et ses effets sur l'organisme étaient démontrés; mais ils ne le sont pas. Jusqu'à ce que cette démonstration soit faite, il n'y aura là qu'une simple hypothèse, et ce différend entre savants offrira cette singularité que ceux qui se piquent d'être positifs et accusent les autres de ne l'être pas se montreront les plus aventureux dans l'interprétation des faits. Ce n'est pas, en effet, s'égarer hors des voies de la saine observation que de croire à l'existence de l'infection purulente en dehors de tout traumatisme et de tout empoisonnement, quand la maladie existe, que le traumatisme n'existe pas, et qu'il n'y a aucune preuve de l'empoisonnement. Je crois donc que, sous l'influence des causes communes et sans avoir été provoqué par une blessure quelconque, un état inflammatoire peut naître, une action générale inflammatoire peut s'établir et devenir suppurative et mortelle.

Tessier croyait aussi à l'infection purulente spontanée, qu'il appelait fièvre purulente; mais cette doctrine et la mienne n'ont de commun que cette spontanéité de la maladie, qu'elles admettent toutes deux ; pour le reste, elles sont radicalement opposées. Tessier, en effet, définit ainsi l'affection purulente : « J'entends par diathèse purulente une modification de l'organisme caractérisée par la tendance à la production du pus dans les solides et dans les liquides coagulables de l'économie (*Expérience*, 1838). » Ainsi, le pus n'est pas seulement un produit de l'inflammation, c'est le résultat d'une transformation immédiate que le sang subit dans les vaisseaux ou en dehors de ces conduits, sous l'influence d'une modification spéciale de l'organisme. Pour preuve de cette transformation du sang en pus, Tessier donne la présence du pus dans le centre des caillots sanguins et même des caillots fibrineux qu'on a trouvés jusque dans le cœur (Velpeau, Costallat, Tessier), et, dans ma thèse, je réfute cette preuve de la manière suivante : « Un vaisseau s'enflamme en un endroit; il en résulte la formation d'un

caillot et la sécrétion de la lymphe dans laquelle devront se former les globules purulents. Le pus s'élabore; il se trouve emprisonné dans le caillot. L'inflammation cesse, le caillot devient fibrineux, et voilà le pus au milieu d'un caillot fibrineux adhérent ou non à la membrane interne. Le caillot sanguin, premier résultat de l'inflammation et au centre duquel se forme le pus, peut diminuer de volume, devenir très-petit, être entraîné dans le courant circulatoire, et enfin faire partie d'un autre caillot volumineux qui se formera dans le cœur ou ailleurs, sous l'influence d'une phlegmasie de l'endocarde ou non. » (*Thèse inaugurale*, 1853, page 36.)

Me sera-t-il permis de faire remarquer, en passant, que cela était écrit en 1851, six ans avant que les travaux de Virchow sur les obstructions de l'artère pulmonaire et la migration des caillots veineux fussent connus du corps médical français par l'analyse qu'en fit M. Lasègue? (*Archives de médecine*, 1857).

Je n'ai plus présents à l'esprit les exemples de fièvre purulente spontanée rapportés par Tessier, mais j'ai moi-même observé des faits analogues, et ce sont ceux-ci que je me suis proposé de rapporter ici.

(*Sera continué.*)

VARIÉTÉS

ÉTUDE SUR LE HORSE-POX (1).

A l'origine de la découverte de la vaccine, en 1803, un médecin de Nancy, Valentin, successivement inoculateur et vaccinateur, s'étant rendu à Londres pour se perfectionner auprès de Jenner luimême, fut pris par lui en grande amitié, et ils eurent ensemble de nombreuses conférences. L'attention de Valentin se porta notamment sur la source présumée du cow-pox dans le *grease*, ce point de la question ayant alors déjà été vivement controversé. Ainsi, à Londres, en 1800, tandis que les docteurs Tanner et Loy avaient réussi à inoculer le grease à la vache, d'autres expérimentateurs échouèrent complétement, entre autres Coleman, habile et savant vétérinaire. Valentin, parcourant plusieurs comtés de l'Angleterre, interrogea à ce sujet les propriétaires, les vétérinaires, les maréchaux-ferrants : « Tous, dit-il, avaient pour Jenner la plus grande vénération, mais la plupart n'étaient pas là-dessus de son avis. » Valentin soumit ses doutes à Jenner, lui disant que, à Paris aussi, l'opinion était contraire à l'idée.

« Vous pouvez être sûr, lui répondit Jenner, que tôt ou tard vos compatriotes seront convaincus de cette véritable source de la vaccine. » (Valentin, 1823, *Notice historique de Jenner*.)

Ces paroles se trouvent avoir été prophétiques; car non-seulement en France l'idée a fini par triompher, mais ce sont nos vétérinaires français qui se trouvent avoir de nouveau découvert le grease, le grease véritable, le horse-pox.

Le horse-pox (*horse*, cheval, *pox*, bouton) n'a rien de commun ni avec les *eaux aux jambes*, suintement chronique aux pieds des animaux, ni avec le *javart*, nécrose et élimination graduelle des tissus fibrineux et cartilagineux. Le horse-pox est tout simplement la petite-vérole du cheval : vésico-pustules avec ombilic et disque, croûtes terminales.

Le horse-pox débute par un léger accès de fièvre, qui souvent passe inaperçu. Après trois jours d'incubation, les vésicules se forment et parcourent les phases ordinaires : pustuleuses, croûteuses, avortant sur les muqueuses, et seulement devenant pustuleuses et croûteuses sur la peau extérieure. Tout cela se passe sans que l'animal en soit sensiblement incommodé; seulement il boite, parce que les boutons sont fort confluents aux jambes, s'y accompagnant naturellement de gonflement, et le plus souvent c'est pour cela qu'on le mène chez le vétérinaire. Mais alors, d'où vient la confusion avec des maladies chroniques telles que eaux aux jambes et javart? Voici. A la peau, les vésicules du horse-pox se trouvent être enfoncées dans le tissu qui, chez le cheval, est très-épais, éruption masquée encore par les poils et un pigment abondant. Les vésicules crèvent au milieu des épithéliums qui se ramollissent et forment des croûtes initiales, de sorte que la sérosité suinte de dessous ces fausses croûtes, suintement qui dure plusieurs jours, simulant ainsi vaguement les eaux aux jambes. (Ces fausses croûtes initiales ne doivent pas être confondues avec les croûtes de la dessication finale.) Pour ce qui concerne la méprise avec le javart, elle tient au gonflement auquel les boutons donnent lieu, ce qui amène quelquefois la nécrose des tissus fibreux.

D'autres confusions ont encore été faites. C'est ainsi qu'autour des boutons l'irritation peut provoquer des lymphangites avec abcès multiples (confusion avec le farcin); ou bien les boutons affluent dans la bouche (confusion avec la stomatite aphtheuse); une salivation abondante masque les vésicules qui, sans cela, seraient ici très-visibles, étant plutôt des ampoules que des vésicules. Enfin, les vésicules agglomérées dans les narines peuvent faire croire à la morve.

Aujourd'hui, grâce aux travaux de MM. Lafosse, Sarrans, Bouley, Chauveau, toutes ces erreurs sont dissipées. Il existe un horse-pox, comme il y a un cow-pox, avec cette différence que, chez le cheval, le cas le plus ordinaire est la généralisation de l'éruption sur tout le corps à la fois, sur tout le tronc, aux jambes, à la tête, dans la bouche et les narines, tandis que, chez l'espèce bovine, les boutons sont, comme on sait, localisés à une région. Si, chez la vache, il y en a encore ailleurs qu'aux pis, c'est bien rarement, et aux naseaux seulement.

Cependant, chez le cheval, la généralisation de l'éruption n'est pas le fait constant; loin de là, et il arrive assez souvent qu'un groupe de boutons affecte uniquement, soit l'extrémité inférieure d'un membre, soit l'intérieur de la bouche.

Telle est, en résumé, la description symptomatique brillamment établie par M. Bouley; de sorte que le horse-pox, par sa généralisation, ressemblerait à la petite-vérole qui caractérise notre espèce, tandis que son extrême bénignité le rapprocherait du cowpox de la vache. Est-ce que, dans le horse-pox généralisé, disséminé sur le tronc et confluent aux membres et à la tête, est-ce que l'éruption s'opère par *poussées successives*, dans un ordre régulier, comme dans notre petite vérole? Je ne sais, la description de M. Bouley ne disant rien de ce détail qui me paraît avoir son importance. Je passe à l'historique de la maladie, passablement plaisant, touchant au comique.

Historique. — Dans la contrée où exerçait Jenner, l'inoculation variolique pratiquée sur les ouvriers forgerons et les maréchaux ferrants échouait souvent, immunité que ces gens attribuaient à des ulcères antérieurement contractés aux mains en pansant des chevaux qui étaient atteints d'une certaine affection qu'ils appelaient *grease*. Jenner a recueilli cette tradition, conservant même la dénomination populaire, employant indifféremment aussi l'expression *sore heels*, *mal des talons*. Jenner dit lui-même n'avoir pas fait d'expériences directes pour vérifier l'opinion, l'occasion pour lui ne s'étant pas présentée, et ce qu'il raconte du grease des chevaux n'est qu'un reflet de ce que l'on disait là-dessus dans le peuple. C'est ici que la chose devient amusante. Sa brochure ayant paru en 1798, elle fut aussitôt traduite en France, en Italie, en Allemagne. Or, les traducteurs, ne sachant ce que pouvait signifier le mot *grease*, terme populaire, s'enquirent auprès des vétérinaires quel était le mal le plus ordinaire aux talons des chevaux, et selon que la réponse a été *eaux aux jambes* ou *javart*, ils ont employé l'une ou l'autre de ces expressions. Ainsi, en France, on a dit *eaux aux jambes*, en Italie *javart*, et c'est sur ces indications qu'on s'est mis à expérimenter, et que tous les chevaux infirmes qui avaient quelque mal au talon, surtout les eaux aux jambes et le javart, étaient mis à contribution. Naturellement, dans l'immense majorité des cas, les essais de l'inoculation aux vaches ont dû échouer; quelques expériences seulement aboutirent, lorsque, exceptionnellement, les

(1) Bouley, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires*, octobre 1871.

eaux aux jambes ou les javarts étaient compliqués d'un horse-pox accidentel. De là de rares faits positifs d'un côté et un nombre considérable de faits négatifs de l'autre, discordance de résultats qui aurait dû faire comprendre que le grease n'était pas toujours la même maladie, qu'il devait y avoir grease et grease; mais non, personne n'a eu cette idée, excepté toutefois deux auteurs dont les travaux passèrent inaperçus et dont il sera question tout à l'heure. Pendant soixante ans, les uns affirmèrent la justesse des assertions de Jenner, tandis que les autres nièrent, oui, pendant soixante ans, et il y a aujourd'hui une dixaine d'années seulement que la lumière s'est faite sur cette question.

En 1860, à Rieumes, près Toulouse, une centaine de chevaux devinrent malades, offrant une foule de pustules aux jambes et encore sur d'autres parties du corps, épidémie qui fut décrite par le vétérinaire de la localité, M. Sarrans. Une des juments fut conduite à M. Lafosse, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, qui considéra le cas comme une forme aiguë d'eaux aux jambes, et, pensant que, sous cette forme, l'inoculation aux vaches réussirait peut-être particulièrement, il fit les expériences nécessaires et obtint successivement les pustules du cow-pox et du vaccin.

Ces premiers faits ayant montré que le grease n'était pas seulement un mal des talons, l'éruption pouvant surgir encore dans d'autres régions, M. Bouley résolut d'inoculer aux vaches toutes les maladies éruptives des chevaux, quel qu'en fût le siége, afin d'éclaircir la question complétement. La première affection qui se présenta à lui à Alfort fut une stomatite qu'il considéra comme aphtheuse; il procéda aux inoculations, qui donnèrent le cow-pox et le vaccin. Nonobstant ces résultats caractéristiques, M. Bouley persista d'abord, il le dit lui-même, dans son diagnostic de stomatite aphtheuse, quoi qu'il eût constaté que les aphthes de la bouche étaient bel et bien des vésicules, tant les errements suivis depuis soixante ans conservaient leur influence.

Mais bientôt d'autres cas s'étant présentés à la clinique d'Alfort, avec diversité de siége de pustules, M. Bouley n'a pas tardé à reconnaître le horse-pox pour ce qu'il était, à savoir la petite-vérole du cheval, n'ayant avec les eaux aux jambes et le javart qu'un rapport fortuit de coexistence. La symptomatologie donnée plus haut est le produit de toutes ces observations, et ainsi s'est vérifiée la prophétie de Jenner : « Vous pouvez être sûr, a-t-il dit à Valentin, que tôt ou tard vos compatriotes reconnaîtront la source équine du cow-pox. »

Cependant, comme je l'ai annoncé, deux auteurs avaient déjà spécifié la nature véritable du grease. L'un, un contemporain même de Jenner, le docteur Loy (prononcer Loï), dans une brochure de quinze pages, avait parfaitement établi qu'il y avait grease et grease, et que le grease vaccigène n'existait pas seulement aux talons des chevaux, mais encore ailleurs sur le corps. Quoique cette brochure fourmille de détails intéressants, qu'elle fût traduite en français et en allemand dès 1802 par de Carro, que même elle fût l'objet d'un rapport favorable de Husson, qui personnifiait alors le comité de vaccine, cette brochure tomba dans l'oubli le plus complet, jusqu'à ce que, sur les indications de M. Auzias Turenne, elle fut signalée en 1863 par M. Bouvier à l'Académie de médecine.

Le second auteur qui alors aussi avait bien vu les faits, ce fut le docteur Dupont, exerçant son art, non pas en Angleterre, mais en Grèce, à Salonique. « Les maréchaux ferrants, a-t-il écrit en 1803, distinguent trois sortes de javart : l'écrouelleux, le phlegmoneux, le variolique; ce dernier est accompagné d'une petite éruption semblable à la petite-vérole. » Dupont ajouta même qu'il a réussi à transformer ce javart variolique en cow-pox et en vaccine. Ce sont ces observations que nos vétérinaires viennent de recueillir à nouveau. *Omnis scientia,* dit à ce sujet Auzias-Turenne avec Platon, *nihil aliud est quàm reminiscentia,* et avec Salomon, *Omnis novitas nihil aliud est quàm oblivio,* maximes vraies souvent, mais non toujours; car, s'il en était ainsi, il n'y aurait plus de découvertes à faire.

Cet historique conduit à deux enseignements importants.

1° L'oubli dans lequel sont tombés les documents laissés par Loy et Dupont, de même que les fausses idées que nous nous faisons de la variole inoculée, toutes ces erreurs proviennent de ce que, lors de la découverte de la vaccine, on s'est figuré pouvoir éteindre complétement la variole, et dès lors il n'y avait plus lieu de s'occuper des travaux laissés par les prédécesseurs. Aujourd'hui que les illusions doivent être dissipées, il faut reprendre la question *ab ovo*, et, sans doute, cette étude, entreprise sans opinions préconçues, amènera des idées nouvelles et fertiles en conséquences pratiques.

2° L'autre enseignement concerne la philosophie. S'il est vrai que c'est le peuple ignorant qui, dès l'origine de ces questions, a découvert et la variole inoculée, et la vaccine, et le grease variolique, cela prouve que l'intelligence humaine ne passe pas toujours par l'erreur avant d'arriver à la vérité, proposition inverse de celle sur laquelle se base notre positivisme moderne, qui se trouve ainsi ébranlé.

Revenons au horse-pox, dont il nous reste à retracer avec M. Bouley les propriétés contagieuses.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté du préfet de police, M. le docteur Auguste Ollivier, médecin des hôpitaux et professeur agrégé à la Faculté de médecine, a été nommé médecin-inspecteur des maisons de santé d'aliénés, en remplacement de M. le docteur Potain, démissionnaire.

— Par arrêté en date du 23 mars 1872, M. Leudet, directeur de l'École de médecine de Rouen, a été nommé officier de l'instruction publique.

— *École de pharmacie de Paris.* — Par arrêté en date du 30 mars 1872 :

L'indemnité attribuée aux agrégés chargés de suppléances à l'École supérieure de pharmacie de Paris est réglée comme il suit :

Pour la suppléance d'un professeur titulaire, la moitié du traitement minimum affecté à la chaire, soit 2,000 francs ;

Pour la suppléance d'un professeur adjoint, la moitié du traitement affecté à la chaire, soit 1,200 francs.

Cette indemnité, prélevée sur le traitement fixe du professeur suppléé, sera payée par cinquièmes, pendant la durée de la suppléance ; elle sera attribuée intégralement à l'agrégé qui aura fait le cours entier.

Dans le cas où il ne ferait qu'une partie du cours, l'indemnité, calculée d'après les bases établies, ne sera attribuée au suppléant qu'au prorata du temps pendant lequel aura duré la suppléance.

— M. le docteur Thiaudière, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, médecin de l'hôpital général de Poitiers, vient de mourir dans cette dernière ville, à l'âge de soixante-cinq ans.

Il a légué à l'hôpital dont il a été médecin, sa bibliothèque médicale, ses instruments de chirurgie et ses collections scientifiques, pour servir à l'instruction des internes qui se succéderont dans cet établissement.

M. le docteur Thiaudière est l'auteur de plusieurs brochures et mémoires, entre autres une brochure sur l'*Exercice de la médecine en province et à la campagne* et un mémoire fort intéressant sur la création d'hospices cantonaux, idée que vient de reprendre son fils, M. Edmond Thiaudière, dans son récent ouvrage : *La Confédération française, forme nouvelle de gouvernement.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

Annuaire de thérapeutique de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1871 et 1872, contenant le résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1870 et 1871 et les formules des médicaments nouveaux, *suivi d'un mémoire sur l'état sanitaire de Paris et de Metz pendant le siége*, par A. BOUCHARDAT. — 1 vol. in-18 de 350 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Germer Baillière.

Avantages de la dépresso-réclinaison et des divers procédés opératoires à l'aiguille dans le traitement de la cataracte, par le docteur AIMABLE CADE. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Adrien Delahaye.

De la liberté humaine considérée dans la vie intellectuelle et dans ses rapports avec le matérialisme, par le docteur CH. LOSMANS. — In-8°. Prix : 50 centimes. — Adrien Delahaye.

Annuaire pharmaceutique, par le docteur C. MÉHU, pharmacien de l'hôpital Necker. Neuvième et dixième années. 1871-1872. — 1 vol. in-12. Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux....................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques.................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

CONTREXÉVILLE

(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central :

23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

SIROP ET VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Ces produits, les seules préparations phosphatées physiologiques qui aient servi à démontrer scientifiquement les propriétés du phosphate de chaux, contiennent, par cuillerée à bouche de sirop et par verre de vin, **un gramme de sel.**

Cette dose élevée explique l'énergie avec laquelle se relèvent **l'appétit** et toutes les **fonctions de nutrition** dans la *Dyspepsie*, la *Convalescence*, le *Rachitisme*, la *Scrofule*, et toutes les affections aiguës ou chroniques dans lesquelles la nutrition est altérée.

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau. — **Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris.**

Granules antimoniaux, ANTIMONIO-FERREUX

et antimonio-ferreux au Bismuth, du Dr Papillaud. Des expériences faites depuis 4 ans par les sommités médicales de tous les pays justifient les résultats obtenus et signalés par l'auteur.

Les Granules antimoniaux sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes dans les affections névrosiques, rhumatismales et hypertrophiques du cœur.

Sous leur influence, l'asthme, le catarrhe guérissent ou s'améliorent très-promptement, la phthisie elle-même est souvent enrayée à ses débuts, et très avantageusement influencée dans ses autres périodes.

Dans les Granules antimonio-ferreux, les propriétés réparatrices du fer, unies aux effets reconstituants de l'arséniate d'antimoine, constituent la préparation officinale qui se rapproche le plus des eaux ferreuses arsenicales naturelles.

Ces granules sont le remède le plus sûr à opposer à la chlorose, chloro-anémie, la scrofule, les névralgies et les névroses.

Les Granules antimonio-ferreux au bismuth sont particulièrement destinés à la guérison des affections nerveuses ou fonctionnelles des voies digestives.

Pharmacie E. Mousnier, à Saujon (Charente-Inférieure) ; à Paris : pharmacies Detrai, rue des Tournelles, 1 ; Vial, rue Bourdaloue, 4 ; Arnault, rue Montmartre, 141, et rue de Cléry, 33; dans les pharmacies de France et de l'étranger.

RÉVULSIF AU THAPSIA

Les médecins et les malades qui font usage de ce révulsif sont assurés d'obtenir l'effet qu'ils en attendent en employant le **Thapsia** de la maison ANCELIN.

TOILE VÉSICANTE ANCELIN

action prompte et certaine, sans action consécutive sur la vessie.



SPARADRAP, formule des hôpitaux de Paris.

DESNOIX et Ce,

22, rue du Temple, 22. à Paris.

EXPOSITION DE 1867.

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Fehling (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

Dragées de lactate de fer de Gélis et CONTÉ,

approuvées par l'Académie impériale de médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Huile de foie de Squale, naturelle

ou iodo-ferrée, du docteur Delattre.

La seule approuvée par l'Académie de médecine de Paris, et qui a obtenu à l'Exposition universelle, cl. 44, l'unique récompense accordée aux huiles de foie de poisson. Cette distinction en faveur du docteur Delattre est d'autant mieux méritée que ses huiles sont préférées, par tous les malades et les enfants, à l'huile de foie de morue, à cause de leur saveur douce et fraîche. — Usine à Dieppe. Dépôt chez Naudinat, rue de Jouy, 7, à Paris, et dans les principales pharmacies.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de Henri Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop Henri Mure contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. Henri Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, *rue Sainte-Croix de la Bretonnerie,* 54, *Paris.*

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel-Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation *mixte* maternelle ; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire

MALTINE GERBAY

Dosée physiologiquement d'après la méthode du Docteur Coutaret.

Avec la MALTINE, on opère la *digestion artificielle* de toutes les substances féculentes.

Les médecins de France et de l'étranger, qui, depuis trois années, l'ordonnent habituellement, ont reconnu que la MALTINE est le

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE DES DYSPEPSIES AMYLACÉES

On en obtient les plus heureux résultats dans les cas de DYSPEPSIE SALIVAIRE OU AMYLACÉE, GASTRITE, GASTRALGIE, AIGREURS, EAUX CLAIRES, VOMISSEMENTS, POINTS, CONSTIPATION *et tous autres accidents qui proviennent pendant la première ou la seconde digestion.*

La MALTINE GERBAIS est beaucoup plus active et bien plus économique que toute

BIÈRE DE MALT

Se méfier des contrefaçons.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vente en gros, pharm. Gerbay, à Roanne (Loire).

N° 48. — JEUDI 25 AVRIL 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 25 AVRIL 1872. — N° 48.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé [illegible] mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'ab[illegible]ent part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

[illegible] **[illegible]DICAL.** — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la [illegible] .us de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travau[illegible] insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'[illegible]ent des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES CLINIQUES. Observation sur les kystes hydatiques du foie, traités par la méthode des caustiques, des larges ouvertures et des injections astringentes et alcooliques (M. Richet). — Contribution à la question de l'infection purulente (M. Surmay). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance d'hier a été occupée par la lecture d'une note de M. Verneuil sur la trachéotomie pratiquée avec le galvano-cautère. On sait toutes les difficultés et les dangers que présente la trachéotomie chez l'adulte. M. Verneuil ayant eu à pratiquer cette opération sur un adulte et dans des conditions qui devaient particulièrement lui faire redouter les conséquences d'une hémorrhagie, a eu recours à la galvano-caustique. Le résultat a été satisfaisant. L'opération n'a pas duré plus de cinq minutes; elle a été facile, dépourvue de tout incident et l'opéré a perdu à peine quelques gouttes de sang.

Nous avons été témoin plusieurs fois d'opérations importantes faites à l'aide des procédés de la galvano-caustique, et nous avons pu apprécier les avantages qu'offre l'emploi de cette méthode dans toutes les circonstances où il importe surtout de se prémunir contre l'écoulement du sang. Nous n'avions été frappé, en fait d'inconvénients, que de l'embarras, de la gêne des appareils peu portatifs, quelquefois difficiles à mettre en œuvre, et en somme peu usuels dans la pratique particulière. Mais, grâce aux perfectionnements qui y ont été récemment apportés, ces nconvénients étant déjà très-atténués, les avantages considérables à divers points de vue de toute opération non sanglante finiront, sans aucun doute, par prévaloir sur l'habitude et sur l'espèce de séduction que semble exercer encore sur quelques chirurgiens ce que l'on est convenu d'appeler l'élégance opératoire. Nous ne croyons pas que la galvano-caustique ait été appliquée encore jusqu'ici à la trachéotomie. L'essai heureux qu'en vient de faire M. Verneuil est de nature à encourager les chirurgiens à s'engager de plus en plus dans cette voie.

Après cette communication et la petite discussion qui l'a suivie, l'ordre du jour ayant été pris au dépourvu, la séance a été levée avant l'heure. Mais nous croyons pouvoir annoncer le retour d'une activité nouvelle dans les travaux de l'Académie, où deux grands sujets de discussion vont être incessamment portés : la thoracentèse et le choléra.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES CLINIQUES. — M. RICHET.

Observation sur les kystes hydatiques du foie, traités par la méthode des caustiques, des larges ouvertures et des injections astringentes et alcooliques (1),

(Recueillie par MM. E. LADMIRAL et V. KOMOROWSKI, élèves du service.)

Il faut maintenant que je revienne et que j'insiste sur quelques points de l'observation qui offrent un certain intérêt. Le premier a rapport à l'étiologie.

On sait, ou plutôt on suppose, car la démonstration directe est encore à donner relativement à l'origine de ces affections, qu'elles sont produites par l'absorption des œufs de tænia ; de plus, on a de fortes raisons de présumer que les échinocoques sont au tænia echinococcus ce que le cysticercus cellulosa est au tænia solium.

MM. les professeurs Baillon et Ch. Robin ont fait à ce sujet des recherches qui ne laissent guère de doute. Ils ont fait remarquer que les Irlandais, qui couchent constamment avec leurs chiens, sont très-souvent atteints de kystes hydatiques ; or ces animaux sont presque tous atteints du tænia echinococcus, dont les œufs se retrouvent sur les grands poils qui avoisinent l'anus ; ces œufs sont ensuite tout naturellement semés dans le lit et dans le vêtement, d'où ils peuvent facilement passer dans les voies digestives. Pour mon compte, je puis citer le cas assez concluant d'un marchand de la Halle qui faisait coucher son chien sur son lit, et qui fut plus tard atteint d'un kyste hydatique du foie. Ce kyste, que j'ai traité par la méthode employée chez la jeune fille qui fait l'objet de cette leçon, est aujourd'hui complétement guéri. Il fut constaté que son chien était atteint du tænia.

On a encore donné une autre explication de l'absorption possible des œufs de tænia. On a dit que ces œufs existaient dans le fumier et que si ce dernier était employé dans la culture des jardins, rien n'empêchait qu'ils ne s'attachassent aux plantes, telles que les salades, radis et autres légumes qu'on mange crus, et qu'ils ne se trouvassent ainsi naturellement introduits dans l'économie ; tout cela est sinon complétement démontré, du moins très-plausible. Toutefois, nous devons déclarer que l'histoire de notre malade ne contribuera pas à éclaircir ce point douteux de la science ; car, malgré les recherches auxquelles nous nous sommes livré, il nous a été impossible de trouver rien de sem-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

blable. Elle soutient même n'avoir jamais eu de chien chez elle. Voilà pour l'étiologie.

Un autre point important à noter est relatif aux *vomissements incessants* dont était atteinte notre malade. Ces vomissements ont existé dès le début, et ils se sont caractérisés d'autant plus que la maladie s'est développée davantage.

Chez un malade que j'ai traité à l'hôpital de la Pitié, en 1866, et qui fut guéri d'un énorme kyste hydatique du foie par deux injections iodées faites à trois semaines d'intervalle, les vomissements avaient été également le symptôme primitif et persistant, à ce point qu'au début, un des médecins de cet hôpital l'avait considéré comme atteint d'un cancer du pylore ; c'est qu'en effet la compression exercée par le kyste sur l'orifice pylorique de l'estomac empêchait les aliments de passer librement de ce viscère dans le duodénum ; de telle sorte que l'estomac s'était d'abord considérablement distendu, puis des vomissements opiniâtres étaient survenus. C'est aussi ce que nous avons observé chez notre jeune fille, et, comme chez le malade de la Pitié, l'opération, en supprimant la compression, a fait cesser tous les phénomènes de vomissement.

Un autre symptôme résultant aussi de la compression exercée par le kyste sur les parties environnantes, c'est *la toux*. Chez cette jeune fille, le kyste, qui s'était développé vers le diaphragme, avait refoulé la base des poumons, ce qui occasionnait non-seulement de la toux, mais encore une oppression très-notable. On a pu voir l'année dernière, dans le service, une jeune fille également atteinte d'un kyste hydatique du foie, et qui offrait tous les phénomènes de compression du poumon, de toux persistante et d'étouffement. Brusquement, dans la nuit, elle fut prise de tels phénomènes de suffocation que, lorsque l'interne de garde, M. Bourdon, appelé en toute hâte, arriva près d'elle, il la trouva presque complétement asphyxiée. Voici ce qui s'était passé. Le kyste, ainsi que cela fut reconnu à l'autopsie, avait perforé le diaphragme, s'était ouvert dans la plèvre, et de là, après avoir pénétré dans les bronches, le liquide et les poches hydatiques s'étaient écoulés par la trachée. Cette malheureuse jeune fille, quelques jours avant, avait repoussé toute opération.

Chez notre malade actuelle, il est bon de noter que, depuis le traitement des deux kystes, les phénomènes d'oppression et de toux ont complétement cessé.

Voici encore un phénomène important sur lequel je veux appeler votre attention : c'est l'influence si manifeste de la *rétention du pus* et de sa fétidité sur les symptômes généraux. Chaque fois que le pus ne pouvait librement sortir, ou bien qu'il acquérait des qualités fétides, nous voyions survenir l'accélération du pouls, la perte de l'appétit, de petits frissons irréguliers, de la diarrhée, en même temps que les pommettes se coloraient et que la soif devenait plus vive. Tous ces phénomènes, dits de la fièvre hectique, disparaissaient lorsque, soit que par des injections détersives on enlevât la fétidité du pus, soit que par une canule plus large on donnât une issue plus facile et continue au liquide.

Relativement au traitement, on a dit, et plusieurs faits le prouvent jusqu'à l'évidence, que les ponctions capillaires pratiquées dans les kystes du foie pouvaient en amener la guérison complète. J'ai moi-même présenté à la Société de chirurgie une observation d'un de mes anciens internes, le docteur Heurtaux, aujourd'hui chirurgien de l'hôpital de Nantes, qui avait heureusement guéri de cette façon, par une seule ponction, un vaste kyste hydatique ; et tout récemment, dans la *Gazette des hôpitaux* (12 février 1872), vous trouverez un fait de M. Bouchut qui montre également qu'une seule ponction peut amener une guérison définitive. Ici, dans notre cas, trois ponctions, faites à des intervalles très-éloignés, restèrent sans résultat ; c'est qu'en effet nous savons tous que les ponctions capillaires avortent et que même les injections iodées échouent ; néanmoins, il suffit de quelques cas bien avérés de guérison par une simple ponction capillaire pour qu'on doive essayer ce mode de traitement, qui n'est cependant pas sans danger. Vous pouvez voir effectivement que, dans le cas de M. Bouchut, il survint d'abord, du côté du péritoine, des accidents très-alarmants, mais que surtout une pleurésie purulente faillit emporter la petite malade.

En résumé, voici le traitement auquel, après une expérience déjà longue et de profondes réflexions, je me suis arrêté :

1° Je pratique une ponction capillaire dans un but explorateur. Le liquide retiré est examiné par les procédés chimiques et par le microscope pour assurer le diagnostic ; mais, en même temps, je compte, jusqu'à un certain point, sur la possibilité d'une guérison, comme dans les quelques cas si heureux analogues à celui déjà cité de M. Heurtaux ;

2° Une fois le diagnostic parfaitement constaté, je procède à l'application des caustiques, et c'est à la pâte de Vienne que j'ai recours pour ouvrir la voie au caustique plus puissant, à celui que j'appelle volontiers le *roi des caustiques*, c'est-à-dire au chlorure de zinc. Je détruis ainsi, couche par couche, les parois abdominales jusqu'au péritoine ; arrivé là, je ponctionne avec un petit trocart pour m'assurer de l'épaisseur des parties à traverser et de la solidité des adhérences. Ces deux points éclaircis, j'enfonce un trocart de la grosseur du pouce au centre même de l'eschare, et je laisse la canule à demeure jusqu'au lendemain, en ne vidant le kyste qu'à moitié tout au plus. Ce n'est que le lendemain, et même le surlendemain, que je substitue à la canule métallique une canule souple, en gomme vernie, du même calibre ; de cette façon, on évite sûrement l'infiltration des liquides du kyste à travers les adhérences encore molles qui unissent le kyste à la paroi abdominale ; dans les jours qui suivent, pour peu que l'ouverture me paraisse ne pas être suffisante pour laisser échapper facilement les grosses poches, j'élargis l'ouverture avec un cône d'éponge préparée, qui ouvre la voie à une canule plus grosse encore, canule dite *rectale* (parce qu'on s'en sert pour dilater les rétrécissements du rectum).

N'oublions pas de mentionner les injections avec les substances astringentes, telles que l'eau de noyer ou la solution de tannin mélangée à un tiers ou un quart d'alcool, dans le but de désinfecter les liquides de la poche et de déterger ses parois. Je crois prudent de ne diminuer qu'avec beaucoup de lenteur le calibre des canules, et je ne les supprime définitivement qu'après m'être assuré que les parois du kyste se sont sensiblement modifiées et déjà notablement rapprochées.

CONTRIBUTION
A LA
QUESTION DE L'INFECTION PURULENTE (1)

Par le docteur SURMAY, médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham.

OBS. I. — F..., soldat au 21e de ligne, âgé de 22 ans, entré à l'hôpital de Ham le 13 avril 1866, est arrivé il y a trois jours d'Arras, après avoir parcouru trois étapes par une température chaude et orageuse. Il était très-fatigué et est tombé malade le lendemain.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 avril 1872.

Il se plaint de céphalalgie, d'inappétence, de frissons avec tremblement, se renouvelant plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

Le faciès est abattu comme dans la fièvre typhoïde, la peau est chaude, le pouls à 100, presque imperceptible aux deux radiales, les battements du cœur purs, mais paraissant éloignés; pas de matité précordiale. Respiration normale partout, mais fréquente; pas de point de côté, pas de toux. Langue blanche et molle, quelques envies de vomir; pas de douleurs abdominales, pas de saignement de nez. Prescription : ipéca, 3 grammes; limonade, bouillons.

14 avril. — Hier, les frissons sont venus, comme les jours précédents, vers 11 heures du matin, 3 heures de l'après-midi, 11 heures du soir et ce matin à 3 heures; ils ont été suivis de sueurs. A 9 heures du matin, l'état du malade est le même que la veille. Prescription : sulfate de quinine, 1 gramme.

15 avril. — Les accès sont revenus comme de coutume. Le coude gauche est gonflé et douloureux. Le pouls est toujours très-faible aux radiales, si bien que je suis obligé d'ausculter le cœur ou de toucher les artères temporales; les bruits du cœur sont toujours lointains; cependant la région précordiale est très-sonore; il n'y a aucun signe d'épanchement dans le péricarde. La respiration est toujours fréquente, sans râle ni matité. L'apparence typhoïde persiste toujours. Il n'y a point d'ictère, mais le teint est jaunâtre comme chez les malades atteints d'une suppuration abondante et aiguë. Prescription : sulfate de quinine, 1 gr. 50 en 10 paquets, à prendre d'heure en heure.

16. Mêmes frissons et même état. Sulfate de quinine, *deux* grammes en dix paquets.

17. Même situation; gonflement douloureux de l'articulation du coude droit.

18. Aucune amélioration; la figure s'altère davantage; pas d'autres symptômes locaux que le gonflement du coude. Sulfate de quinine, *deux* grammes.

19. Ictère manifeste; la face se grippe, l'amaigrissement se prononce; le pouls est toujours le même, sans plus de fréquence. Sulfate de quinine *deux* grammes *cinquante*.

20. Même état et même prescription.

21. Il n'y a pas eu de frissons hier à onze heures du soir, ni le matin avant la visite. Pulsations 100. L'ictère est de plus en plus foncé et les traits de plus en plus altérés. Rougeur de la peau et tuméfaction des tissus qui enveloppent le coude gauche. En percutant la région du foie, je provoque une douleur vive au niveau de cet organe. Le malade me dit qu'il a tout le tronc endolori, comme courbaturé. Sulfate de quinine, *trois* grammes.

22. Après la visite d'hier, frissons violents à dix heures et demie du matin, puis à trois heures, à onze heures du soir. Ces accès ont été accompagnés de délire, de sueurs très-abondantes et de vomissements bilieux. Le délire a persisté; il y a 114 pulsations; la respiration est très-fréquente; râles sous-crépitants fins à la base de la poitrine du côté droit. L'amaigrissement est remarquable; l'ictère prend une teinte verdâtre. Sulfate de quinine, *trois* grammes.

23. Le délire a continué, mais avec plus de calme, et le malade répond assez bien aux questions. La respiration est d'une grande fréquence; pouls 144; urines et selles involontaires. Il est manifeste que la mort est prochaine; elle arrive, en effet, à deux heures après midi.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Du pus est répandu dans le tissu cellulaire sous-cutané, entre les muscles et entre les fibres des muscles qui entourent l'articulation du coude gauche; cette articulation elle-même est remplie de pus. Le coude droit n'en présente que dans la cavité articulaire. Toutes es autres jointures sont saines.

Le péritoine n'est pas altéré; la rate est molle et très-friable; les reins sont normaux.

L'intestin grêle ouvert dans toute sa longueur ne présente aucune lésion. Les plaques de Piyer offrent le piqueté grisâtre d'une barbe fraîchement rasée, sans épaississement.

Extérieurement, le foie a la couleur et le volume de l'état normal. Son tissu est sain; mais une incision profonde pratiquée sur le lobe droit ouvre, vers le centre, un abcès pouvant contenir une grosse noix, rempli de pus phlegmoneux pur et tapissé d'une membrane lisse. Il n'y en a pas d'autres dans le reste de cet organe. Accolée à cet abcès, se trouve une branche des veines sus-hépatique qui va s'ouvrir à un pouce ou deux de là dans la veine cave. Ce rameau, dans une longueur de 3 centimètres environ, est rempli de pus, et, dans la même étendue, la paroi interne des vaisseaux est tapissée d'une fausse membrane assez épaisse, jaune et comme infiltrée de pus. Je n'ai pu m'assurer si cette fausse membrane fermait complétement la cavité veineuse en suppuration; mais, en deçà comme au delà, le vaisseau ne contenait que du sang, qui ne présentait à l'œil aucune altération; il en était de même de la veine cave.

Les poumons sont le siége d'un certain degré de congestion, plus accusée à droite qu'à gauche et en bas qu'en haut. Dans la plèvre pulmonaire, des deux côtés on voit plusieurs collections purulentes disséminées variant du volume d'un pois à celui d'un haricot. On en trouve plusieurs autres dans le tissu pulmonaire lui-même.

Le péricarde est sain et ne renferme aucun liquide. Les quatre cavités du cœur sont occupées par des caillots volumineux jaunes, solides, qui se prolongent dans les gros vaisseaux. Peut-être expliquerait-on, en partie, la faiblesse singulière du pouls par la formation de ces caillots pendant la vie.

J'ouvre plusieurs veines, entre autres la fémorale, et j'y trouve des caillots fibrineux plus ou moins gros, se prolongeant plus ou moins dans la cavité du vaisseau, et une certaine quantité de sérosité; de telle sorte que le liquide sanguin se trouve séparé en deux parties, l'une solide et l'autre liquide, comme dans la palette après la saignée.

L'encéphale est sain.

En résumé, un jeune homme, à la suite d'une marche fatigante, est pris, entre autres sympômes, de frissons irréguliers qui vont en augmentant d'intensité jusqu'à la mort. Le cinquième jour paraît un gonflement du coude gauche; le septième, le coude droit devient également douloureux; le neuvième, apparition d'un ictère, qui s'accentue de plus en plus les jours suivants; le onzième, des signes de suppuration apparaissent dans les tissus qui enveloppent le coude gauche, la région hépatique est douloureuse; le douzième, il y a des vomissements et du délire; le treizième, la mort arrive. A l'autopsie, on trouve, d'une part, un abcès du foie et, dans son voisinage, une phlébite suppurée, enfin des abcès multiples comme dans l'infection purulente; d'autre part, dans le cœur et les vaisseaux, le sang séparé en caillots fibrineux et sérosité, comme dans l'état inflammatoire.

Le malade, plusieurs fois interrogé sur ce point, m'avait toujours affirmé qu'il n'avait reçu aucun coup ni aucune blessure.

Voilà bien, si je ne m'abuse, une infection purulente survenue spontanément, sans avoir été provoquée par un traumatisme quelconque. Ce cas me paraît comparable à celui des animaux surmenés qui succombent avec des suppurations disséminées.

Que, dans ce cas, la phlegmasie hépatique ait été la première lésion inflammatoire locale, ou qu'elle ait été précédée de quelque autre, cette première inflammation locale ne m'en paraît pas moins avoir été la première manifestation locale de l'action inflammatoire générale, dont je trouve la cause dans la grande fatigue supportée par le malade; et cette action inflammatoire générale a été la commune cause de toutes les suppurations qui se sont répandues dans l'organisme.

On ne contestera pas l'absence du traumatisme; M. le professeur Verneuil admet même qu'il n'est pas nécessaire à la production de l'infection purulente. On n'insistera même pas sur la possibilité de l'empoisonnement du sang par le pus au moyen de l'abcès intra-veineux, car on ne croit plus, comme autrefois, à l'extrême nocuité du mélange de ces deux liquides dans le courant circulatoire, nocuité qui, du reste, n'a jamais été prouvée. Mais on dira que le poison septique s'est formé dans l'un des foyers inflammatoires, qu'il a été absorbé, qu'il a ainsi imprégné l'organisme et qu'il en

est résulté la mort avec les symptômes et les lésions propres à l'infection purulente.

Cette explication est une hypothèse; l'explication par le simple état inflammatoire est aussi une hypothèse. La première est-elle plus simple, plus claire, et, si l'on peut dire, plus naturelle que l'autre?

Dans l'une comme dans l'autre, le phénomène initial et indispensable est l'inflammation; car le poison septique est un résultat de l'inflammation. Dans l'une comme dans l'autre, le phénomène ultime est la suppuration disséminée avec le sinistre cortége des symptômes de l'infection purulente. De plus, dans les deux cas, il faut faire intervenir des conditions particulières pour que l'inflammation, phénomène si commun, produise la suppuration généralisée, phénomène relativement si rare, soit directement, comme je le pense, soit par l'intermédiaire d'un poison spécifique comme le veulent les partisans de l'hypothèse que je combats. Il faut donc, selon cette dernière manière de voir, deux choses nouvelles pour amener l'infection purulente: d'abord, une modification spéciale de l'organisme, en vertu de laquelle l'inflammation donne naissance à un poison spécifique; puis une autre modification de l'organisme, par laquelle ce poison détermine et rend si grave la suppuration généralisée. Car je ne pense pas qu'on fasse consister la gravité extrême de l'infection purulente dans la formation embolique des suppurations multiples, qui, si elles étaient réellement emboliques, — ce qui est fort contestable, — ne seraient que des lésions locales dont les pareilles, bien plus étendues et occupant les mêmes organes, n'entraînent pas si rapidement et presque si fatalement la mort dans d'autres circonstances. Eh bien! ces modifications de l'organisme sont-elles autre chose que des états généraux de l'économie, vivants, aussi inconnus dans leur nature et dans leur genèse intimes que dans le simple état inflammatoire? Pourquoi donc, par des hypothèses toutes gratuites, multiplier les inconnues d'un problème?

Que si l'on objecte que la formation du poison septique est un phénomène étranger à l'organisme, c'est-à-dire une opération chimique élaborée dans les produits de la vie, mais que la vie a abandonné, je demanderai en quoi consiste cette opération chimique, quel est le corps auquel elle donne naissance, quelles sont les propriétés de ce corps, comment il pénètre dans l'économie vivante, à quel état on l'y retrouve et quels effets il y produit; et, si ces effets sont les phénomènes propres à l'infection purulente, il faudra encore démontrer que lui seul peut les déterminer et qu'ils n'existent jamais sans lui.

Invoquera-t-on la putridité et l'absorption de matières putrides? Mais que faut-il entendre par putridité? Ce n'est évidemment pas la forme putride. Qu'est-ce donc?

Personne ne met en doute la très-fâcheuse influence de l'atmosphère viciée par les agglomérations humaines et particulièrement par les grands rassemblements de malades; mais c'est être trop exclusif que d'y voir la seule cause de l'infection purulente. Je crains qu'on ne s'éloigne encore plus de la vérité en considérant cet état morbide comme une maladie spécifique d'origine miasmatique, comme l'est la fièvre paludéenne. Il est certain que l'infection purulente s'observe souvent dans des circonstances qui n'autorisent en aucune façon une telle supposition, et c'est le cas où se trouvait le malade qui est le sujet de cette discussion. Cet homme n'avait pas pris sa maladie à l'hôpital, qui d'ailleurs est sain et n'est jamais encombré; il l'y avait apportée, et il en avait été saisi dans une caserne spacieuse, qui ne renfermait et ne renferme habituellement qu'environ quatre-vingts hommes, distribués dans des chambres et des bâtiments séparés. D'ailleurs, M. A. Guérin n'admet l'absorption des miasmes du *typhus chirurgical* que par les plaies, et ici il n'y en avait pas. Enfin il faudrait encore fournir la preuve de l'existence de ces miasmes spécifiques. Cette preuve se trouve-t-elle dans l'efficacité du pansement par l'ouate, que M. Guérin applique avec un réel bonheur depuis quelque temps? Je regrette d'être encore sur ce point en désaccord avec un maître que j'aime autant que je l'estime; mais, tout en admettant entièrement l'excellence de ce mode de pansement, je ne puis accepter l'explication qu'en donne son auteur. Je ne puis y voir qu'une nouvelle et peut-être meilleure application du principe des pansements rares et de l'occlusion. Supposons, en effet, que l'ouate qui recouvre et enveloppe les plaies, agissant comme celle qui remplit les appareils de M. Pasteur, arrête au passage les germes et les poussières que tient en suspension l'air qui la traverse. Elle emmagasine ces germes et ces poussières, elle sera comme un réservoir avec lequel seront en contact intime et constant les humeurs sécrétées par la plaie et où ces humeurs puiseront sans cesse les éléments qui doivent les corrompre. Peu importe que l'air se dépouille de ces germes avant d'arriver sur la plaie, si les humeurs de cette plaie sont envahies par eux, s'ils peuvent s'y multiplier et, de proche en proche, pénétrer dans l'organisme. Le bon effet de l'appareil ouaté, où M. Guérin voit la preuve de l'existence des germes morbides qu'il arrête, prouverait donc, au contraire, que ces germes n'existent pas ou que, du moins, ils n'ont pas les propriétés spécifiques qu'il leur prête.

L'intervention hypothétique d'un poison spécifique comme celle de la putridité ou de miasmes spécifiques, ne fait donc ici que doubler et reculer le problème, et elle en complique la solution au lieu de la simplifier. Jusqu'à ce que l'existence de ces poisons spécifiques soit incontestablement démontrée, il sera plus sage de la rejeter que de l'admettre, et l'on pourra, sans légèreté d'esprit, considérer les suppurations multiples de l'infection purulente comme étant, sous l'influence d'agents divers et jusqu'ici incomplétement déterminés, la conséquence de l'état inflammatoire général.

Quand on pense aux phénomènes généraux que suscite la plus simple suppuration aiguë, quand on se représente les symptômes si alarmants qui accompagnent une suppuration aiguë, rapide et abondante, un phlegmon diffus, par exemple, on doit voir qu'il s'agit là d'un effort qui coûte beaucoup à l'organisme, et l'on ne doit pas s'étonner du caractère pernicieux qu'il revêt dans les cas où il est assez intense pour produire presque simultanément des abcès de formation rapide dans toutes les parties du corps.

Mais voici une deuxième observation qui me paraît corroborer les réflexions que m'a suggérées la précédente.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1872. — Présidence de M. WURTZ.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Nivet (de Clermont) sur une épidémie de suette miliaire qui a régné en 1871 dans la commune de Chauriat ;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Ardennes (Commission des épidémies);

3° Un rapport soumis à la Société humanitaire et scientifique du sud-ouest de la France, concernant un instrument dit pneumoscope ou mannequin d'auscultation, proposé par le docteur Collongues pour l'instruction des élèves en médecine.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Léon Le Fort et renfermant une note sur la théorie et la thérapeutique de la maladie appelée glaucome aigu par les ophthalmologistes. (Accepté.)

2° Une lettre de remercîments de M. le docteur Chatelain (de Lunéville), lauréat de l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente : 1° Le compte rendu général des travaux de

l'Académie royale de médecine, fait à l'occasion du 25e anniversaire de sa fondation, par M. le docteur Crocq;

2° Le compte rendu des travaux relatifs aux sciences anatomiques et physiologiques, à la physique et à la chimie médicales pendant la période 1841-1866, par le même;

3° Un ouvrage de M. le docteur William Mac-Cormac, intitulé : *Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance, relation médico-chirurgicale des faits observés et des opérations pratiquées à l'ambulance anglo-américaine*, et traduit de l'anglais par M. le docteur G. Morache.

M. CHAUFFARD présente, 1° un ouvrage intitulé : *Institutions de pathologie générale humaine basée sur la physiologie et sur la clinique*, par M. Giovanni Giudice (de Turin);

2° Une brochure intitulée : *La Nouvelle boîte de Pandore*, par M. le docteur Yvaren.

LECTURES

M. VERNEUIL donne lecture d'un mémoire intitulé : *De la trachéotomie pratiquée avec le galvano cautère.*

Si, dit M. Verneuil, la trachéotomie est parfois d'une extrême simplicité, si avec un peu d'habitude on peut l'achever en quelques minutes, presque sans aide et avec les seuls instruments usuels de la trousse, dans d'autres circonstances les choses sont loin d'être aussi simples, et on voit surgir des difficultés assez grandes pour rendre l'opération laborieuse et des accidents tels que le patient meurt séance tenante entre les mains du chirurgien. La trachéotomie pratiquée chez l'adulte est particulièrement féconde en obstacles et en incidents. Si les dimensions du tube aérien facilitent sa recherche, son ouverture et l'introduction de la canule dans la trachée, en revanche les temps préliminaires de l'opération sont souvent très-pénibles. L'épaisseur des parties molles, la brièveté du cou, la présence du corps thyroïde, le volume notable des vaisseaux et leur turgescence rendent la dissection très-malaisée et provoquent presque inévitablement une perte de sang souvent très-considérable.

Ayant été mis en demeure de pratiquer récemment cette opération dans un de ces cas difficiles, pour un rétrécissement du larynx, sur un sujet profondément affaibli et chez lequel il avait par conséquent à redouter les conséquences d'une hémorrhagie, M. Verneuil eut recours à l'usage du galvano-cautère. S'étant procuré une pile de Grenet perfectionnée et rendue portative, il procéda à l'opération de la manière suivante :

Ayant reconnu la saillie du cartilage thyroïde, il visa attentivement la ligne médiane et porta la pointe du couteau galvanique, chauffé au rouge sombre, au niveau présumé de l'anneau cricoïdien. L'instrument, modérément appuyé et lentement conduit, pénétra facilement dans la peau. L'opérateur le fit doucement descendre et pratiqua de la sorte la section complète du tégument dans l'étendue de 3 centimètres environ. Les bords de cette incision s'écartèrent d'eux-mêmes. Le couteau, réchauffé, fut reporté dans l'angle supérieur de la plaie; on l'y laissa quelques secondes, jusqu'à la rencontre d'une résistance; puis, comme précédemment, il fut descendu peu à peu, sans pénétrer profondément ni atteindre l'angle inférieur. On avait divisé l'aponévrose et séparé les muscles thyro-hyoïdiens. M. Verneuil reporta alors, une troisième fois, le cautère dans la même direction et avec la même lenteur. En arrivant en bas, il vit sourdre de la plaie quelques gouttes de sang calciné. Il laissa le couteau quelques secondes en place et appuya successivement ses faces latérales sur les deux lèvres de l'incision, vers l'angle inférieur, là où cette incision n'avait pas moins de 2 centimètres de profondeur. Il fit appliquer soigneusement, par ses aides, les crochets latéraux, et s'arrêta un instant pour explorer la plaie. Il reconnut le cartilage cricoïde et les anneaux supérieurs de la trachée qui étaient à nu. Toutes les parties molles étaient divisées.

Rien n'eût été plus facile, à ce moment, que de plonger un bistouri dans la trachée et de l'ouvrir; mais M. Verneuil crut pouvoir se servir encore du couteau galvanique.

Après avoir débridé, dans l'étendue de 5 à 6 millimètres, l'angle supérieur sous lequel se cachait le cartilage cricoïde dans ses mouvements d'ascension, choisissant le moment où le larynx était abaissé, il appliqua la pointe du couteau sur l'espace qui sépare le cartilage cricoïde du premier anneau trachéal. Lorsqu'il sentit la résistance vaincue, il reporta l'instrument plus bas et perfora de même la seconde membrane interannulaire, puis divisa le deuxième anneau cartilagineux. L'ouverture de la trachée donna lieu au bruit caractéristique de l'entrée et de la sortie de l'air, mais ne provoqua ni toux, ni écoulement de sang.

Quittant désormais le couteau galvanique, il introduisit dans l'incision trachéale la pince dilatatrice, et, trouvant l'orifice trop étroit, il divisa avec le bistouri boutonné le premier anneau de la trachée, réunissant ainsi les deux ponctions faites avec le fil de platine. La canule fut placée sans difficulté. Il survint alors deux ou trois mouvements de toux qui expulsèrent quatre ou cinq gouttelettes de sang. En même temps, de la partie inférieure de l'incision s'échappèrent deux petits filets de sang. A cela se borna toute l'hémorrhagie. La quantité de sang perdu ne dépasse pas en tout 40 ou 50 gouttes.

L'opération avait duré un peu moins de cinq minutes. Jamais, dit M. Verneuil, il ne m'avait été donné de voir une trachéotomie plus simple, plus dépourvue d'incident quelconque.

M. Verneuil, allant au-devant des objections qu'on pourrait faire à cette manière d'agir, affirme que le maniement du couteau galvanique est facile, qu'en une seule leçon on peut apprendre à manier l'appareil. Si réellement, dit-il en terminant, comme j'en ai la conviction, le nouveau procédé rend la trachéotomie de l'adulte plus praticable, moins effrayante et plus bénigne, on hésitera moins à y recourir et on n'attendra pas à la dernière extrémité.

M. COLIN fait remarquer que, en chirurgie vétérinaire, il y a, pour la trachéotomie, des procédés plus simples que ceux qui paraissent être employés pour l'homme. M. Reynal, par exemple, se contente de faire une simple ponction avec le bistouri porté transversalement entre deux anneaux de la trachée, après quoi il introduit une canule aplatie. Par ce procédé, on perd très-peu de sang.

M. VERNEUIL fait observer que la trachée du cheval n'est pas constitutée comme celle de l'homme, et que la trachéotomie chez l'adulte, loin d'être une opération simple, est au contraire, à ses yeux, l'une des plus grosses opérations de la chirurgie. Elle est bien souvent accompagnée d'hémorrhagies fort graves, et si M. Colin avait assisté à quelques-unes de ces opérations où le chirurgien, les aides et tous les assistants sont littéralement inondés de sang, il n'accepterait pas avec autant d'indifférence un procédé au moyen duquel on ne perd que 40 gouttes de sang.

M. COLIN demande pourquoi, au lieu d'ouvrir la trachée dans le sens longitudinal et de sectionner ainsi quelques anastomoses des divisions des carotides, on ne l'ouvre pas, comme cela se pratique pour le cheval, dans le sens transversal, ce qui, au point de vue de l'hémorrhagie, doit avoir des avantages incontestables.

M. VERNEUIL répond qu'il n'y a pas à pratiquer chez l'homme l'ouverture dans le sens transversal, entre deux anneaux, parce qu'il n'y aurait jamais assez d'espace pour passer une canule.

M. BOULEY pense qu'il y aurait de grands avantages à ce que la médecine humaine et la médecine vétérinaire fussent plus intimement liées, pour le plus grand bien de ces deux sciences.

Pour ce qui concerne la trachéotomie, M. Bouley pense, comme M. Verneuil, que les procédés employés en chirurgie vétérinaire ne sont pas applicables à la chirurgie humaine, à cause de la différence de volume de la trachée du cheval et de celle de l'homme. On ne pourrait, en effet, chez celui-ci, employer sans danger les procédés de ponction et de transpercement journellement employés pour les chevaux.

M. CHASSAIGNAC dit que la plus grande préoccupation des chirurgiens qui pratiquent la trachéotomie est l'hémorrhagie; ils doivent chercher à l'éviter par tous les moyens possibles. Dans ce but, M. Chassaignac a recours à l'écrasement linéaire; il pince de haut

en bas les téguments du cou, puis introduit une aiguille courbe munie d'une chaîne d'écraseur, divise ainsi les téguments jusqu'à la trachée, puis sectionne un ou deux anneaux de celle-ci, soit avec le bistouri, soit avec l'écraseur.

Quant au galvano-cautère, il présente, aux yeux de M. Chassaignac, de sérieux dangers tels, par exemple, que celui de couper comme un rasoir quand il est trop chauffé. Il rappelle, à cette occasion, les expériences qu'il a vu faire à Middeldorpff, et qui consistaient à couper des membres chez des lapins au moyen du galvano-cautère. Dans une première opération, le couteau ayant été trop chauffé, les gros vaisseaux furent sectionnés, et il y eut une hémorrhagie abondante. Une seconde expérience parut réussir beaucoup mieux, mais, en voulant ramasser la partie du membre qui était tombée à terre, on s'aperçut qu'elle était entièrement chaude, d'où M. Chassaignac conclut qu'il doit en être de même pour la partie qui reste après l'individu, ce qui peut occasionner de sérieux inconvénients. Donc, tout en reconnaissant les bons résultats obtenus quand cet appareil est entre les mains d'un aussi habile chirurgien que M. Verneuil, M. Chassaignac pense que le galvano-cautère présente encore de trop grands inconvénients pour être introduit définitivement dans la pratique chirurgicale, du moins pour ce qui concerne la trachéotomie.

M. VERNEUIL fait remarquer à M. Chassaignac que le procédé qu'il propose est un procédé compliqué et qui, de plus, nécessite un instrument spécial, l'écraseur. Le galvano-cautère est, contrairement à ce que pense M. Chassaignac, on ne peut plus aisé à manier. En outre, le couteau galvanique ne rayonne pas, et la preuve c'est que M. Verneuil tient toujours son doigt à quelques millimètres au devant de l'instrument; à ce point de vue, il ne présente aucun inconvénient, à condition toutefois qu'on ne le chauffe pas au rouge blanc.

M. JULES GUÉRIN fait observer que, dans la trachéotomie, la première indication à remplir est d'écarter toute hémorrhagie. Or l'hémorrhagie peut se produire dans les parties cutanées. Il y a trente ans déjà que M. Guérin a proposé un procédé qui consiste à tendre la peau et à la sectionner de façon à ce qu'il y ait défaut de parallélisme, et après avoir ainsi coupé la peau, agit sur la trachée par les moyens ordinaires.

La séance est levée à 4 heures et demie.

CORRESPONDANCE

LES INTERNES EN PHARMACIE

Paris, le 22 avril 1872.

Monsieur le rédacteur,

Interne en pharmacie, j'ai été blessé par certaines allégations contenues dans votre compte rendu de la séance de la Société médicale des hôpitaux du 9 février 1872 (1). J'ose espérer, monsieur, que vous voudrez bien accueillir dans vos colonnes la rectification suivante.

Je négligerai à dessein des accusations sans fondement, me contentant de faire remarquer en passant qu'on nous reproche « des erreurs dans *l'administration* des médicaments. » Emporté par son zèle, M. Paul a oublié que ce soin ne nous incombe pas; mais j'arrive à un point plus grave. On nous accuse de *gaspiller* les médicaments qui nous sont confiés. Qu'il me soit permis de demander à ce médecin comment il en a pu juger. Nos chefs seuls surveillent notre comptabilité, et s'ils ont jamais eu à se plaindre de quelque irrégularité, je doute fort qu'ils aient pris M. Paul pour confident.

On lit plus loin que la rétribution accordée par l'Assistance publique est le seul mobile qui nous appelle dans les hôpitaux. Je vous avoue, monsieur le rédacteur, que si je n'avais eu en perspective que les 33 francs 33 centimes que nous alloue, chaque mois, l'Administration, je ne tomberais pas actuellement sous les coups de M. le rapporteur.

Passant rapidement sur certains points du rapport qu'il ne m'appartient pas de réfuter, je proteste seulement contre « le manque absolu d'égards » qu'on prête *charitablement* à nos chefs vis-à-vis de nous. Il me suffira de dire que les pharmaciens des hôpitaux ne se contentent pas d'être des savants, mais qu'ils sont encore des hommes distingués, considérant leurs internes comme des collaborateurs, souvent même comme des amis.

Je me hâte d'arriver aux opinions professées par M. Lorain. Il n'a pas craint d'assumer sur lui les assertions les plus odieuses. En dépit de ses consciencieuses recherches, M. Lorain, paraît-il, « avoue ne pas comprendre l'interne en pharmacie. » Qu'il me permette de le tirer d'embarras. Il est très-logique, alors que de jour en jour l'étude de la thérapeutique est de plus en plus délaissée, il est logique, dis-je, de ne pas comprendre qu'on ait besoin d'un interne pour exécuter des prescriptions qu'on est littéralement incapable de formuler. Plus loin, M. Lorain procède par des insinuations qui sentent leur Basile d'une lieue, proposant de confier le service « A UN SUBALTERNE HONORABLE, RAISONNABLE ET RESPONSABLE. » M. Lorain nous refuse-t-il l'honorabilité? Qu'il prouve alors la véracité de ses assertions, s'il ne veut passer pour un calomniateur vulgaire! Doué, sans doute, d'une imagination vive, M. Lorain invente l'interne de dix-huit ans. Un homme en d'aussi bons termes avec le règlement devrait-il ignorer que la première condition qu'on nous impose pour être admis au concours est d'avoir au moins vingt ans?

Quant à la responsabilité de l'interne en pharmacie, elle est énorme et pèse lourdement sur nous.

Pourquoi ne prend-il pas des verges? On ne saurait avouer son impuissance avec une naïveté plus comique!

Cependant, je plains sincèrement M. Laillier, et je regrette profondément, pour le bien de l'humanité en général et pour sa gloire en particulier, que « l'état de choses actuel » l'ait empêché de se livrer à des recherches thérapeutiques sérieuses. Je ne doute pas un seul instant qu'une connaissance approfondie de la chimie et de la matière médicale n'eût placé cet éminent médecin à la tête de nos thérapeutistes, s'il ne se fût trouvé des internes en pharmacie.

Plus heureux que ceux de mes collègues auxquels fait allusion M. Laillier, je suis dans un service où m'attiraient à la fois et la science du maître et le noble caractère de l'homme. Je fais tout mon possible pour ne pas être un obstacle à ses savants travaux et pour lui inspirer de l'estime et de la confiance.

Faites votre enquête, messieurs, nous l'attendons de pied ferme. Nous nous réservons toutefois d'examiner avec plus de détails, quand le moment sera venu, la situation qui nous est faite et les services que nous rendons. Mais n'oubliez pas que vos conclusions auront toujours pour nous un vice originel, parce que, héritiers de vieilles rancunes, vous avez constamment refusé d'admettre dans vos conseils nos chefs, nos défenseurs naturels.

Nous acceptons le rappel au règlement, et nous verrons bien par qui il est éludé.

Recevez, je vous prie, monsieur le rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération.

V. GALIPPE,

Interne en pharmacie (hôpital Necker).

(1) Numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 18 avril 1872.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum d'histoire naturelle. — M. Brongniart, professeur de botanique au Muséum d'histoire naturelle, est autorisé à se faire suppléer, pour tout ou partie de son cours, pendant la présente année scolaire, par M. Arthur Gris, aide-naturaliste attaché à la chaire de botanique.

— *École de médecine de Toulouse.* — M. Basset (Jules), docteur en médecine, est nommé professeur d'hygiène à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, en remplacement de M. Ressayre, décédé.

— *Lycée d'Amiens.* — M. le docteur Lenoël est nommé médecin adjoint du lycée d'Amiens, en remplacement de M. Herbet, appelé à d'autres fonctions.

— *Lycée de Nice.* — M. le docteur Corporandy est nommé médecin adjoint du lycée de Nice, en remplacement de M. le docteur Barelli, appelé à d'autres fonctions.

— On demande à acheter une clientèle à Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire. 13

N° 49. — SAMEDI 27 AVRIL 1872. 45e ANNÉE, SAMEDI 27 AVRIL 1872. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Parallèle entre les méthodes opératoires sanglantes et les méthodes non sanglantes (écrasement linéaire et galvanocaustie). Cysticerque ladrique inter oculaire. — Contribution à la question de l'infection purulente (M. Surmay). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Parallèle entre les méthodes opératoires sanglantes et les méthodes non sanglantes (écrasement linéaire et galvanocaustie).

Il se fait depuis un certain nombre d'années, en médecine et en chirurgie, une double réaction, dont il est intéressant de suivre les progrès et dont il pourrait être utile même, peut-être, à un certain moment, de réprimer l'ardeur ou de prévenir les excès : — réaction contre la saignée et les émissions sanguines en médecine, contre le bistouri et les opérations sanglantes en chirurgie. Nous avions fait le projet aujourd'hui d'entretenir nos lecteurs des motifs de l'abandon à peu près général de la saignée dans la pneumonie, question qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, a fait le sujet de l'une des dernières leçons cliniques de M. le professeur Sée à la Charité. Nous en avons été détourné par la communication que M. Verneuil a faite dans la dernière séance de l'Académie de médecine sur la trachéotomie par la méthode galvano-caustique, laquelle a appelé notre attention sur cet autre sujet de réaction, la tendance en chirurgie de la substitution des méthodes non sanglantes (cautérisation, ligature, écrasement, galvanocaustie et électrolyse) à l'emploi du couteau et du bistouri. Cette communication nous avait suggéré l'idée de faire, à l'aide des documents existants, épars çà et là dans les annales récentes de la science, un parallèle entre les résultats que donnent, pour les mêmes opérations, les méthodes sanglantes et les méthodes nouvelles destinées à prévenir l'effusion du sang. Mais nos recherches n'ont pas été longues, nous avons eu la bonne fortune de trouver ce parallèle tout fait dans l'un des premiers volumes que nous avons ouverts. En effet, dans le tome Ier du TRAITÉ DES TUMEURS de M. Broca, nos yeux sont tombés sur un chapitre intitulé : *Parallèle des méthodes employées pour la destruction ou l'extirpation des tumeurs* (chapitre XV). Et bien qu'il ne s'agisse dans ce chapitre que des tumeurs seulement, comme l'indiquent naturellement d'ailleurs son titre et le titre du livre lui-même, les considérations qu'il renferme sur les méthodes en question pouvant être parfaitement appliquées à l'ensemble presque entier des opérations, nous avons pensé être agréable à ceux de nos lecteurs qui n'auraient pas ce livre sous la main, en résumant ici ces considérations.

Le parallèle de M. Broca est fait au double point de vue de l'exécution et des résultats.

Sous le rapport de l'exécution, de la facilité et de la rapidité, en particulier, nul doute si le choix était toujours indifférent et si les conséquences devaient être toujours les mêmes, que la méthode dite sanglante dût conserver sa supériorité. Mais ce n'est pas là qu'est la question. C'est dans les résultats qu'il faut chercher les motifs du choix entre les deux grandes méthodes.

Comme résultats immédiats, la méthode sanglante aurait encore de certains avantages, dont quelques-uns très-grands même, tels que de se prêter seule à la réunion par première intention — ce que, par parenthèse, les chirurgiens ne recherchent pas assez souvent, à notre avis. Mais du moment où, soit faute de les avoir recherchés, soit par impossibilité réelle, on ne peut plus compter sur les bénéfices de la réunion immédiate, du moment où les opérés se trouvent exposés aux accidents de toute sorte qui suivent ou compliquent les plaies suppurantes : fièvre inflammatoire, phlegmon diffus, érysipèle, hémorrhagies consécutives, infection purulente, etc., les autres méthodes reprennent leurs avantages.

Reste à débattre entre elles le degré relatif de supériorité ou d'innocuité par rapport à tel ou tel accident. Notre intention n'étant, pour le moment, que de comparer la méthode de l'écrasement linéaire et celle de la galvanocaustie entre elles et avec la méthode du bistouri, nous laisserons de côté toutes considérations relatives aux autres méthodes ou procédés.

Quels sont les cas où le bistouri doit céder le pas à l'écrasement linéaire ou à la galvanocaustie? Telle est la seule partie du parallèle et de la discussion de M. Broca que nous tenons à lui emprunter pour l'instant.

Voici quelques-unes des propositions qui ressortent de ce parallèle.

M. Broca donne la préférence, dans presque tous les cas, à l'écrasement linéaire, et il le recommande spécialement pour les tumeurs de la langue, pour les tumeurs du col utérin, pour les corps fibreux pédiculés et pour les polypes de l'utérus. Les motifs de cette préférence sont fondés sur ce que la méthode de l'écrasement n'exige qu'un appareil beaucoup moins compliqué, et qu'elle lui paraît offrir plus de sécurité à l'endroit de l'hémorrhagie, soit primitive, soit consécutive.

La galvanocaustie est préférable, cependant, dans les cas où la situation du pédicule ne se prête pas aisément à l'application de

la chaîne, à cause de la profondeur et de l'étroitesse des voies qu'il faut parcourir. Un fil mince et flexible de platine peut entourer des tumeurs qu'une chaîne articulée n'atteindrait pas facilement. C'est à l'aide de l'anse galvanocaustique que Middeldorpf a pu détacher par les voies naturelles plusieurs polypes naso-pharyngiens, et qu'il a opéré avec succès un polype du larynx. C'est par le même moyen que M. Mandl a pu récemment couper et cautériser une tumeur volumineuse située au-dessous de la glotte.

Les polypes de l'extrémité supérieure de l'œsophage paraissent à M. Broca constituer une autre indication de la galvanocaustie ; et pour les polypes naso-pharyngiens, l'anse coupante est à ses yeux la meilleure des opérations non sanglantes.

Dans les faits qui précèdent, l'indication d'employer l'une des méthodes non sanglantes découle du siége particulier de la tumeur, du danger qu'il y aurait à l'attaquer avec l'instrument tranchant, à cause de l'hémorrhagie ou de la gravité des opérations préliminaires qu'il faudrait exécuter pour faire passage au bistouri et pour le manier avec sécurité. M. Broca, examinant dans un second groupe les tumeurs dont l'extirpation par les procédés sanglants, facile d'ailleurs, entraînerait après elle des chances d'infection purulente, telles, par exemple, que les hémorrhoïdes ou toutes autres tumeurs de ce genre renfermant un système veineux très-développé, met à leur égard les deux méthodes, écrasement linéaire et galvanocaustie, sur la même ligne, comme également efficaces et également inoffensives. Telles sont encore les tumeurs thyroïdiennes, que tous les chirurgiens avaient renoncé depuis longtemps à enlever avec l'instrument tranchant, et qui, dans les circonstances où l'indication d'opérer serait jugée impérieuse, ne pourraient l'être que par l'un de ces procédés.

Tels sont, d'après M. Broca, les cas où l'instrument tranchant peut ou doit être remplacé par l'écrasement linéaire ou par la galvanocaustie. Il est évident que ces cas sont moins nombreux que les autres, et que, jusqu'à présent, la méthode sanglante continue, particulièrement en ce qui concerne les tumeurs, à être la méthode générale, tandis que les autres sont encore des méthodes d'exception. Tel était du moins le jugement que portait M. Broca à l'époque où il a publié la première partie de son *Traité des tumeurs.* De nombreuses observations galvano-caustiques ont été faites depuis. En même temps que les expériences se sont multipliées, le champ des applications s'est élargi, les apppareils ont été simplifiés et perfectionnés. Il y a donc lieu d'examiner jusqu'à quel point les faits nouveaux qui se sont produits depuis lors sont de nature à confirmer ou à modifier ces conclusions. C'est ce que nous examinerons dans la prochaine Revue.

Cysticerque ladrique intra-oculaire.

Voici le fait de cysticerque ladrique intra-oculaire observé par M. Sichel, dont nous avons parlé dans notre dernière Revue (1).

Une femme de 38 ans fut prise, le 22 juillet, d'un malaise subit et général, avec sueurs froides et tremblement dans tous les membres. Le lendemain elle ressentait encore, principalement du côté gauche, un violent mal de tête et une douleur oculaire contusive. Cet état se maintint ainsi une quinzaine de jours. En même temps, sa vue, qui avait été toujours très-bonne jusque-là, diminua peu à peu dans l'œil gauche, dans lequel se montrèrent des photopsies et des mouches volantes. La paupière devint lourde au point de ne pouvoir plus être soulevée. Un traitement antiphlogistique, énergique et prolongé, prescrit par un premier médecin, n'ayant amené aucun changement, la malade alla consulter M. Sichel, qui constata, en novembre, c'est-à-dire environ quatre mois après le début de la maladie, l'état suivant :

La vue de l'œil gauche était complétement abolie ; l'iris n'exécutait aucun mouvement spontané sous l'influence de la lumière. Les contractions sympathiques de la pupille étaient lentes et paresseuses. A l'ophthalmoscope, le cristallin était transparent ; l'éclat rouge du fond de l'œil était considérablement voilé, et à l'image droite, on apercevait nettement, dans la partie inféro-interne, le flottement d'une membrane grisâtre, parcourue par quelques vaisseaux foncés et tortueux. Tout le corps vitré était trouble, de sorte qu'il était impossible d'apercevoir les détails du fond de l'œil, et que c'était à peine si l'on entrevoyait la papille. Dans la portion inférieure du corps vitré, on voyait un amas d'opacités filamenteuses et membraneuses, très-peu mobiles dans l'organe.

Jusque-là le diagnostic était : décollement de la rétine ; opacité du corps vitré ; cause déterminante inconnue.

Le 25 novembre, la malade présente tous les signes d'une ophthalmie interne d'une extrême violence (irido-choroïdite). Pensant avoir affaire à une tumeur intra-oculaire prenant probablement son point de départ dans la choroïde, à un sarcome de la choroïde, M. Sichel chercha à se rendre compte du degré de tension du globe oculaire. Mais grand fut son étonnement lorsque, au lieu de sentir le globe résistant, fortement tendu et dur, il constata une diminution sensible de la tension oculaire. La pensée lui vint alors qu'il pouvait bien avoir affaire à un cysticerque intra-oculaire, qui, développé primitivement derrière la rétine, avait donné lieu d'abord au décollement de celle-ci, puis, au moment où il avait perforé la rétine, avait déterminé les violentes douleurs dont s'était plainte la malade.

M. Sichel prescrivit des infiltrations fréquentes d'atropine et divers calmants, badigeonnages avec la teinture d'iode morphinée, des transpirations par l'air chaud, etc.

La malade s'étant représentée quatre jours après, tous les symptômes d'irritation calmés et la pupille largement dilatée, un examen ophthalmoscopique fait avec soin fit découvrir cette fois le cysticerque, d'abord par portions, puis tout entier, tête, col et vésicule. Il était situé presque au centre du corps vitré. Cet examen fut réitéré plusieurs fois, de manière à bien s'assurer de la parfaite conformation de l'entozoaire avec les divers dessins qui en ont été faits.

La malade continuant à se plaindre de douleurs intolérables, bien que M. Sichel eût préféré retarder l'extraction, afin d'attendre autant que possible l'enkystement du cysticerque, ce qui eût rendu la manœuvre plus facile, il dut se décider à l'opération.

Celle-ci fut faite le 12 décembre. Ayant à choisir entre plusieurs procédés mis en œuvre en pareil cas par son père et par de Graefe, M. Sichel se décida pour un procédé recommandé par ce dernier et consistant à faire à la sclérotique, au voisinage et dans le sens de l'équateur, une large plaie par ponction et par contre-ponction à l'aide de son petit couteau à extraction linéaire : la ponction, placée au bord inférieur du droit externe, la contre-ponction au bord externe du droit inférieur.

---

(1) *Note sur un cas de cysticerque ladrique intra-oculaire*, par le docteur A. Sichel fils. Broch. in-8, Paris, 1872, G. Masson.

Malgré tout le soin qu'il mit à faire la section le plus rapidement possible, pour tâcher d'obtenir la propulsion immédiate au dehors des opacités du corps vitré, et, si possible, du cysticerque, il ne put y réussir à cause du ramollissement notable du globe oculaire. S'étant assuré alors, au moyen de l'ophthalmoscope, de la position exacte du cysticerque dans la partie inféro-interne de la cavité oculaire, il chercha à l'aller prendre à l'aide d'une pince capsulaire scléroticale, mais sans succès. Après plusieurs tentatives infructueuses, il parvint enfin à saisir l'entozoaire et à l'amener au dehors. La vésicule était intacte, le cou et la tête demi-rentrés. Un examen attentif à l'œil nu et puis au microscope convainquit M. Sichel et les assistants que le cysticerque avait été extrait en entier.

Ces cas de cysticerque intra-oculaire, extrêmement rares en France, sont, paraît-il, beaucoup plus communs en Allemagne. De Graefe, cité par M. Sichel, rapporte qu'en treize années, sur un total d'environ 80,000 malades, il en a observé 80 cas, soit 1 sur 1,000, auxquels il faut ajouter 3 cas dans la chambre antérieure, 1 cas dans le cristallin, 5 cas sous la conjonctive, 1 cas dans le tissu cellulaire orbitaire, en arrière de la paupière inférieure. D'après de Graefe, également, le cysticerque du corps vitré serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Enfin, sous le rapport de l'âge, 90 pour 100 des malades étaient âgés de 15 à 55 ans. Enfin, pour les diverses parties de l'œil ou de ses annexes où ont été observés les cysticerques, voir le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 5 octobre 1871, où M. Gros a rapporté, d'après M. Sichel, l'observation de cysticerque du tissu cellulaire de la région du sourcil, déjà citée dans notre dernière Revue.

Dr Brochin.

CONTRIBUTION

A LA

QUESTION DE L'INFECTION PURULENTE (1)

Par le docteur Surmay, médecin et chirurgien de l'hôpital de Ham.

Obs. II. — Pneumonie; inflammation multiple et suppuration; mort. (Hôpital Saint-Antoine, service de M. N. Guéneau de Mussy, 1852.)

Homme de 62 ans; constitution sèche, bonne apparence; brun; arrive à l'hôpital au huitième jour d'une pneumonie caractérisée par du souffle tubaire et du râle crépitant dans la moitié inférieure du côté droit de la poitrine, en arrière; crachats marmelade d'abricots; pouls développé, énergique, 60; peau sèche, face bonne.

L'état général reste le même, et les phénomènes locaux vont en s'amendant lentement jusqu'au quinzième jour, époque à laquelle il existe encore du râle crépitant et de la respiration bronchique caractérisée. Alors le malade se lève pour aller à la chaise, se refroidit, se sent plus mal; le lendemain, la fréquence et la force du pouls ont augmenté, en même temps que les phénomènes locaux ont repris leur première intensité. Dès lors ces signes persistent dans cet état; la fréquence du pouls augmente chaque jour, et, le vingt-deuxième jour de la maladie, l'état du patient est le suivant : la face est amaigrie et altérée; la langue est sèche et râpeuse; la peau sèche; le pouls 110, toujours fort et vibrant, dépressible cependant depuis deux jours. Depuis la veille, douleurs vives dans les membres. La cornée de l'œil droit a perdu sa transparence; elle est rougeâtre et paraît ramollie et épaissie, indolore d'ailleurs. Le soir, tuméfaction et endolorissement vif du genou droit, douleur dans le poignet gauche; douleur à la pression sur les masses musculaires de l'avant-bras gauche; rougeurs érythémateuses sur le poignet gauche, sur la face postérieure de l'avant-bras droit, près du coude; souffle métallique et râles crépitants.

Le lendemain soir, 23e jour, l'autre cornée est affectée de la même manière que la droite; le pouls est presque filiforme et insensible; sueur abondante; respiration haletante; intelligence saine.

Le 24e jour, mort dans la matinée.

Autopsie. — Hépatisation rouge du lobe inférieur du poumon droit; un peu d'hépatisation dans le lobe inférieur du poumon gauche; pus dans le genou droit; caillots fibrineux décolorés, volumineux dans les cavités cardiaques et les gros vaisseaux; infiltration séreuse très-abondante, incolore, du tissu cellulaire sous-arachnoïdien; arachnoïde et substance cérébrale normales.

Est-ce là un cas d'infection purulente? On n'y aurait assurément pas vu autre chose si la fièvre puerpérale ou l'infection purulente eussent alors régné dans l'hôpital, et il n'y en avait pas. Si ce vieillard eût vécu quelques jours de plus, n'est-il pas extrêmement probable qu'on eût trouvé du pus dans les articulations du poignet gauche et des coudes, dans les masses musculaires des avant-bras et même dans les poumons? Et pourtant, peut-on, sans abuser de l'hypothèse, parler ici de poison septique, de putridité ou de typhus chirurgical? Ne se tient-on pas plus près de la réalité des choses en ne voyant dans ce fait qu'une inflammation généralisée, peut-être sous l'influence d'un refroidissement survenu dans le cours d'une pneumonie, et dont l'une des localisations secondaires est arrivée à suppuration avant la phlegmasie initiale?

C'est quelquefois avec une rapidité extrême que l'inflammation se localise en plusieurs endroits et se termine par la suppuration. A peine a-t-on eu le temps de voir se développer la fièvre traumatique que des signes de phlegmasie locale apparaissent. L'exemple le plus saisissant de ce que j'avance se trouve dans la suppuration multiple qui, en certains cas rares, foudroie des malades qui n'ont subi qu'une tentative simple et tout à fait sans difficulté de cathétérisme ou de lithotritie. J'ai vu mourir de cette façon un malheureux homme dans le service de Velpeau. Mon illustre maître avait fait une tentative peu prolongée seulement pour reconnaître la position et le volume du calcul. Le malade fut pris dans la journée d'un frisson violent, une fièvre intense suivit, de la tuméfaction et de la douleur se montrèrent à deux ou trois articulations, et en quelques jours le malade succomba. On trouva, à l'autopsie, du pus dans ces articulations.

L'esprit ne rencontrerait-il donc d'explication pour de tels faits que dans la supposition d'une plaie uréthrale ou vésicale qui, instantanément, aurait produit un principe toxique, et, par lui, empoisonné l'organisme? Il me semble que, pour admettre une pareille chose, il faut y être contraint par l'évidence.

Tout le monde sait que le cathétérisme est quelquefois suivi d'accès fébriles intermittents; faut-il aussi pour cela invoquer l'intervention d'un poison spécifique? Est-ce l'absence ou la présence d'un tel élément qui fait qu'une simple piqûre d'épine tantôt n'est qu'un accident presque inaperçu, tantôt est suivi de fièvre et d'une suppuration très-restreinte, tantôt se complique de phlegmon étendu, et tantôt, enfin, se termine par la mort avec ou sans infection purulente? Ne voit-on pas, tous les jours, les mêmes lésions primitives être suivies de réactions infiniment variées selon des dispositions individuelles ou selon des circonstances extérieures qu'il n'est pas toujours possible d'apprécier?

Je ne nie pas les résultats de l'expérimentation sur les animaux et qu'on ait pu produire sur eux des accidents analogues à ceux propres à l'infection purulente en faisant pénétrer dans la circulation certaines humeurs sécrétées par les plaies. Mais on avait fait de ces animaux des blessés et des opérés, et dès lors ils étaient exposés aux suites des blessures et des opérations. De plus, il est possible que l'introduction de certaines substances dans le sang soit une cause prédisposante, occasionnelle ou déterminante de l'infection purulente; mais il n'en faut pas faire une cause unique, indispensable. Admettons même que l'inoculation de ces substances aux

(1) Fin. — Voir les numéros des 23 et 25 avril 1872.

animaux soit toujours suivie d'infection purulente, il resterait encore à prouver que l'infection purulente chez l'homme et chez les animaux n'a pas d'autre cause.

Le tubercule, en effet, paraît être inoculable; la morve est inoculable et contagieuse, et, pourtant, ni l'inoculation ni la contagion ne sont indispensables à l'élaboration de la tuberculose ou de la morve. Il est certain que ces maladies naissent aussi—et peut-être le plus souvent — sous l'influence des causes communes. Jusqu'à preuve du contraire, on peut donc dire que dans la genèse de l'infection purulente, comme dans celle de la tuberculose ou de la morve, la spontanéité a plus de part que la spécificité.

Il me semble qu'il serait bien difficile de trouver cette spécificité dans le fait suivant, que j'ai recueilli dans le service de M. Michon, dont j'étais alors l'interne :

Obs. III. — *Excision d'un polype utérin. — Infection purulente. — Mort.*

Pitié, salle Saint-Jean, 15. Opérée le 16 juin, morte le 25 juin 1851.

Femme anémique par suite d'abondantes hémorrhagies; teint légèrement jaunâtre; assez d'embonpoint. Elle désire l'opération et la subit sans bien vive émotion. L'utérus est très-facilement abaissé, et d'un coup de ciseaux le polype est abattu.

Il ne s'écoule point de sang; aucune douleur. Le polype est gros comme une pomme d'un moyen volume et de nature fibreuse.

Les 16, 17 et 18, la malade se plaint de la *boule hystérique.* L'opération a été suivie d'une fièvre assez intense. Peau chaude; pouls 90, plein, ample, énergique. Cette fièvre persiste avec de très-bons caractères, et le 18 juin au soir, tout faisait espérer un succès complet.

Dans la nuit du 18 au 19, la malade est prise de quelques frissons fort légers, mais revenant fréquemment, et de douleurs vives dans le ventre.

Le 19 au matin, la face est altérée, le teint plus jaunâtre; le pouls est toujours plein et résistant. Le ventre est très-douloureux, un peu ballonné; pas de dévoiement. Il n'y a aucune espèce d'écoulement. — 20 sangsues sur l'hypogastre.

20. Même état qu'hier. Ventre moins douloureux. Le pouls n'a pas changé; face plus altérée.

21. Dans l'après-midi, étouffement considérable; altération profonde de la face; teint jaune plus marqué; pouls toujours le même.

22. Matité dans la partie inférieure et postérieure du côté droit de la poitrine; absence du bruit respiratoire en cet endroit; sonorité un peu obscure à gauche et en bas. Pouls un peu moins développé, mais encore fort, 90.

Les jours suivants, les symptômes précédents s'aggravent, la dyspnée devient exrême; les joues se creusent; la teinte jaune devient ictérique et se remarque jusque sur les conjonctives.

La malade meurt en pleine connaissance, le 25 juin, à midi.

Autopsie le 26, après midi. — La teinte ictérique a disparu; embonpoint notable; la putréfaction n'est pas encore sensible.

La cavité de la plèvre droite est pleine de pus; les deux feuillets pleuraux présentent des fragments de fausses membranes et du pus concret; le tissu pulmonaire est parfaitement sain; il n'y a qu'un peu de congestion hypostatique. La cavité pleurale gauche est à moitié pleine d'un liquide séro-purulent; le poumon est congestionné, mais bien crépitant. En incisant le tissu pulmonaire en plusieurs endroits, je vois sourdre de toutes petites gouttelettes de pus parfaitement reconnaissables. Dans presque tous les vaisseaux pulmonaires que j'ouvre, je trouve des caillots tout à fait ou presque entièrement fibrineux et blancs sans adhérence aux parois vasculaires, sans la plus petite altération de ces parois ou du tissu cellulaire environnant. Le cœur et les gros vaisseaux renferment des caillots moitié sanguins, moitié fibrineux, de consistance médiocre.

Péritonite périhé-patique suppurée; substance du foie saine; péritoine intestinal sain; quelques petits grumeaux de pus se trouvent sur le péritoine péri-utérin, sans autre trace d'inflammation.

L'appareil génital offre l'aspect suivant : le tissu de l'utérus est net et blanc; la matrice est seulement un peu plus grosse qu'à l'état normal. Sur la face antérieure de la lèvre postérieure du col, je remarque une surface très-légèrement excavée, comme une excoriation superficielle, large d'un centimètre environ : c'est l'endroit où le polype était attaché; aucun vaisseau ne s'y remarque. Les incisions que j'y fais ne m'en montrent pas plus, et il n'y a pas la moindre altération du tissu utérin.

Au fond de l'utérus, se trouve un petit mamelon gros comme une aveline, de même tissu que le polype enlevé. Les ovaires sont sains; tout à côté de chacun d'eux, le ligament large renferme une collection de pus louable. L'un de ces abcès pourrait contenir une noix; l'autre est d'une capacité double; il n'y a pas autour de ces abcès la moindre infection, et je détache avec une extrême facilité une membrane assez épaisse qui tapisse le foyer. Ces foyers n'ont pas la plus petite issue. Les veines ovariques leur sont presque accolées. J'ouvre ces veines, et je les suis d'une part dans les parois utérines, de l'autre vers la veine rénale et la veine cave inférieure; pas la moindre altération; elles ne contiennent que fort peu de sang liquide. Les veines caves, les veines et les artères rénales, celles du bassin sont dans le même état.

Les veines et les artères iliaques et fémorales sont saines; elles renferment soit du sang liquide, soit des caillots moitié sanguins, moitié fibrineux, de consistance médiocre. J'ai examiné les caillots et le sang que j'ai recueillis; je n'y ai rien vu qui rappelât le pus.

L'encéphale, la rate, les reins sont sains.

Je ferai remarquer qu'il n'y avait dans ce cas aucune trace de suppuration ni même d'inflammation simple dans la petite plaie superficielle du col utérin. On pourra néanmoins affirmer que la sepsine a été sécrétée ou élaborée et absorbée dans cette plaie, et c'est à elle qu'il faut attribuer les abcès des ligaments larges et les autres suppurations; on pourra aussi trouver place pour le typhus chirurgical. Quant à moi, je ne puis ici voir autre chose qu'une réaction inflammatoire terminée par suppuration multiple, et j'avoue que la raison particulière m'en échappe. Je ne puis voir dans ces phénomènes plus de spécificité qu'il n'y en a dans la terminaison par suppuration du rhumatisme articulaire aigu ou dans la suppuration d'une pneumonie.

Est-ce à dire qu'il n'y a ni septicémie, ni pyohémie, ni miasmes nosocomiaux? Loin de là, toutes ces choses existent; elles sont au nombre des conditions particulières qui causent ou modifient l'état inflammatoire, la fièvre traumatique et la fièvre puerpérale; mais il n'y a aucune de ces conditions qui soit l'unique et indispensable agent de ces états morbides.

Je pense que ces agents sont multiples et divers, et que la science, dont le monopole exclusif n'appartient à aucune école, doit les rechercher par l'observation et l'expérience, les éloigner par une saine hygiène et les combattre par une thérapeutique ingénieuse et féconde (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — *L'Union médicale;* — La *Gazette*

(1) Ce mémoire a été envoyé par M. le docteur Surmay à la Société de médecine de Paris, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, et la Société a voté l'impression de ce mémoire dans ses Bulletins.

hebdomadaire; — Le *Bulletin de thérapeutique;* — Le *Lyon médical;* — La *Gazette médicale de Strasbourg;* — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;* — Le *Journal d'ophthalmologie.*

M. GIRAUD-TEULON fait, au nom de M. le docteur Chairou, médecin en chef de l'Asile du Vésinet, une communication dont voici le sujet : Il s'agit d'*un cas de restitution de la vision,* — qu'il compare à ceux que j'ai eu l'honneur de rapporter à la Société lors de la discussion sur les effets des courants électriques continus (voltaïques), et que nous avions observé en commun, — et dû à l'éclaircissement du corps vitré, mais dû non plus aux courants continus, mais à la faradisation.

D'après les détails de l'observation, j'inclinerais à penser qu'il s'agit plutôt ici d'une action réflexe éprouvée par les organes de la sensibilité spéciale.

Quoi qu'il en soit, je dépose la lettre de M. Chairou sur le bureau comme une contribution à l'étude de l'action comparative des courants induits et des courants voltaïques.

M. LARREY communique, au nom du docteur Beau, professeur à l'École de médecine navale, une *Leçon clinique ayant trait à un coup de feu dans la poitrine.* (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance, par le docteur Mac Cornac, traduction française, par le docteur Morache.

Un travail manuscrit de M. le docteur Bérenger-Féraud, membre correspondant de la Société de chirurgie. Ce travail est intitulé: *Lettre à M. le baron Larrey sur les blessés de la bataille de Sedan.*

M. GIRALDÈS offre, au nom du docteur Thomas R. Fraser, un ouvrage intitulé : *Recherches expérimentales sur l'antogonisme fonctionnel de la fève de Calabar et de l'atropine.*

M. le docteur AUBRY (de Rennes) adresse une lettre par laquelle il envoie sa démission de membre correspondant. (Acceptée.)

M. LE FORT communique, de la part du docteur Hamel, l'observation suivante :

Gangrène symétrique des deux extrémités inférieures. — Mlle O. Groux, âgée de 18 ans, a perdu sa mère d'une affection cancéreuse du sein et a toujours vécu à la campagne dans d'excellentes conditions. La menstruation n'est pas très-régulière. En juin 1871 elle a eu une angine couenneuse, qui a cédé au traitement par la glace à l'intérieur, à l'exclusion de tout autre moyen. Quelques mois après, elle eut la scarlatine; du reste, l'état général a toujours été excellent.

Depuis le mois de décembre 1871 elle se plaignait de douleurs vagues et de fatigues dans la cuisse gauche, lorsqu'à la suite d'un bal, elle ressentit un malaise plus accentué, attribué à un excès de fatigue.

Le 20 février, je fus appelé et trouvai la malade en proie à une fièvre que j'attribuai à l'influence de la saison, car, malgré mes questions, aucune douleur ne fut accusée sur aucun point du corps. (Purgatifs salins, tisanes adoucissantes).

Le 5 mars, je trouvai ma petite malade avec un pouls très-fréquent, le ventre ballonné, du délire la nuit avec sifflements dans les oreilles. Je crus à une fièvre typhoïde, mais bientôt on m'avertit qu'il se passait quelque chose d'extraordinaire du côté de la jambe gauche, et après bien des prières, je réussis à voir le membre inférieur.

Le gros orteil était violet, le pied glacé avec une teinte un peu violacée; le mollet enflé et très-douloureux; la cuisse un peu plus grosse que la droite.

Je pensai alors à une phlébite avec commencement d'occlusion des veines profondes.

Je recommandai de réchauffer le membre avec de la ouate, des oreillers chauds, des bouteilles, et je prescrivis des fomentations avec la térébenthine et l'huile d'amandes douces; lavements camphrés. Limonade Rogé.

Le 6, même état général; plusieurs selles; ventre plus mou, mais toujours ballonné. Pied toujours froid; 1er et 2e orteils violets; taches ecchymatiques sous-épidermiques sur la région pédieuse et près des malléoles.

Insomnie avec délire, sueurs profuses.

Les jours suivants, le ventre s'affaise; quelques accès de fièvre paraissant se régulariser, cédèrent au sulfate de quinine. Au pied, la maladie marchait toujours. Les cinq orteils étaient devenus noirs, secs, durs et paraissaient vouloir se détacher. A la région pédieuse, le liquide roussâtre se promenait sous l'épiderme; le long de la jambe, jusqu'au mollet, vastes plaques verdâtres comme chez les noyés. Jambe au-dessus des points malades tellement douloureuse, qu'on ne pouvait pas y toucher du bout du doigt. Cuisse doublée de volume, avec un cordon très-sensible le long du trajet des vaisseaux, jusqu'à 5 centimètres du sommet du triangle de Scarpa.

M. Le Fort, appelé le 24, put constater l'état du membre à peu près comme je le décris; de plus, il trouva de la douleur dans le mollet et un refroidissement très-marqué du gros orteil de ce côté. Pouls à 150.

Jusqu'au 28, jour de sa mort, l'état général et local n'a fait que s'aggraver. Le mollet droit a enflé, ainsi que le pied; la sensibilité s'y est exagérée, le refroidissement a augmenté, mais il n'y a pas eu de taches. La jambe gauche, jusqu'au genou, est devenue verdâtre. Je l'ai fait saupoudrer d'un mélange d'alun et de camphre, et la malade a succombé après un délire continu de 24 heures, répondant à peine aux questions qui lui étaient adressées.

MM. les docteurs Magitot et Krishaber adressent des lettres par lesquelles ils demandent à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

MOTION D'ORDRE

M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que ces lettres ne peuvent avoir d'effet pour l'élection prochaine, le règlement obligeant les candidats à faire acte de candidature à chaque nouvelle déclaration de vacance. De la sorte, ajoute M. le président, il n'y aurait qu'un seul candidat régulièrement inscrit.

M. TILLAUX demande si les anciens candidats sont exclus par le fait de l'absence de lettre de candidature, et s'ils ne sont pas inscrits, pour ainsi dire d'office, après qu'ils ont été mis sur une liste de candidats.

M. VERNEUIL voudrait que la Société consultât les précédents. Il ajoute que le règlement est obscur, et que l'on peut l'interpréter de diverses manières

M. BLOT rappelle que, lors de la dernière élection, une lettre, arrivée après la nomination de la commission, n'a pas été acceptée, qu'elle a été renvoyée pour la prochaine déclaration de vacance, et que la Société a voté l'application du règlement.

M. CHASSAIGNAC pense qu'on ne peut pas admettre le principe des candidatures sans lettres qui les annoncent à chaque déclaration de vacance, car il pourrait se faire qu'un candidat renonçât à être élu, et ce serait chose fâcheuse qu'il pût nous dire : Vous m'avez nommé, je n'étais plus candidat.

M. LE FORT dit qu'il diffère d'opinion avec M. Chassaignac. Pour les candidats nouveaux, le règlement peut être appliqué, mais pour les anciens candidats qui ont subi l'épreuve d'une élection, ce serait peut-être pousser la rigueur un peu loin que de ne point les admettre comme candidats à la place actuellement vacante.

M. SÉE, se fondant sur les précédents, croit qu'on doit maintenir sur la liste les anciens candidats, car lui-même n'a adressé qu'une seule fois une lettre de candidature, et il a été maintenu sur la liste des candidats pour plusieurs élections successives.

M. GIRALDÈS dit que, en consultant les archives, il sera facile de voir que les lettres de candidature ont été renouvelées.

M. LARREY fait remarquer que dans les Sociétés savantes, une lettre de candidature doit précéder toute inscription sur la liste des candidats.

M. GUYON insiste sur la nécessité d'appliquer le règlement, car

les candidats ont été prévenus récemment dans tous les journaux de médecine.

M. LE PRÉSIDENT propose : 1° de déclarer qu'à l'avenir, et en vertu de l'art. 7 du titre Ier du règlement de la Société, ne seront inscrites sur la liste des candidats que les personnes qui auront adressé à la Société une lettre de candidature pour la place de membre titulaire déclarée vacante avant la nomination de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à cette place;

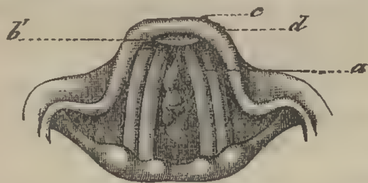
2° De rapporter la nomination de la commission élue dans la dernière séance, et de remettre à 15 jours la nomination d'une nouvelle commission.

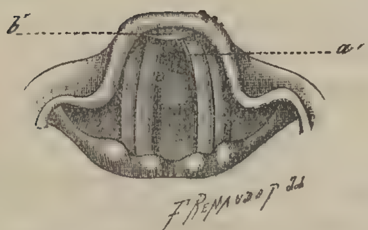
(La Société adopte les deux propositions à l'unanimité.)

RAPPORT

Polype du larynx. — Écrasement sur place par les voies naturelles. — M. GUYON fait un rapport oral sur une observation du docteur M. Krishaber, relative à ce sujet :

Mme *** (de Genève), âgée de 53 ans, s'est présentée à la consultation de M. le docteur Odier (même ville), le 11 novembre 1871. Une dyspnée continue avec recrudescences intermittentes et l'altération profonde de la voix étant les principaux symptômes que présentait la malade, M. Odier l'examina au laryngoscope, et constata dans le larynx la présence d'un polype. Je fus averti le même jour par mon honorable collègue et mandé auprès de la malade, que je vis le surlendemain. J'ai constaté un polype de forme irrégulière, obstruant incomplétement environ les deux tiers de la glotte et parfaitement mobile, quoique inséré par une base large qui s'étendait sur tout le tiers antérieur de la corde vocale inférieure gauche (voy. fig. 1, *a*) (1). La mobilité de la tumeur expliquait l'intermittence des accidents respiratoires violents, et son volume la permanence des symptômes continus. La corde vocale droite était saine, de couleur normale. Il en était de même de la partie non envahie de la corde vocale gauche; mais la muqueuse des arysténoïdes





était rouge et boursoufflée; l'épiglotte, très-injectée, offrait, à son bord libre, à gauche, une forte saillie, qui n'était probablement autre qu'une glande très-hypertrophiée (*c*), et autour de cette saillie, d'autres analogues, mais d'un volume moindre (*d*).

Mme *** nous dit qu'elle toussait depuis l'âge de 25 ans, mais que sa voix n'était sérieusement altérée que depuis deux ans. Il y a environ vingt mois que survinrent les difficultés respiratoires. La malade ne crachait jamais, même pendant les plus forts accès de toux; tout au plus rendait-elle quelques mucosités claires et de la salive. Tout à fait au repos et au silence, la respiration était beaucoup moins gênée; mais lorsque la malade exécutait des mouvements brusques, et surtout lorsqu'elle voulait parler, fût-ce même à voix basse, elle était presque toujours prise d'oppression et même de suffocation. Cet état s'était notablement accru les deux derniers mois. La malade elle-même se rendait très-exactement compte de la cause de ces accidents, et je ne crois pas inutile de rappeler à ce sujet ses propres paroles : « Lorsque je veux parler, dit-elle, je sens très-souvent quelque chose de gros comme ceci (elle montra la phalangette de l'index) se déplacer dans mon cou et intercepter ma respiration. » Les efforts respiratoires ont provoqué une douleur fixe et souvent très-vive au niveau de la clavicule, de l'épaule et de l'hypochondre gauches. Les nuits sont particulièrement tourmentées d'accès de toux et de suffocation; de là agitations et insomnies. La malade est obligée, pour trouver quelque calme, de dormir assise dans son lit; dès qu'elle prend la position horizontale, les accès reviennent. L'embonpoint de la malade et son aspect général pouvant faire admettre quelque complication, nous l'auscultâmes attentivement : aucun signe morbide ni au cœur ni aux poumons.

Le jour même de mon premier examen, je fis des tentatives d'extraction du polype, d'abord avec une pince laryngée dont les mors s'ouvraient latéralement comme ceux d'une pince ordinaire, et ensuite avec une pince s'ouvrant d'arrière en avant, un des mors, le postérieur, étant fixe. Ces tentatives restaient infructueuses le premier jour, mais elles eurent pour effet de rendre la malade plus tolérante au contact des instruments. Le lendemain, je procédais de la même façon, en ne me servant que de la pince à jeu antéro-postérieur. Ce n'est qu'au bout d'une heure (il y a eu plusieurs pauses) et après de maints essais répétés que je parvins à vaincre la difficulté et à saisir la tumeur exactement à son point d'insertion. En fermant alors la pince, je sentais distinctement une assez forte résistance vaincue. Lorsque je retirais l'instrument au milieu d'un formidable accès de toux et de strangulation, je ne trouvais sur les mors que des débris de la tumeur. La malade cependant, lorsqu'elle revint au calme, accusait immédiatement un soulagement immense; la respiration était devenue libre, et la voix revint instantanément. L'examen laryngoscopique, fait quelques instants après, me permit de constater la disparition absolue de la tumeur, dont un vestige sanglant indiquait le point où l'écrasement (voy. fig. 2, *a'*) avait porté; la glotte était entièrement libre. Nous trouvâmes quelques débris de la tumeur dans les crachats et dans le sang qui avaient été rejetés assez abondamment; d'autres débris étaient sur les mors de la pince. L'examen microscopique nous montra une structure fibro-glandulaire du tissu conjonctif dense, à fibres réunies en faisceaux compactes; quelques fibres du tissu élastique, cellules fusiformes très-serrées; de très-petits vaisseaux, un nombre assez considérable de glandules hypertrophiées et quelques cellules à cils vibratils.

Mme ***, gardée en observation pendant plusieurs jours, était complétement et pour ainsi dire instantanément guérie. Elle respirait tout à fait normalement; sa toux disparut complétement, son sommeil devint tranquille, et la voix, sonore et vibrante, garde à peine une légère altération dans quelques notes aiguës.

L'examen laryngoscopique, fait pour la dernière fois trois jours après l'opération, permet de reconnaître une trace presque imperceptible près de l'angle antérieur de la corde vocale gauche, qui n'est autre que le point où la tumeur était insérée. Ce vestige explique le défaut de sonorité des notes les plus aiguës, ce qui n'aurait quelque importance que si la malade chantait, sa voix étant devenue, pour le langage ordinaire, tout à fait normale.

Quant aux quelques glandes hypertrophiées de l'épiglotte, j'ai cru opportun de ne point m'en occuper, attendu que la malade n'accuse, depuis l'opération, ni gêne ni trouble d'aucun genre.

A propos de cette observation, M. Guyon rappelle qu'il a fait, le 4 août 1869, un rapport sur une opération de thyrotomie pratiquée par le docteur Krishaber. Il s'agissait d'un polype fibreux inséré

(1) D'après cette image, on pourrait croire que l'insertion s'étend à peine au delà de la corde vocale; mais il ne faut pas oublier que celle-ci est, dans cette image, un peu cachée par le bourrelet de l'épiglotte (*b*). Le point d'insertion s'étend donc un peu plus loin, en avant, c'est-à-dire en haut de l'image.

dans le ventricule gauche du larynx. Ce malade a été revu par M. Guyon il y a quelques jours. Il a pu constater le maintien de la guérison; le larynx examiné montre que cet organe est dans un état d'intégrité absolue. Au point de vue fonctionnel, le résultat est non moins complet.

Il est intéressant de constater à une aussi longue échéance la guérison d'une opération de cette importance.

Sur les conclusions du rapporteur, la Société vote l'insertion au Bulletin. (*A suivre.*)

— A prendre de suite, dans la Marne, à des conditions très-avantageuses, une bonne clientèle médicale, située sur une ligne de chemin de fer. — S'adresser pour renseignements à M. Dublanc, quai de la Tournelle, 47, Paris.

— On demande à acheter une clientèle à Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Soerd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 50. — MARDI 30 AVRIL 1872. 45e ANNÉE. MARDI 30 AVRIL 1872. — N° 50.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Thérapeutique du croup par l'émétique; rejet des fausses membranes (M. Bouchut). — Des maladies de la prostate (M. Kraus, de Vienne). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés. — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Thérapeutique du croup par l'émétique. — Rejet des fausses membranes.

Voici encore trois faits de guérison du croup par l'émétique, semblables à ceux qui ont été récemment publiés dans ce journal, et où l'on voit la médication antimoniale dans tous ses avantages et ses inconvénients. Comme je l'ai dit bien des fois, dans l'administration de l'émétique contre le croup et les différentes phlegmasies pulmonaires, le mode d'administration est tout ce qu'il y a de plus important à connaître, pour éviter la dépression antimoniale et les accidents cholériformes. C'est faute de prendre certaines précautions indispensables que l'émétique purge au lieu de faire vomir, ou bien n'est pas toléré et produit des évacuations abondantes, suivies d'amaigrissement rapide et d'algidité. Pour que le tartre stibié ait toute son action contro-simulante et antipyrétique, pour qu'il arrête la marche ascensionnelle d'une phlegmasie et diminue la température fébrile de un à un degré et demi, il faut, après son administration, donner peu à boire, pour que les liquides ingérés ne fassent pas de l'émétique en *lavage*, c'est-à-dire ne convertissent pas l'émétique en agent purgatif. Quand l'émétique avec ces précautions n'a que sa seule action vomitive ou nauséabonde, il agit sur l'innervation *vaso-motrice* et sur la circulation capillaire, de façon à ralentir la nutrition interstitielle et à diminuer la chaleur animale. Ainsi employé, c'est un des meilleurs contro-stimulants dont dispose la thérapeutique. Dans le croup, c'est à la fois un contro-stimulant et un agent mécanique d'expulsion des fausses membranes du larynx, car, s'il fait vomir, il détermine des efforts tels du diaphragme, des muscles du ventre et du pharynx, que, dans le vomissement, les malades rejettent des lambeaux membraneux provenant des voies aériennes, et leur croup est guéri sans intervention chirurgicale.

En voici la preuve :

OBS. I. — *Croup. — Tartre stibié. — Rejet de larges lambeaux de fausses membranes. — Albuminurie. — Guérison.*

Adèle B..., âgée de 4 ans, entrée le 12 avril au n° 1 de la salle Sainte Catherine, et sortie le 22.

Cette enfant, prise le 7 avril, a commencé à tousser d'une façon ordinaire, et le 9, la toux a pris le timbre croupal, ainsi que la voix.

A son entrée, le vendredi 12 avril, je constate l'état suivant :

Respiration sifflante et bruyante avec dépression épigastrique. Toux rauque étouffée; voix éteinte; bonne résonnance du thorax et absence de murmure vésiculaire dans les deux poumons; anesthésie incomplète.

Langue jaunâtre, pharynx rouge, sans fausses membranes sur les amygdales, qui sont tuméfiées. Pas de vomissements ni de diarrhée.

Peau chaude. Température A. 38°,4.

Julep gommé, soixante *grammes*; *tartre stibié*, dix *centigrammes*; peu à boire; pour nourriture, potages épais.

Un vomissement et une selle. Dans l'effort du vomissement, l'enfant a rejeté un tube membraneux avec un lambeau long de 8 centimètres venant de la trachée; elle était alors complétement insensible, et peu après, l'anesthésie avait presque disparu.

Le 14, l'enfant est encore très-gênée pour respirer; la toux et la voix sont les mêmes. L'air pénètre un peu mieux dans les cellules du poumon. Il existe une anesthésie incomplète.

Peau chaude. Pouls 160. T. A. M. 40°; le soir, 39°,8.

Urines légèrement albumineuses.

Même prescription.

Le 15, nouvelle expulsion d'un fragment de cylindre membraneux trachéal, long de 5 à 6 centimètres.

Plusieurs vomissements; quatre selles liquides; mais l'état général est bon.

Respiration moins bruyante et moins difficile; le murmure vésiculaire s'entend dans les deux poumons et l'anesthésie a disparu. La voix et la toux sont toujours éteintes.

Peau chaude. Pouls 140. T. A. M. 39°,8, et le soir 39°,6.

Même prescription. Peu à boire et des potages épais.

Le 16, un vomissement et deux selles en diarrhée.

Pouls 120. T. A. M. 38°, et le soir 38°,6.

Bonne résonnance de la poitrine; le murmure vésiculaire existe partout, accompagné à gauche de quelques bruits rares de râles sous-crépitants. La sensibilité est tout à fait revenue, mais la toux est rauque et la voix éteinte.

Je supprime le tartre stibié et donne à manger des biscuits trempés dans du lait, un œuf, des potages épais.

Le 17, même état. Pas de selles depuis 24 heures. Pouls 116.

Tartre stibié, dix *centigrammes*. Même régime.

Le 18, pas de vomissements ni de garde-robes depuis 48 heures et malgré le tartre stibié. L'enfant tousse peu, mais sa toux est grasse, catarrhale, et la voix est très-faible. La respiration s'entend bien partout et est très-facile. Pas d'albuminurie. Peau chaude.

T. A. M. 38°,2; le soir 36°,8.

Même prescription et même régime.

Le 19, pas de vomissements et une selle naturelle, malgré le

tartre stibié. Toux rare, grasse et catarrhale; voix éteinte, résonnance normale du thorax. Murmure vésiculaire normal.

Pouls 100. T. A. M. 37°,2, et le soir 36°,4.

Je supprime le tartre stibié et prescris un *looch blanc* et de l'*infusion de Polygala.*

Le 20, même état; mais les urines redeviennent albumineuses.

T. M. A. 37°,8, et le soir 38°.

L'enfant est guérie du croup; il ne lui reste qu'un peu d'albuminurie.

T. A. M. 38°, le soir 38°.

Le 22, même état; moins d'albumine dans les urines.

T. A. M. 37°,5.

L'enfant sort de l'hôpital.

Dans cette observation, le diagnostic est certain, car le rejet des fausses membranes l'établit d'une façon très-péremptoire. C'était un croup, et, de plus, un croup à la troisième période d'asphyxie, caractérisée par l'anesthésie et l'absence de murmure vésiculaire qui révélait l'obstruction du larynx. On aurait pu l'opérer sans être accusé de précipitation. Je voulus essayer l'émétique, et cet essai, en produisant le rejet de fausses membranes, a amené la guérison sans déterminer aucun des accidents imputés à l'antimoine.

Obs. II. — *Croup secondaire dans le cours d'une pneumonie, suite de rougeole. — Tartre stibié; guérison.*

A. C..., âgée de 6 ans, entrée le 18 mars 1872 au n° 22 de la salle Sainte-Catherine (M. Bouchut).

Cette enfant, ayant encore du souffle bronchique avec retentissement de la voix dans la partie postérieure du poumon gauche, fut prise le 6 avril de toux rauque; et en examinant le pharynx, j'y trouvai deux points blanchâtres, vestiges de fausses membranes en train de disparaître.

Le lendemain 7, la toux était rauque, déchirée, tout à fait croupale, et la voix éteinte. La respiration était sifflante, laryngée, pénible. Il y avait un peu de cyanose et de l'anesthésie très-prononcée. Les bruits respiratoires sont très-affaiblis, et il y a peu de souffle bronchique. Pouls, 140.

Potion tartre stibié, 25 milligrammes. Peu à boire. Soupes épaisses.

Le 8, même état. *Même prescription.*

Le 9, pas de vomissements ni de diarrhée. Même état de la toux et de la voix. Moins de gêne respiratoire. L'anesthésie a diminué.

Potion stibiée, 25 milligrammes. Même régime.

Le 10, pas de vomissements ni de diarrhée. L'enfant va mieux, respire plus aisément, sans bruit laryngé, et l'anesthésie a disparu. La toux reste rauque, mais la voix est un peu plus forte. Toujours du souffle bronchique dans le poumon gauche.

Potion stibiée, 25 milligrammes. 50 grammes purée de viande.

Le 11 et le 12, l'amélioration continue. Même prescription. Purée de viande.

Le 13, pas de vomissements ni de diarrhée. La toux et la voix sont plus claires, peu de gène respiratoire et pas d'anesthésie. L'enfant semble guérie du croup.

Elle garde la pneumonie lobaire du côté gauche, où persistent du souffle, de la bronchophonie et des râles humides, comme s'il se faisait un ramollissement caséeux.

On cesse le tartre stibié, qui est remplacé par de la viande crue.

L'enfant se releva les jours suivants et prit des forces avec ce régime, malgré la lésion persistante du poumon.

Cette situation devint permanente, et l'enfant offrit peu à peu tous les caractères stéthoscopiques de la pneumonie caséeuse.

Dans ce cas, il s'agit d'un *croup secondaire*, qui pardonne bien plus rarement que l'autre. Malgré cela, malgré l'état cachectique d'une pneumonie caséeuse, suite de rougeole, le croup a guéri sous l'influence du tartre stibié. Le médicament n'a eu aucun effet dépressif, et, en raison de l'alimentation prescrite à l'enfant, il n'a produit aucune asthénie; au contraire, même pendant le cours du traitement, les forces se sont relevées et l'état général est devenu bien meilleur.

Obs. III. — *Croup traité par le tartre stibié. — Rejet des fausses membranes. — Éruption scarlatinoïde intercurrente.*

B... (Marie), 5 ans, entrée le 15 mars au n° 1 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut. L'enfant est malade depuis huit jours. Elle a été prise de fièvre, de vomissements, et de toux devenue croupale trois jours après, puis la voix s'est éteinte. Elle n'a pas eu d'accès de suffocation; mais, en toussant, elle a rendu un large lambeau de fausse membrane provenant de la trachée.

15 mars. — Respiration calme, sifflante, mais paisible. Le murmure vésiculaire s'entend dans les deux poumons. Toux et voix éteintes; peau modérément chaude; pouls, 116; albuminurie prononcée.

Eau sucrée..................	60 grammes.
Tartre stibié..................	0,05

16 mars. — L'enfant a rendu un autre lambeau de fausse membrane; elle a vomi trois fois et n'a pas été à la garde-robe. Toux toujours rauque; voix éteinte; murmure vésiculaire moins considérable qu'hier; pouls, 144; albuminurie un peu moindre.

Eau de chaux..................	60 grammes.
Julep..................	40 —
Émétique..................	0,05

17 mars. — Éruptions scarlatiniformes ce matin. Fièvre très-vive hier soir et ce matin. Elle n'a pas eu de selles depuis deux jours. La peau est assez fraîche ce soir. Elle a vomi à 10 heures, ce matin, avant de prendre son émétique. Encore de l'albuminurie.

18 mars. — L'enfant est affaissée; hier soir deux vomissements.

19 mars. — La toux n'est plus croupale. L'éruption scarlatineuse se présente ce matin, sous forme de pointillé rouge, sur les deux cuisses et les jambes; la voix est encore éteinte. L'éruption est bien une scarlatine; la raie blanche est lente à apparaître et lente à s'effacer. Pas d'albuminurie.

Eau de chaux, 60 grammes. Tartre stibié suspendu.

20 mars. — L'enfant est sensiblement mieux aujourd'hui. Le murmure vésiculaire est tout à fait normal. L'albuminurie a disparu.

21 mars. — Éruption de miliaire, ce matin, avec la scarlatine.

26 mars. — Urines très-fortement albuminées.

27 mars. — Un bubon scarlatineux se montre au cou. — Cataplasmes.

1er avril. — Plus d'albumine dans les urines. Aujourd'hui, le bubon du cou commence à être fluctuant. *Cataplasmes.*

2 avril. — Incision de l'abcès ganglionnaire, qui donne accès à du pus.

3 avril. — Le trajet étant à peu près fermé, introduction d'une mèche. La pression fait rendre un pus séreux, mal lié et plein de petits grumeaux.

8 avril. — L'enfant sort guérie, conservant un orifice fistuleux à son abcès du cou.

Dans cette observation, le diagnostic n'a rien de douteux. La respiration sifflante, la toux croupale, l'aphonie et le rejet à deux reprises différentes de larges lambeaux de fausses membranes provenant de la trachée caractérisent le croup.

Le tartre stibié à cinq centigrammes par jour, pendant trois jours, chez cette enfant de 5 ans, n'a produit que des vomissements sans diarrhée. Il a facilité l'expulsion des fausses membranes du larynx et n'a eu aucun inconvénient.

Une particularité curieuse, c'est l'albuminurie croupale qui annonçait la gravité du croup et qui a disparu quand le mal s'est

amélioré, pour revenir plus tard sous l'influence d'une scarlatine intercurrente. En effet, à peine guérie de sa laryngite membraneuse, l'enfant a été prise de scarlatine, et bientôt après d'albuminurie passagère qui a cessé au bout de quatre à cinq jours. Cette double albuminurie se manifestant dans le court espace de deux semaines sous l'influence de causes toutes différentes, et se terminant par guérison, est un phénomène des plus rares et que, pour mon compte, je n'ai encore jamais observé. Il m'a paru utile de le signaler.

En résumé : croup membraneux traité par l'émétique ; rejet de fausses membranes et guérison, malgré la présence de l'albuminurie et d'une scarlatine intercurrente, telles sont les particularités de cette observation.

Ces trois observations, qui renouvellent ce que l'on sait depuis un grand nombre d'années sur les effets de l'émétique dans le croup membraneux, viennent s'ajouter aux deux faits de même nature recueillis le mois dernier dans mon service et publiés par la *Gazette*. Cela fait cinq guérisons en quatre mois par le traitement médical, et pour ceux qui savent ce que c'est que le croup, ils verront là un exemple à suivre et un modèle à imiter.

Que faire dans le croup depuis le jour de l'invasion jusqu'à l'heure plus ou moins tardive où un commencement d'asphyxie oblige à faire l'opération? Attendra-t-on ce moment terrible sans rien faire dans une *expectation* indifférente, ou donnera-t-on quelqu'un de ces remèdes inutiles, à tort vantés, contre le croup? Ne vaut-il pas mieux employer l'émétique à la dose et de la manière que je l'indique, de façon à éviter tous les inconvénients du remède pour n'avoir que ses avantages? Poser ainsi la question, c'est la résoudre, et les faits que je viens de rapporter, recueillis dans un hôpital, en présence d'un grand nombre d'élèves et de médecins, sont, je crois, de nature à porter la conviction dans tous les esprits.

DES MALADIES DE LA PROSTATE

Par le docteur Kraus (de Vienne).

Dans le cours de mes études sur le catarrhe de l'urèthre de l'homme, j'ai reconnu la nécessité de comprendre dans ce travail les maladies de la prostate, sur lesquelles mon attention s'est portée depuis de longues années, et je me permets d'exposer plus amplement les résultats positifs que j'ai obtenus jusqu'à ce jour.

Nous partirons aujourd'hui de ce point de vue que, *à part de rares exceptions, toutes les maladies de la prostate doivent leur origine au catarrhe de l'urèthre et de la vessie. De même, il faut rapporter les maladies des organes spermatiques sans exception à une seule cause, la blennorrhagie uréthrale.* De sorte qu'à l'avenir, on pensera tout d'abord à une inflammation blenno-catarrhale de l'urèthre, des canaux spermatiques, des canaux afférents, de l'épidydime, quand il s'agira d'une affection sympathique de ces organes. Les 15 ou 16 conduits prostatiques qui s'ouvrent au voisinage de la crête uréthrale sont aussi envahis par l'inflammation blenno-catarrhale quand elle s'étend jusqu'à cette région. A cette période, par suite de la production abondante des sécrétions catarrhales à son intérieur, la prostate devient extraordinairement gonflée et volumineuse.

Ce serait un hasard étonnant si les 15 ou 16 canaux chargés d'évacuer le suc prostatique n'avaient pas des tendances à participer au processus catarrhal général, la texture de la muqueuse de ces canaux ne différant pas essentiellement de celle de la muqueuse prostatique, à part la circonstance aggravante que les vaisseaux lymphatiques y sont plus abondants, et à peu près aussi nombreux que dans la portion membraneuse de l'urèthre. L'augmentation de volume de la prostate vers le 25ᵉ ou 26ᵉ jour de la blennorrhagie doit être mise au compte de la *blennorrhagie des canaux excréteurs de la prostate.* Les nombreux éléments musculaires de la prostate sont maintenus par l'excitation catarrhale dans un état de contraction permanente, qui favorise l'accroissement de la sécrétion prostatique ; il faut donc attribuer aux sécrétions prostatiques l'abondance souvent inexplicable de l'écoulement uréthral, dans les cas où la portion prostatique de l'urèthre participe au processus blennorrhagique. Pour le vérifier, j'ai porté, à l'aide d'injections, le *contagium* blennorrhagique dans la portion prostatique de l'urèthre de cinq chiens, et j'ai pu constater, en ouvrant la prostate le 24ᵉ jour, une abondante sécrétion dans cet organe.

La blennorrhagie des canaux prostatiques est donc la cause incontestable de l'abondance des écoulements blennorrhagiques. L'inflammation catarrhale de ces canaux a eu aussi pour résultat un accroissement du volume de la prostate, que l'on peut observer même dans les cas où la partie prostatique de l'urèthre ne paraît pas atteinte par le catarrhe de l'urèthre. Il est fréquent aussi dans le catarrhe chronique, où les excrétions expulsées de la vessie se logent dans la portion prostatique de l'urèthre, pénètrent dans les canaux excréteurs de la prostate et y provoquent de l'inflammation.

Je possède deux préparations sur lesquelles je puis démontrer la ramification arborescente des sécrétions catarrhales endurcies dans les canaux prostatiques, comme les membranes croupales dans les bronches. Ces préparations confirment l'observation que j'ai faite dans l'étude du catarrhe vésical, que le défaut de ténuité de la vessie est cause que les sécrétions restent dans la portion prostatique de l'urèthre, et sont refoulées dans les canaux prostatiques par la compression exercée sur elle en cet endroit. C'est à cause de cela encore que les cavités de la crête uréthrale se remplissent de sécrétions et que l'inflammation catarrhale se propage aux conduits excréteurs des vésicules séminales, gagne la vésicule elle-même, et, de là, l'épididyme. La continuité de la contagion doit être évidente pour tout anatomiste, de même que l'extension du catarrhe de la vessie aux conduits et aux canaux en question.

J'ai constaté, par plusieurs exemples, l'exactitude de mes expériences sur la perte de la faculté génésique par suite de l'obstruction et de l'occlusion complète des conduits excrétoires du sperme. Aujourd'hui, les nombreuses recherches que j'ai faites sur les propriétés de la prostate m'ont fortifié dans cette opinion ; car, sur les centaines de préparations de vessies atteintes de catarrhe, j'ai la moitié des 14 ou 16 canaux excréteurs prostatiques remplis de mucosités et imperméables, et deux fois les canaux déférents obstrués, ce qui entraînait nécessairement l'impuissance complète. Le sperme sanglant est une fiction ; je n'ai jamais vu le sperme en cet état dans les vésicules séminales, ni dans les voies spermatiques.

Le sperme ne se mêle à du sang que sur sa route, quand il traverse violemment les conduits obstrués par le catarrhe ou la blennorrhagie. Les malades, surtout les jeunes gens, peuvent reconnaître le moment où le sperme surmonte l'obstacle, quand ils ne craignent pas de se livrer au coït pendant leur blennorrha-

gie. Il y a deux hypothèses possibles : ou la colonne de sperme est lancée en avant avec assez de force pour traverser les canaux obstrués, et alors elle sort avec du sang; ou elle n'a pas assez de force, et les malades éprouvent une sensation de régurgitation ; le sperme reste en route et est bientôt réabsorbé. Ces observations sont si exactes, que quiconque s'occupera avec le soin nécessaire des maladies de la prostate ne pourra que les confirmer.

Le gonflement de la prostate peut être éphémère ; il est causé alors par la blennorrhagie ou le catarrhe vésical; mais l'obstruction ou l'occlusion des conduits excrétoires le rend permanent, et, comme je l'ai dit d'après mes recherches, l'excrétion du suc prostatique étant intimement liée à la faculté génératrice, nous sommes amenés à prendre en considération les deux points suivants :

1° Dans quel état se trouvent les conduits excréteurs de la prostate, et quelles altérations subit la glande elle-même?

2° Quel est l'état des autres conduits spermatiques?

Nous demandons au lecteur de prendre note que nous avons le premier montré qu'il y a une affection blennorrhagique des conduits prostatiques, et qu'avant nous, aucun auteur n'a étudié ni décrit l'état de la prostate dans les maladies blennorrhagiques.

Nous connaissons tout ce qui a été écrit sur les maladies de cet organe à fonctions si obscures, et nous voulons nous assurer la priorité pour le cas où tel ou tel auteur arriverait par hasard à des résultats analogues et profiterait de nos recherches sans citer notre nom.

Les phénomènes pathologiques que présente la prostate ont été étudiés très-incomplétement sur le cadavre et pas du tout sur le vivant. Quand on croit pouvoir tirer de l'exploration anale quelque conclusion sérieuse sur l'état de cet organe, on se trompe. Souvent dans cet examen, ce n'est pas la prostate que l'on sent, mais des exsudats logés entre la prostate et le rectum, et sans aucun rapport avec l'état de la prostate. Il y a même des cas où la partie postérieure de la prostate étant totalement atrophiée, les produits inflammatoires simulant cette partie absente, l'exploration par l'anus conduit à une erreur imprévue.

Nous avons sous les yeux les travaux de Kolliker, de Henle et des pathologistes du temps où l'on commença sérieusement à s'occuper de la prostate, et nous voyons: 1° qu'on n'a pas reconnu l'importance de cet organe, qui concourt surtout au but de la procréation et conserve seul la vitalité des animalcules spermatiques ; 2° qu'on a traité la prostate comme un organe inaccessible à l'observation clinique.

Nous avons déjà avancé dans nos précédents travaux que la prostate n'est pas un accessoire, mais bien une partie indispensable de l'appareil génital ; il n'y a pas de procréation si les fonctions de la prostate ne sont intactes. Le suc prostatique doit être physiquement et chimiquement pur, comme nous l'expliquerons plus tard, pour que la faculté génératrice s'exerce. Dans la blennorrhagie simple, qui occupe les canaux excréteurs, la puissance génésique est altérée, car, ***dans la blennorrhagie qui s'étend à la prostate, la qualité du suc prostatique est altérée pour un temps souvent trop long, et les personnes atteintes de blennorhagie des conduits excréteurs de la prostate ne peuvent engendrer, parce que la destination démontrée jusqu'à l'évidence du suc prostatique nécessite l'intégrité de la sécrétion prostatique.***

Il est très-difficile d'établir, pendant la vie, le diagnostic de la blennorrhagie des conduits prostatiques sur des symptômes caractéristiques particuliers ; mais la participation de la prostate aux maladies de la vessie et de l'urèthre peut, en général, se constater approximativement. Des douleurs excessives, dont le malade lui-même indique difficilement le siége en raison de la situation profonde de la glande, le gonflement d'un lobe isolé, impossible à reconnaître s'il existe en avant, et constatable en arrière seulement, s'il est considérable, ne peuvent mettre sur la trace de l'affection blennorrhagique ou de la prostatite, dont les symptômes, signalés par les praticiens, sont tous ensemble et séparément dépourvus de certitude. — La quantité et la nature de la sécrétion sont le plus sûr point d'appui du diagnostic. — Du 20e au 26e jour environ de la blennorrhagie, un observateur attentif pourra remarquer un changement de couleur et de sécrétion, les mucosités d'abord blanchâtres devenant tout à coup jaune verdâtre, et la compression exercée sur le pénis, à partir de sa racine, en augmentant extrêmement l'abondance.

Une sensation de picotement au rectum est le signe d'un état normal du lobe postérieur de la prostate, mais sans qu'on puisse préciser cet état. Un symptôme de grande valeur pour reconnaître l'extension de la blennorrhagie à la partie prostatique de l'urèthre est la difficulté d'introduire dans le canal la sonde qui y pénétrait auparavant sans obstacle, et la violente douleur au moment du passage de l'instrument dans la portion prostatique, même à la période chronique de la blennorrhagie. Les douleurs lancinantes qui peuvent s'étendre spontanément jusqu'aux testicules, et des sensations pénibles irradiant par toute la sphère des organes uro-génitaux, peuvent exister dans toute affection inflammatoire de l'un ou de l'autre de ces organes sans en caractériser aucune.

Le diagnostic est plus facile sur le cadavre. Les orifices excréteurs de la prostate, au nombre de 15 ou 16, sont groupés, comme on sait, autour de la crête uréthrale ou sur le trigone même, où on peut reconnaître si le processus mobide s'est étendu ou non aux canaux excréteurs de la prostate. Dans le premier cas, on voit sur le cadavre une injection intense de toute la portion prostatique de l'urèthre, notamment autour de la crête, et en pressant un peu la prostate, on en voit sortir une véritable sécrétion blennorrhagique.

Il est très-intéressant d'observer que, même après la disparition complète du processus blennorrhagique de l'urèthre, celui de la prostate peut persister, et nous possédons deux magnifiques préparations sur lesquelles on ne voyait, dans l'urèthre, aucune trace de blennorrhagie, tandis que les canaux excréteurs de la prostate et les acini eux-mêmes étaient, comme le démontre le microscope, remplis de mucosités blennorrhagiques. Ces sécrétions étaient si abondantes que, en pressant sur la prostate, elles sortaient en grande quantité de chaque canal. Nous avons pu faire cette expérience d'une façon très-remarquable sur un individu mort du typhus. Tout le long de l'urèthre, on ne voyait aucune trace de processus blennorrhagique récent, seulement le trigone de Lieutaud, la crête uréthrale et l'orifice interne de l'urèthre étaient dans l'état que nous avons décrit précédemment comme caractéristique de l'affection de la prostate : hyperémie considérable avec gonflement et petites érosions.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Amputation sous-astragalienne; reproduction d'une partie du calcanéum. — M. DESPRÉS montre le moule d'un moignon d'amputation sous-astragalienne, où il est apparent qu'il y a eu une reproduction d'une portion du calcanéum. M. le docteur Dubois de Marville, dit-il, m'a envoyé ce moule, qui a été pris neuf mois après l'opération sur un soldat du 8e d'artillerie, Eugène (Charles), que j'ai amputé à Beaugency, quatre heures après sa blessure. M. Dubois pensait que j'avais pratiqué l'amputation médio-tarsienne, et me faisait savoir qu'il n'y avait pas de renversement du talon. Ce confrère dit : « le calcanéum obéit à des mouvements fort étendus en arrière, en haut et en dehors... Lorsque le calcanéum revient en flexion, il y a action des fléchisseurs si bien combinée avec ce mouvement, mettant la cicatrice elle-même en jeu, que l'on croirait que les fléchisseurs de la jambe font la flexion du moignon, tandis que le tendon d'Achille en fait l'extension. »

Il y a ici, messieurs, une reproduction d'os. Je sais bien que l'on a noté qu'il se reproduisait un peu d'os dans le bout du tendon d'Achille, à la suite des opérations sous-astragaliennes, mais ce n'est pas au point où sont ici les choses, d'après ce que l'on voit sur ce moule, surtout à la partie postérieure et au-dessous de l'astragale.

On peut expliquer cette reproduction, plus considérable que les reproductions de ce genre pour la même opération, reproduction que M. Ollier m'a dit avoir observé, mais à un degré beaucoup moins appréciable, par le décollement traumatique du périoste sur les os, à une grande distance des fractures par coup de feu. En effet, mon malade avait eu l'avant-pied emporté par un obus. Un ébranlement considérable avait eu lieu, et nous verrons tout à l'heure qu'il n'était pas borné aux os du pied. Le périoste du calcanéum avait été détaché, et, sans doute, je l'avais ménagé ou j'en avais ménagé des portions étendues, en rasant les os. De là cette reproduction aussi considérable d'un os au-dessous de l'astragale.

A l'occasion d'un rapport sur des nécroses totales des os, à la suite des plaies par armes à feu, j'ai déjà insisté sur ce fait du décollement du périoste, loin des points frappés par des balles ou des éclats d'obus, décollement qui s'effectue au moment ou le coup est reçu et s'étend très-loin sur les parties de l'os intact. Les articulations n'arrêtent pas la transmission du décollement périostique, et sur le moule que je vous présente, vous voyez une cicatrice enfoncée, trace de l'ouverture d'un abcès sous-périostique qui s'est formé sous mes yeux, sur le tibia, là où je sentais un épanchement sanguin au moment de la blessure. Là le périoste avait été décollé au moment de la blessure; ce n'était pas le résultat d'un de ces épanchements de sang consécutifs que M. Le Fort avait reconnu capable de décoller le périoste, lorsque le rapport que je vous ai présenté a été discuté.

Le décollement traumatique du périoste a été certes reconnu, lorsque Begin, Dupuytren admettaient des esquilles libres et des esquilles adhérentes; ils avaient certes la connaissance des faits de décollement du périoste, mais ils n'avaient point vu le décollement du périoste à grande distance sur les parties intactes des os.

M. LE FORT. J'ai dit que c'était surtout l'inflammation qui causait le décollement du périoste.

M. VERNEUIL. La reproduction d'os, au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, est un fait reconnu après l'amputation sous-astragalienne. Quant à l'ébranlement des os à la suite des plaies de guerre, le fait a été constaté par M. Muron, et M. Després aurait pu rappeler ce travail. Il manque d'ailleurs une preuve. A-t-on cherché quel était le volume de l'os reproduit, à l'aide d'aiguilles à acupuncture introduites comme l'avait proposé Malgaigne, pour se rendre compte de la situation et du volume des os? On ne peut donc dire rien de certain.

M. CHASSAIGNAC. On peut expliquer le décollement périostique par la production d'épanchements sanguins. J'ai fait sur le cadavre des expériences qui sembleraient le prouver, en cherchant à sectionner les os avec une cisaille de Liston. J'ai vu sourdre une pluie de sang des os; un choc sur un os vivant est capable de produire des phénomènes semblables et de causer une suffusion sanguine sous le périoste.

M. LARREY. Il y a des faits de reproduction du calcanéum. Malespine, je crois, avait réséqué un calcanéum nécrosé et avait obtenu une reproduction osseuse. Le fait présenté par M. Després rentre dans la série des faits de reproduction diverses des os qui ont été publiés dans les Bulletins de la Société.

M. DESPRÉS. Le mémoire de M. Muron, publié dans la *Gazette médicale*, a été cité dans mon rapport sur l'observation de M. Chipault. Je me suis appuyé sur les recherches de M. Muron pour expliquer les nécroses consécutives aux plaies des os. Il a bien vu la contusion des os et les épanchements de sang dans le canal médullaire des os. Il n'a pas insisté sur le décollement traumatique du périoste.

De mon côté, j'ai voulu faire remarquer seulement ce point, c'est que dans les fractures par coups de feu, le périoste était décollé dans une assez grande étendue loin des parties fracturées; et je n'hésite pas à penser que nous retrouverons dans nos hôpitaux les mêmes faits de décollement du périoste au loin dans le cas de mutilation des membres par les machines.

M. FORGET. Je ne trouve pas que le fait présenté par M. Després prouve la loi qu'il veut établir. Je vois bien un peu de calcanéum reproduit ou au moins quelque chose qui y ressemble. Le fait n'est pas concluant. Peut-on dire que c'est le périoste du calcanéum qui a reproduit de l'os? On n'en sait rien.

M. Broca a signalé ici un fait de reproduction d'une portion du radius où il y avait quelques noyaux osseux au milieu du tissu fibreux. Lisfranc, pour des résections de la mâchoire, avait souvent cherché à enlever l'os en rasant le périoste, il n'a obtenu que du tissu fibreux avec quelques noyaux osseux. En somme, le fait de M. Després n'est pas assez concluant pour prouver la théorie.

M. SÉE. L'insertion du tendon d'Achille sur le calcanéum est peu étendue; elle se fait sans l'intermédiaire du périoste. Il me paraît difficile qu'elle reproduise de l'os. Ce qu'il y a d'apparent sur ce moignon, c'est une tubérosité osseuse; est-il certain que le calcanéum n'a pas été laissé?

M. DESPRÉS. C'est moi qui ai pratiqué la désarticulation sous-astragalienne.

M. TRÉLAT. Le décollement du périoste est admis depuis longtemps. M. Vaslin, après d'autres, en a cité des exemples dans sa thèse.

M. CHASSAIGNAC. J'ai amputé un blessé qui avait eu une balle dans la partie inférieure du bras. J'ai trouvé une poche périostique pleine d'esquilles, et quand j'ai voulu couper l'os, j'ai été obligé de remonter jusqu'à la gouttière radiale pour trouver le périoste adhérent.

M. DESPRÉS. Je répondrai à M. Forget que je ne me sers pas du fait actuel pour établir la théorie. Au contraire, je me sers de la théorie pour expliquer le fait : l'os reproduit ici en assez grande quantité, l'est parce qu'il a été conservé du périoste, qui était décollé par l'effet du choc et de l'ébranlement des os du pied.

Oui, on a cité des faits de décollement du périoste, mais dans les points où il y avait des fissures, que l'on a appelé les fractures avec conservation du périoste : oui, cela est connu. Mais je dirai à M. Trélat que ce qui a besoin d'être dit et répété, c'est que le périoste est décollé parfois loin du point fracturé, sur les parties intactes de l'os, sur le tibia, pour des fractures du cou-de-pied, sur le fémur, pour les coups de feu dans le genou. Il en ressort une indication thérapeutique : quand l'on ampute, il faut amputer

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

très-loin au-dessus des fractures par coup de feu, si simples qu'elles paraissent, sous peine d'avoir des nécroses dans le moignon.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

ÉTUDE SUR LE HORSE-POX (1).

Contagion du horse-pox. — C'est le liquide clair et limpide des vésicules qui réussit le mieux dans les inoculations. Cependant les croûtes épidermiques conservent des propriétés virulentes, et en les laissant macérer pendant vingt-quatre heures dans la glycérine, on obtient un liquide très actif.

Le fluide pris dans les vésicules est-il visqueux ou filant? Point de renseignements là-dessus ; mais, à en juger par l'abondance du suintement, il ne doit guère avoir de viscosité.

Quand l'éruption existe dans la bouche, la salive est virulente, et des inoculations expérimentales ont réussi avec ce produit de sécrétion. Ainsi s'explique la transmission fréquente entre chevaux voisins dans l'écurie, parce que, mangeant ensemble, les salives se mêlent, et qu'aussi les fourrages s'en imprègnent.

Un autre mode de transmission accidentelle se fait par les litières sur lesquelles ruisselle la sérosité qui s'écoule des jambes, et aussi par les entraves en corde qui servent à maintenir les juments que l'on fait saillir (épidémie de Rieumes). Sans doute, dans ces cas, le virus s'introduit par quelque plaie ou excoriation.

Citons ici une ingénieuse expérience de M. Bouley. Il a fait contracter le horse-pox à une série de chevaux en les plaçant l'un après l'autre dans la même stalle, habitée une première fois par un animal affecté de la maladie. Tous ceux qui s'y succédaient la contractaient à leur tour, et quelquefois aussi leurs voisins immédiats; mais plus loin, dans l'écurie, aucun phénomène de contagion ne s'est produit. Donc, dit M. Bouley, le horse-pox « n'est pas infectieux, » traduisons : ne se contracte point par absorption pulmonaire.

Cependant les expériences de M. Chauveau ayant démontré qu'on obtient un horse-pox généralisé avec du vaccin injecté dans les vaisseaux ou déposé dans le tissu cellulaire sous cutané, comment se fait-il que l'absorption pulmonaire fasse défaut ?

Cette exception dans les voies de l'absorption serait-elle due à quelque disposition organique particulière chez les chevaux? Cela n'est pas probable. L'absorption pulmonaire fait sans doute défaut, parce que tout simplement le virus ne se trouve pas mêlé à l'air. Comment, dans nos épidémies de variole, le mélange se fait-il? Est-ce par le pus qui, s'évaporant, entraînerait les particules solides, ou bien serait-ce par les innombrables croûtes tombant des malades, jonchant le sol, et qui, foulées aux pieds, seraient broyées en une fine poussière infectant l'atmosphère (Voir ma note : *Comptes rendus, Acad. des sc.*, 1869)? Si c'est de cette manière que les choses se passent dans nos épidémies de variole, la question serait de savoir si, chez les chevaux atteints de horse-pox, les croûtes sont également nombreuses, également exposées à être broyées.

Le horse-pox n'est pas seulement transmissible du cheval au cheval, mais encore, comme on le sait depuis Jenner, du cheval à l'espèce bovine, et directement aussi du cheval à l'homme.

Transmission à l'espèce bovine. — Dans ce passage, deux faits se remarquent : 1° le liquide inséré devient *visqueux*, conséquemment moins propre à l'absorption rapide; 2° les boutons qui surgissent ne se généralisent pas sur le corps; ils sont toujours *locaux*, et si l'on en rencontre ailleurs que sous le ventre, c'est exceptionnellement et aux naseaux seulement.

Transmission du horse-pox à l'homme. — Les boutons amenés par l'inoculation s'accompagnent d'inflammation douloureuse, de lymphangite et de phénomènes généraux tels que lassitude, fièvre intense. A ce sujet, M. Bouley rapporte deux faits d'un grand intérêt, l'un déjà ancien, dû à Loy, qui a inoculé le horse-pox à un enfant.

« D'abord il y a eu incubation; puis, le troisième jour, la pustule était entourée d'un peu d'inflammation; le quatrième jour, elle était fort élevée, et le cinquième, on apercevait une vésicule de couleur pourpre; le sixième et le septième, la vésicule a augmenté et est devenue plus épaisse. L'enfant a eu des frissons, des nausées et des vomissements. Ces symptômes ont été suivis de beaucoup de chaleur, de mal de tête et d'une respiration accélérée ; le pouls était fréquent et la langue blanche; *ces symptômes avaient disparu le neuvième jour.* »

Ce tableau ne rappelle-t-il pas la *variole inoculée*, dans sa forme dite *longue espèce*, dans laquelle un accès de fièvre survient le septième jour?

Voici le deuxième fait observé par M. Bouley sur un élève d'Alfort, M. Amyot.

En 1863, on pratique sur un cheval l'opération du javart cartilagineux, et la jambe opérée devient le siége d'un suintement abondant que l'on prend pour une complication de l'affection dite *eaux aux jambes*.

Le 3 août, l'élève se pique à un doigt de la main *droite*; le lendemain, la plaie est tuméfiée et un peu douloureuse ; le 5, un peu de malaise et une très-grande faiblesse; puis, le 6, le 7 et le 8, des pustules se montrèrent successivement sur les doigts de la main *gauche* et au *front*, au niveau de la racine du nez, entre les deux sourcils. M. Bouley, n'ayant pas encore reconnu la nature du mal, est dans une grande anxiété ; mais dès le 9, M. Bouley se rassure complétement, les boutons accusant la forme de ceux du cow-pox et de la vaccine. Le 10, lymphangite très douloureuse le long des deux membres supérieurs, et engorgement douloureux des ganglions de l'aisselle, ainsi que des ganglions en arrière des mâchoires. Cet état se prolongea jusqu'au 13 août. A la fin du mois, tout avait disparu, et les pustules étaient complétement cicatrisées.

Ces deux faits semblent démontrer que le liquide virulent du horse-pox, transmis à l'homme, est susceptible d'être absorbé plus rapidement que le liquide visqueux du cow-pox.

Après avoir exposé ces faits, que j'ai pris la liberté d'interpréter de mon point de vue particulier, M. Bouley discute l'idée émise par M. Auzias-Turenne, celle de régénérer notre vaccin en le reportant sur le cheval et non sur la vache. M. Bouley penche pour la négative, en en appelant toutefois à l'expérimentation. Pour moi, je n'ai pas d'opinion là-dessus ; à mon avis, il faut, d'une part, reprendre l'étude de la variole *ab ovo*, et, d'autre part, chercher à en établir la physiologie pathologique. Si les virus variolique, vaccinal et équin sont, comme on le dit, des *ferments*, il s'ensuit que les maladies dites *variole*, *cow-pox*, *horse-pox*, sont des fermentations qu'il faut examiner comme les chimistes examinent aujourd'hui les leurs; c'est ainsi que la somme de réceptivité que nous apportons en naissant deviendra le *corps fermentescible* ; c'est ainsi que l'immunité, après une première atteinte, sera considérée comme une *fermentation épuisée*; c'est ainsi qu'il faudra rechercher où les ferments puisent leur *oxygène*, etc., etc. (Voir mes *Mystères de la petite vérole*).

Quand nous connaîtrons la physiologie pathologique de ces affections, nous trouverons les moyens de les prévenir plus sûrement et aussi de les traiter. Aujourd'hui, en face d'une variole, nous sommes des horlogers devant réparer des montres dont nous ne connaissons nullement le mécanisme.

A. NETTER.

(1) Fin. — Voir le numéro du 23 avril.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — Le ministre de l'instruction publique ayant résolu de pourvoir à la chaire de pathologie chirurgicale vacante à la Faculté de médecine de Paris, les candidats à cette chaire sont invités à faire parvenir au secrétariat de l'Académie de Paris :

1° Leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur ; 3° une note détaillée des titres qu'ils ont à faire valoir, comprenant l'indication de leurs services dans l'enseignement et l'énumération de leurs ouvrages et de leurs travaux.

Le registre d'inscription sera clos le vendredi 10 mai, à 3 heures.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 8 mai, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : Rapport de la commission chargée de l'examen des mémoires envoyés au concours pour le prix fondé par la Société.

— On demande à acheter une clientèle à Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13

N° 51. — JEUDI 2 MAI 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 2 MAI 1872. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CO[illegible]DICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* [illegible] de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiqu[illegible]rés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnemen[illegible] Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Érysipèle traumatique de la face. Œdème de la glotte consécutif. Mort. Autopsie. — Épithélioma, ulcérations par pénétration des produits morbides dans les orifices des glandes cutanées (M. Duménil). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La question de la thoracentèse a été portée hier à la tribune de l'Académie par M. Béhier. C'est la troisième ou quatrième fois qu'elle y paraît depuis quelques années. Chaque fois, elle a fait un pas nouveau; si bien qu'aujourd'hui on ne discute plus sur le principe. Ce ne sont plus des objections que l'on fait, ce sont tout au plus des réserves. Il ne s'agit plus que de savoir s'il y a encore des limites à imposer à son application, ou si elle peut et doit être faite toujours et dans tous les cas d'épanchement; si certaines complications, comme une tuberculose commençante ou imminente, constituent une contre-indication, ou si elles sont, au contraire, un motif de plus d'opérer; enfin quels sont les meilleurs procédés opératoires, et s'il y a lieu ou non de chercher à perfectionner les appareils et l'instrumentation usités jusqu'à présent.

Dans sa confiance en l'innocuité complète de l'opération de la thoracentèse, sous les garanties d'une bonne méthode opératoire, et dans sa conviction ferme et entière de l'utilité qu'il y a de vider la poitrine dès qu'on s'est assuré qu'elle est le siége d'un épanchement, M. Béhier, qui paraissait considérer d'avance la cause de la thoracentèse comme gagnée auprès de ses collègues, ne s'est guère préoccupé dans sa communication que de l'instrumentation. C'est moins une dissertation sur la thoracentèse qu'il a faite qu'une présentation d'appareils (appareils de M. Regnard, de M. Thenot et de M. Castiaux, qui ne sont les uns et les autres que l'appareil de M. J. Guérin plus ou moins modifié).

Aussi, au lieu d'une discussion, comme on aurait pu s'y attendre, ce n'a été qu'un simple échange de quelques observations, qui s'est établi sur cette communication, entre MM. Chauffard, Pidoux, Colin, Hérard, J. Guérin et Béhier.

Quelques réserves ont été faites, et nous devons d'autant moins nous en étonner que nous en avons fait quelques-unes nous-mêmes, il y a quelques jours à peine, au sujet de la lettre de M. Castiaux à M. Béhier.

Ainsi M. Chauffard s'est demandé s'il était bien réellement utile de faire de la thoracentèse le traitement régulier et unique de tous les épanchements pleurétiques, et si la généralisation de cette pratique ne pourrait pas, dans certaines circonstances, entraîner des dangers.

Telle avait été aussi notre préoccupation. Mais M. Chauffard a été plus loin; il s'est demandé si, en généralisant ainsi la thoracentèse, on ne se privait pas des avantages que pouvait donner dans certains cas un traitement révulsif énergique. Un autre point plus sérieux l'a préoccupé, et cette préoccupation a été partagée aussi par M. Pidoux : c'est la question de savoir si, contrairement à l'opinion de M. Béhier, l'évacuation rapide de l'épanchement n'était pas pour quelque chose dans le développement ultérieur de la tuberculose. Enfin est-il bien utile de recourir à des appareils nouveaux pour l'opération de la thoracentèse et l'appareil de Reybard avec les modifications qu'y a introduites récemment M. Blachez, ne suffit-il point?

Telles ont été les observations principales de M. Chauffard, auxquelles M. Béhier a répondu, comme on le verra dans le compte rendu de la séance. Nous avouerons, d'accord avec M. Béhier, ne pas très-bien comprendre en quoi il pourrait être plus nuisible, au point de vue du développement ultérieur d'une tuberculose plus ou moins latente, d'évacuer d'un coup le liquide épanché dans la poitrine, que d'en attendre la résorption lente des efforts de la nature aidés par la médication usuelle. Jusqu'à ce que des faits précis viennent démontrer la réalité du danger de la thoracentèse à ce point de vue, — et le fait cité par M. Chauffard ne ne nous paraît pas suffisamment démonstratif à cet égard, — nous avouons que nous pencherions beaucoup plus volontiers vers l'opinion contraire. Ç'a été aussi l'avis de M. Hérard, si nous l'avons bien entendu.

Quant à l'instrumentation, nous serions plus volontiers de l'avis de M. Chauffard. Non que nous pensions que le mieux soit toujours l'ennemi du bien, comme on le répète trop banalement; mais il nous semble qu'ayant à choisir, selon les cas, entre les procédés Reybard et Blachez, d'une part, ceux de MM. J. Guérin et Dieulafoy, d'autre part, le besoin de nouveaux appareils ne se faisait que médiocrement sentir. Nous n'avons nulle prévention, d'ailleurs, à cet égard, et du jour où la pratique nous en démontrerait l'utilité, nous ne ferions pas la moindre difficulté de les préconiser.

Nous signalerons à l'attention de nos lecteurs les conclusions du travail dont M. Tillaux a donné lecture à l'Académie, à la suite de cette petite discussion.

Dr BROCHIN.

HOTEL-DIEU. — M. Dujardin-Beaumetz.
Suppléant de M. Vigla.

Érysipèle traumatique de la face. — Œdème de la glotte consécutif. — Mort. — Autopsie.

(Observation recueillie par M. Campenon, interne du service.)

Le dimanche 25 février, le nommé V... (Jean-François), âgé de 45 ans, faisait une chute en descendant un escalier; il en résultait une plaie contuse à la région occipitale, et sans s'occuper davantage de cet accident, il retournait le lundi à son travail.

Le mardi, il eut du frisson, quelques nausées, et s'aperçut que tout le cuir chevelu lui faisait mal.

Le mercredi, les ganglions sous-maxillaires devenaient douloureux, il y avait de la difficulté à écarter les mâchoires, en même temps que la face devenait douloureuse à la pression et présentait une enflure généralisée avec rougeur légère.

Le jeudi, troisième jour après l'apparition du frisson initial, V... s'aperçut qu'il avalait avec peine, la déglutition était douloureuse; en même temps la respiration se faisait difficilement par les fosses nasales.

Le vendredi 1er mars, aux troubles préexistants vient s'ajouter une difficulté très-grande à respirer, ce qui décide V... à quitter son logement et à se faire porter à l'hôpital.

Il entrait au nº 21 de la salle Saint-Julien. A ce moment, trois heures de l'après-midi, la dyspnée était extrême, la respiration très-laborieuse; à peine percevait-on le murmure respiratoire dans la poitrine. Un vomitif, prescrit par l'interne de garde, amenait un soulagement marqué; aussi son état, quand nous le vîmes à cinq heures, était-il beaucoup moins menaçant.

Voici les symptômes qu'alors nous pûmes constater :

Tuméfaction considérable de la peau, du cuir chevelu et de la face, s'étendant jusqu'à la partie supérieure du cou, où elle se termine à peu près brusquement, mais sans cependant présenter un liséré net. Cet œdème est dur, douloureux à la pression, de couleur pâle.

Au niveau de la région occipitale, existe une plaie difficile à voir au milieu des cheveux, collés par du sang et un peu de pus.

Dyspnée intense; le malade est assis dans son lit, cherchant à prendre avec ses bras un point d'appui.

A la percussion, la poitrine est sonore.

A l'auscultation, inspiration longue, sifflante; expiration facile, mais s'accompagnant au début d'un bruit de drapeau. On perçoit les mêmes signes stéthoscopiques, mais peu prononcés encore, par l'auscultation directe du larynx.

Le doigt, introduit dans la cavité buccale, permet de sentir sur les côtés de l'épiglotte, qui paraît saine, deux masses molles, de consistance gélatineuse, qui sont évidemment les replis aryténo-épiglottiques œdématiés.

La voix est faible, mais non éteinte, entrecoupée, mais bien nette; le malade nous fournit, en effet, tous les renseignements que nous avons rapportés plus haut.

Le pouls est petit, misérable, fréquent; du reste, irrégulier, variant en fréquence d'un moment à l'autre : 95-110. Les extrémités sont froides, mais non cyanosées. Les urines sont peu abondantes; pas de traces d'albumine.

L'état resta le même jusque vers trois heures du matin, heure à laquelle survint un accès de suffocation auquel le malade succombait au bout d'une demi-heure, malgré la trachéotomie qui avait été pratiquée au plus fort des phénomènes asphyxiques.

A l'autopsie, faite vingt-huit heures après la mort, nous constations les lésions suivantes :

1º Au niveau de la bosse occipitale externe droite, plaie longue de 4 centimètres, à bords contus; cette plaie ne va pas jusqu'aux os, qui sont parfaitement intacts;

2º Le cuir chevelu est infiltré d'un liquide séreux louche, qui ne s'écoule pas par la coupe des tissus comme le fait l'œdème simple;

3º Infiltration de même nature sur la face, le cou, mais s'arrêtant en arrière au-dessous de l'occipital, et en avant à la ligne des clavicules; l'épiderme des parties œdématiées se détache assez facilement par places;

4º Le cerveau présente une très-légère congestion; les méninges sont gorgées de sang, mais il n'y a ni méningite, ni méningo-encéphalite;

5º Le foie, les reins, la rate, sont sains; légère congestion;

6º La cavité buccale est saine;

7º Œdème considérable des replis aryténo-épiglottiques; œdème qui s'étend également un peu aux parties latérales du pharynx à ce niveau; rien à l'épiglotte, mais légère infiltration œdémateuse de la muqueuse de toute la portion sus-glottique du larynx. Ici, comme au cuir chevelu, le liquide infiltré est louche et ne s'écoule qu'assez lentement après sa sortie des parties;

8º Rien de particulier du côté de l'œsophage; mais toute la trachée et les bronches, dans leurs grosses divisions, offrent une rougeur très-marquée, ne disparaissant ni par le lavage, ni par la pression; c'est un piqueté dans certains points et des arborisations dans d'autres;

9º Les divisions ultimes des bronches sont saines, et, quant aux poumons, s'ils sont congestionnés, ils n'offrent aucune altération profonde.

En résumé, plaie du cuir chevelu, suivie d'érysipèle au dernier jour; érysipèle gagnant le pharynx et le larynx au troisième jour de son apparition, et amenant la mort par asphyxie produite par un œdème de la glotte consécutif.

Depuis les travaux de Gubler, Lallier, Labbé, Cornil, etc., l'érysipèle-œdème a pris droit de cité dans le cadre nosologique, et l'on admet sans conteste aujourd'hui et la laryngite érysipélateuse et l'angine érysipélateuse.

L'œdème de la glotte trouve ainsi une explication nette et précise; mais si l'on parcourt les observations analogues on est frappé de ce fait : c'est que tantôt il y a œdème des replis aryténo-épiglottiques, l'inflammation de la muqueuse ne dépassant pas l'orifice supérieur du larynx, et tantôt, au contraire, absence d'œdème, et cependant le larynx et la trachée sont atteints par l'érysipèle. Ne voyons-nous pas, en effet, dans les observations de Gübler (*Gaz. méd.*, 56), de J. Simon (*Soc méd. des hôpitaux*), de Labbé (dans sa thèse), des érysipèles étendus au larynx, à la trachée, aux bronches, et cela sans œdème ou avec très-peu d'œdème aryténo-épiglottique?

Faudrait-il donc admettre avec Bayle que « ce n'est pas sur les faces de l'épiglotte que se produit l'œdème coïncidant avec l'érysipèle de la face,» et qu'ainsi s'expliquerait l'absence presque absolue de troubles fonctionnels dans les cas précités? Non, sans doute; d'abord parce que rien de pareil n'est signalé dans les faits précédents, et ensuite parce que ceux de Gübler (thèse de Laillier, 1848), de Laborde (1861), et celui même qui fait le sujet de cette observation, sont des plus nets à l'égard d'un œdème considérable de la glotte, amenant la mort.

Ainsi donc, au point de vue de la terminaison fatale, dans les cas d'érysipèle-œdème, nous constatons deux groupes distincts : dans l'un, l'œdème de la glotte consécutif amène rapidement la mort par asphyxie; dans l'autre, ce phénomène asphyxique fait défaut, quoique l'inflammation ait gagné par contiguïté la trachée et les hanches.

Ne pourrait-on rattacher ces différences à la variété même de l'érysipèle de la face? Nous regrettons que les observations dont nous avons parlé plus haut soient muettes à cet égard. Dans un seul cas (Laborde), nous trouvons signalé « le gonflement con-

sidérable de la face et du cou »; il y eut œdème de la glotte et mort; il en était de même chez notre malade.

Si nos prévisions se réalisaient, il y aurait là un élément important du pronostic. Dans le cas d'érysipèle-œdème consécutif à un érysipèle de la face, plus ce dernier s'accompagnerait d'un gonflement considérable de la peau, plus on aurait à redouter la terrible complication que nous avons observée. Nous pensons qu'il est bon d'appeler l'attention sur ce point de l'étude de l'érysipèle et de ses complications.

ÉPITHÉLIOMA

ULCÉRATIONS PAR PÉNÉTRATION DES PRODUITS MORBIDES DANS LES ORIFICES DES GLANDES CUTANÉES.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 10 avril 1872, par M. DUMÉNIL.)

H..., 65 ans, journalière, d'une bonne constitution, d'apparence robuste, se présenta à la consultation de l'Hôtel-Dieu, dans le mois de février 1869, pour une tumeur développée sur la face dorsale du 5e métacarpien droit; elle avait mis quatorze ans à se développer. Cette tumeur, du volume d'un haricot, dure, douloureuse à la pression, légèrement excoriée à sa surface, fut enlevée séance tenante. On y trouva, à l'examen microscopique, les éléments de l'épithélioma. Il n'y avait pas d'engorgement ganglionnaire; la plaie guérit assez vite.

Le 20 juillet 1869, cette femme entra à l'Hôtel-Dieu pour des ulcérations fistuleuses multiples de l'aisselle droite, résultant, suivant elle, d'une inflammation violente de cette région, qui s'était développée au mois de mai et avait nécessité plusieurs incisions.

Les parties molles de la paroi interne du creux axillaire sont indurées, dépourvues de mobilité, d'un rouge sombre, et présentent trois ouvertures entourées de fongosités et ressemblant aux trajets fistuleux des suppurations osseuses. Un stylet ne fait cependant pas découvrir d'os dénudé. Ces trajets fistuleux ne fournissent qu'une quantité très-médiocre de pus.

On trouve au-dessus de l'épitrochlée un ganglion gros comme une amande, mobile; une tumeur semblable existe sous le bord interne du biceps, au milieu du bras.

L'état général est bon. Pas d'amaigrissement. Douleurs assez vives dans l'aisselle.

Sur la face dorsale du 5e métacarpien, on trouve une cicatrice de bon aspect, sans indice de reproduction de la dégénérescence ancienne.

L'examen des fongosités de la région axillaire y révèle la présence de cellules épithéliales et de globes épidermiques.

L'état de la malade resta stationnaire assez longtemps, mais le ganglion sus-épitrochléen finit par augmenter de volume, et, en avril 1870, il présentait une fluctuation évidente. A la même époque, la cicatrice de la main redevint douloureuse; il s'y forma des croûtes épidermiques, et, au centre, une production comme cornée, conique.

En même temps, deux petites ulcérations se formèrent un peu en bas et en dehors du mamelon. Ces ulcérations commencèrent par deux petits pertuis, ayant tout au plus les dimensions d'une tête de très-petite épingle, ressemblant à des orifices de glandules cutanées élargis. Un stylet fin montrait un décollement du derme aminci dans une zone d'un millimètre autour de l'orifice. Cette portion de peau décollée formait autour des pertuis un liséré rouge, sans induration, sans saillie.

Toute la masse du sein, de ce côté, paraissait plus ferme que de l'autre côté.

Les bords des petites ulcérations que je viens de décrire se détruisirent graduellement, et les ulcérations s'étendirent en proportion, tout en restant toujours superficielles, de niveau avec les parties voisines et sans base indurée.

Le ganglion sus-épitrochléen, devenu très-gros et douloureux, fut incisé et donna issue à une bouillie caséeuse. Ce produit fut examiné au microscope, en même temps que des parcelles enlevées des diverses ulcérations de la région axillaire, et on trouva partout les éléments caractéristiques de l'épithélioma : cellules épithéliales, globes épidermiques, cristaux de cholestérine.

30 mai. — Érysipèle du membre supérieur droit, qui est guéri le 7 juin.

Des nodosités se développèrent successivement, au nombre de huit ou dix, dans l'épaisseur du derme, sur la paroi antérieure du thorax jusqu'au milieu du sternum, sur la partie postérieure de l'épaule, séparées les unes des autres par des intervalles où la peau restait saine, atteignant un volume variable depuis celui d'une lentille jusqu'à celui d'un haricot. Quelques-unes de ces nodosités s'ulcérèrent.

6 juillet. — Dans l'aisselle gauche, on constate sous le bord du grand pectoral une tumeur du volume d'un petit œuf, mobile, sans changement de couleur à la peau.

En même temps que se développèrent les nodosités du derme du côté droit du thorax et la tumeur de l'aisselle gauche, l'état général, jusqu'alors bon, s'altéra. Il vint de l'amaigrissement; la peau prit une teinte bistre; l'appétit se perdit, les douleurs amenèrent l'insomnie.

La plaie correspondant au ganglion épitrochléen forma une vaste ulcération anfractueuse et répandant une odeur infecte. Les ulcérations du sommet du creux de l'aisselle prirent le même aspect. Les ulcérations signalées en dehors du mamelon restèrent toujours superficielles.

5 octobre. — La malade succomba dans le marasme, épuisée par les douleurs, l'insomnie et le défaut d'alimentation, le 5 octobre 1870, à huit heures du matin.

Autopsie, le 6 octobre, à neuf heures. — L'examen des organes abdominaux n'y révèle aucune dégénérescence. Le foie est gras à un degré très-prononcé. Les viscères thoraciques ne sont pas examinés, à cause de la nécessité de ménager le cadavre.

Des portions des divers points malades sont enlevées pour être soumises à l'examen microscopique.

La tumeur de l'aisselle gauche, du volume d'un œuf de poule, est formée d'une masse de consistance de fromage mou, enveloppée dans une coque fibro-celluleuse. Le microscope y révèle la présence de cellules de différentes formes, polygonales, en gourdes, fusiformes, avec des noyaux plus petits; on y trouve aussi quelques cellules à noyaux plus gros, des cellules mères contenant trois ou quatre cellules avec noyaux, des globes épidermiques, des cristaux de cholestérine.

La tumeur végétante de l'aisselle droite présente des cellules de formes aussi très-variées, mais avec des noyaux généralement plus volumineux. On y trouve des plaques réunissant un certain nombre de cellules avec leurs noyaux et des globes épidermiques.

Les petites tumeurs développées dans la peau s'écrasent facilement et ont un aspect caséeux. On y trouve des cellules polygonales très pâles, et peu de noyaux; ceux-ci sont petits. Elles présentent aussi des globes épidermiques.

Les ulcérations développées au voisinage du mamelon, sans induration préalable, sont recouvertes d'une couche mince caséeuse, où l'on trouve un grand nombre de noyaux libres, quelques cellules polygonales à noyau unique, de mêmes dimensions que les noyaux libres. Parmi ces cellules, j'en remarque une à deux noyaux.

J'avais d'abord songé à présenter ce fait comme un cas de généralisation d'épithélium, à cause de la présence de l'extension de la dégénérescence aux ganglions de l'aisselle gauche; mais en retrouvant signalée dans mes notes l'existence de noyaux sur le sternum, j'ai dû croire que j'avais fait erreur; mais ce fait me paraît mériter de fixer l'attention à un autre point de vue : les ulcérations développées en dehors du mamelon en l'absence de toute induration

préalable, et dans lesquelles on a constaté la présence des éléments de l'épithélium, ne m'ont paru pouvoir s'expliquer que par une véritable greffe des éléments pathologiques dans le conduit de quelques glandes cutanées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports d'épidémie, par MM. les docteurs Prévost (d'Hazebrouck), Routhier (de Baume-les-Dames), et Dagan (d'Albi);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans le département du Doubs, et en 1871 dans la Haute-Saône) (Commission des épidémies);

3° Un rapport de M. le docteur Ticier sur le service médical des eaux minérales de Capvern (Hautes-Pyrénées) en 1870 (Commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Un mémoire de M. le docteur Masse, présenté par M. Larrey, et relatif à l'emploi de l'acide quino-persique dans les fièvres intermittentes et rémittentes (Commission : MM. Poggiale, Gubler, Hérard);

2° Une note de M. Michaud (de la Nièvre) renfermant une théorie anatomo-physiologique d'un cas de mort relaté par M. Trélat dans la séance du 21 février dernier, de la Société de chirurgie (Commission : MM. Gosselin, Vulpian et Dolbeau).

3° Une lettre de remerciements de M. le docteur Maurin (d'Alger), lauréat de l'Académie.

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture d'une lettre de M. le docteur Jaubert.

« Monsieur le président,

« Dans la dernière séance de l'Académie (23 avril), M. le docteur Verneuil a donné lecture d'un mémoire intitulé : *Note sur la trachéotomie pratiquée avec le couteau galvano-caustique*. Témoin, il y a deux ans, d'une opération analogue, j'ai l'honneur de vous communiquer ce fait, intéresssant au point de vue de l'histoire de l'art.

« Le 13 avril 1870, M. le docteur Amussat pratiqua une opération de trachéotomie au moyen de la galvano-caustique thermique, avec l'assistance de M. le docteur Augouard fils et la mienne. Il s'agissait d'un enfant de 13 ans ayant depuis plus d'un mois un petit caillou dans la trachée artère.

« M. le docteur Amussat traversa les téguments et la trachée avec une aiguille courbe, portant un fil double de platine, de manière à comprendre dans l'anse métallique 2 centimètres environ du tube aérien. Après avoir enlevé l'aiguille, il saisit l'un des fils avec deux pinces en communication avec une pile, et fit la section des tissus compris dans l'anse sans écoulement sanguin. La trachée ouverte, l'enfant, dans un accès de toux, expulsa le corps étranger. Le 21 mai, la plaie était cicatrisée et l'enfant guéri de l'inflammation pulmonaire occasionnée par la présence du corps étranger.

« Je crois que c'est la première opération de ce genre qui ait été pratiquée en France, et, si elle n'a pas été faite à l'étranger avant l'année 1870, elle établit la priorité de ce nouveau mode opératoire en faveur de M. le docteur Amussat.

« Veuillez agréer, etc.

« Dr Jaubert. »

PRÉSENTATIONS

M. DAREMBERG offre en hommage, de la part de M. le docteur Corlieu, une étude médicale sur la dynastie des Valois.

M. BOUCHARDAT dépose sur le bureau, de la part de M. le docteur Debout, une brochure sur les gravelles rares.

M. TARDIEU présente, de la part de M. le docteur Fournier, un volume intitulé : *Jean de Vigo, le Mal français*, traduction et commentaires.

M. LARREY présente : 1° une brochure sur le traitement du cancer de l'utérus par la galvano-caustique thermique, par M. Amussat; 2° la 1re partie d'un *Traité d'histologie*, de M. le docteur Fort ;

M. J. GUÉRIN présente, au nom de M. Carcassonne, une note sur un procédé nouveau de taille hypogastrique, ou plutôt sur une modification du procédé Rousset.

M. Jules Guérin s'exprime ainsi :

« La distension de la vessie par une injection d'eau tiède est utile pour développer la surface de cet organe non recouverte par le péritoine, et pour faciliter l'opération; mais dès que la cavité vésicale est incisée, cette eau se répand dans le bassin et en inonde les tissus. C'est, comme vous le savez, un grave inconvénient.

« Que fait M. Carcassonne? Une chose bien simple. Il distend la vessie comme dans le procédé Rousset; mais il n'oublie pas de la vider avant de l'inciser. La taille hypogastrique se fait alors en quatre temps principaux :

« 1° Injection d'eau tiède à l'aide d'une sonde à robinet ;

« 2° Incision de l'abdomen. La vessie est saisie et maintenue à l'aide d'une pince ordinaire ;

« 3° On ouvre le robinet. La vessie est vidée complétement et on retire la sonde ;

« 4° Incision de la vessie, etc. C'est, comme on le voit, le troisième temps et la seconde partie du deuxième qui constituent la modification du procédé Rousset.

« Rien, assurément, n'est plus simple; mais je me hâte d'ajouter, rien aussi n'est plus important dans la taille hypogastrique. »

M. DEPAUL présente au nom de M. le docteur Caizergue : 1° une brochure ayant pour titre : *Des microzymases ; ce qu'il faut en penser*. — 2° *Conférences médicales sur la variole et la vaccine*.

M. PIDOUX présente une brochure ayant pour titre : *Action des eaux de Vichy sur le tube intestinal*, de M. Champagnat;

M. GOSSELIN. Une brochure intitulée : *Diagnostic des paralysies motrices des muscles du larynx*, par M. Nicolas Duranty.

M. CHASSAIGNAC dépose sur le bureau ses *Leçons sur la trachéotomie*.

COMMUNICATIONS

M. BÉHIER fait une communication sur la thoracentèse. Ayant, d'une part, obtenu toujours d'excellents résultats de son emploi dans le traitement des épanchements pleurétiques, et, d'autre part, pleinement convaincu de sa parfaite innocuité, il cherche, par tous les moyens possibles, à vulgariser, à généraliser cette méthode déjà préconisée par Trousseau, dont il ne fait que continuer l'œuvre. C'est dans ce but qu'il a essayé tous les différents appareils imaginés pour pratiquer le vide préalable, tels que ceux de MM. Dieulafoy, Regnard, Castiaux et Thenot.

Tous ces appareils offrent de grands avantages, surtout celui de M. Castiaux, qui paraît répondre à toutes les indications, et auquel M. Béhier donnerait volontiers la préférence s'il n'avait le grand inconvénient d'être fort coûteux. Or, les deux premières conditions que doit présenter un appareil qu'on veut mettre à la portée de tous les praticiens, sont la simplicité et le bon marché. C'est pourquoi M. Béhier propose d'employer tout simplement l'appareil imaginé il y a 30 ans par M. Jules Guérin pour l'aspiration des plaies, et de l'appliquer à la thoracentèse avec quelques légères modifications.

M. Béhier termine en donnant, en quelques mots, le résumé de 5 observations dans lesquelles il a pratiqué la thoracentèse avec un plein succès.

M. CHAUFFARD constate les progrès faits par la thoracentèse dans la pratique médicale depuis l'élan que Trousseau et, après lui, Béhier lui ont imprimé. Uniquement employée d'abord pour les cas *in extremis*, elle a bientôt été acceptée par les médecins, d'abord

pour les épanchements considérables, puis elle finit par gagner du terrain chaque jour, et tend à se poser comme méthode générale pour le traitement des épanchements de différente nature ; si bien que M. Béhier serait disposé à y avoir recours pour tous les épanchements. L'orateur se demande si M. Béhier peut ainsi, sans inconvénient, supprimer le traitement médical de la pleurésie. C'est là une grave question, et M. Chauffard pense qu'il y a encore de grandes réserves à faire avant de généraliser ainsi la thoracentèse pour le traitement de tous les épanchements; il peut y avoir quelque danger pour l'avenir dans cette généralisation de la thoracentèse.

M. Chauffard se demande, en outre, quelle utilité il y a dans les appareils à vide préalable pour les épanchements les plus simples. Est-ce que le trocart imaginé par M. Blachez, ou la méthode de Reybard avec l'addition d'une peau de baudruche, ne suffiraient pas en pareil cas?

Parmi les avantages que M. Béhier trouve dans la thoracentèse, il lui reconnaît celui de prévenir les affections tuberculeuses qui succèdent si souvent aux épanchements pleurétiques. M. Chauffard a vu des malades guéris en apparence d'un épanchement pleurétique par la thoracentèse, et revenir un mois après atteints d'une affection tuberculeuse en plein développement. Il se demande, à l'inverse de M. Béhier, jusqu'à quel point la thoracentèse ne serait pas pour quelque chose dans le développement de la tuberculose, d'autant plus que c'est toujours le poumon du côté où se trouvait l'épanchement qui présentait plus tard des lésions tuberculeuses. M. Chauffard accuse donc la thoracentèse, tout au moins de ne pas empêcher le développement de la phthisie. Dans tous les cas, il croit qu'il y a de grandes réserves à faire avant de généraliser ainsi cette méthode.

M. BÉHIER répond ainsi aux trois objections qui lui ont été soumises par M. Chauffard :

D'abord, il n'a pas à tenir compte de ces maladresses insignes dont on a cité quelques rares exemples, tels, par exemple, qu'une ponction du foie; il ne peut être responsable de pareilles erreurs, erreurs, du reste, qui ne pourront jamais être qu'exceptionnelles. La thoracentèse n'est donc pas entourée d'autant de dangers que M. Chauffard paraît le craindre. Ces dangers eux-mêmes ne sont pas si effrayants, et la ponction du poumon, dans un cas dont M. Béhier a été témoin, n'a présenté que de fort légers inconvénients. En second lieu, M. Béhier croit devoir recourir aux appareils à vide préalable, parce que le trocart de M. Blachez ou la méthode de Reybard modifiée ne parviennent pas à enlever tout le liquide. Il faut, en outre, beaucoup de temps lorsqu'on emploie ces appareils.

Quant à la tuberculose virtuelle dont a parlé à M. Chauffard, M. Béhier professe une opinion absolument opposée; il croit, au contraire, qu'il y a de grands inconvénients à laisser évoluer une pleurésie chez des individus prédisposés à la tuberculose; il cite, à ce sujet, l'observation d'un malade de la Pitié, chez lequel, pour des scrupules dont il se repent bien aujourd'hui, il ne s'est pas décidé à pratiquer la thoracentèse, et qui est resté dans les salles fort longtemps malade avec une fistule thoracique. . . . .

M. COLIN dit que, pour pratiquer la thoracentèse chez les animaux, on a recours à des procédés plus simples encore que ceux que propose M. Béhier. Mais ce qui arrive le plus fréquemment, c'est la régénération du liquide. Les ponctions répétées ont bien de la peine à guérir la maladie.

M. BÉHIER répond que c'est justement pour éviter la reproductions du liquide qu'il croit devoir recourir à des procédés autres que la simple ponction, avec laquelle on ne parvient jamais à extraire tout le liquide. Il fait observer, en outre, que ces appareils ne sont nullement compliqués; il ne voit aucun inconvénient dans leur emploi; la poitrine, dit-il, est extrêmement patiente, et il n'en veut pour preuve que l'exemple d'une femme chez laquelle, au lieu de pratiquer l'aspiration, on se trompa de robinet et on pratiqua, bien entendu dans un espace de temps fort court, le résorbement; elle n'en ressentit pas le moindre inconvénient.

M. J. GUÉRIN partage entièrement l'opinion de M. Béhier tant qu'il ne s'agit que d'épanchements séreux; mais il n'en serait pas de même si la question se généralisait et s'étendait aux épanchements purulents.

M. Guérin ne verrait pas de grands avantages dans l'emploi du trocart capillaire; il se sert, en pareil cas, d'un trocart recourbé. Quant à l'aspiration, il reconnaît parfaitement son utilité, mais il préfère l'aspiration intermittente au vide préalable brusque.

M. BÉHIER ne trouve aucun avantage à la pompe intermittente. Quant à ce qui est des épanchements purulents, il se demande si l'opération de l'empyème n'est pas préférable à tout autre moyen.

M. J. GUÉRIN croit que, même pour les épanchements purulents, la thoracentèse par la méthode sous-cutanée suffit.

M. PIDOUX fait observer que quand on a affaire à des pleurésies, à des péritonites et à des entérites de nature tuberculeuse, la pleurésie, la péritonite ou l'entérite occupent la première place et empêchent de voir l'affection tuberculeuse, qui reste pour ainsi dire à l'état latent, cachée derrière l'affection aiguë. On doit se demander si, par une raison quelconque, l'épanchement étant supprimé, la tuberculose ne marche pas plus rapidement.

M. Pidoux est tout disposé à admettre cette opinion. Il a remarqué, en effet, que la tuberculose pulmonaire était latente, tant que la pleurésie occupait le premier plan.

M. BÉHIER en demande pardon à M. Pidoux, mais il ne saurait partager cette opinion, et il ne croit pas qu'il y ait avantage à laisser évoluer une pleurésie à côté d'un poumon qui a de la tendance à se tuberculiser.

M. HÉRARD ne partage pas non plus l'avis de M. Pidoux et pense qu'il est dangereux de conserver un épanchement chez un tuberculeux, et croit même que sous l'influence seule de l'affection intrapulmonaire, cet épanchement peut avoir plus de chances de devenir purulent.

Il se fait encore quelques échanges d'explications entre MM. Béhier, Chauffard et Hérard; M. Colin cite un fait, emprunté à la médecine vétérinaire, à l'appui de l'opinion émise par M. Pidoux.

M. TILLAUX lit le résumé d'un mémoire intitulé : *Recherches cliniques et expérimentales sur les fractures malléolaires.*

Voici les conclusions de ce mémoire :

1° On comprend à tort sous le nom de fractures du péroné un certain nombre de désordres résultant d'un mouvement anormal du pied, qui peuvent porter sur la malléole externe, sur la malléole interne et sur le corps du tibia lui-même ;

2° Ces désordres doivent être réunis sous le nom générique de *fractures malléolaires;*

3° Les fractures malléolaires se produisent presque toujours dans un mouvement d'adduction ou d'abduction du pied, mouvement qui ne saurait exister sans un certain degré de projection de la pointe du pied en dedans ou en dehors;

4° Le mouvement d'adduction forcée du pied peut produire :

a. L'arrachement de la malléole externe seule;

b. Cet arrachement avec éclatement de la malléole interne ;

c. Ce même arrachement avec fracture sus-malléolaire transversale du tibia ; la luxation de la tête du péroné peut se substituer à l'arrachement de la malléole externe pour produire cette fracture transversale ;

5° Le mouvement d'abduction produit :

a. L'arrachement soit des ligaments latéraux internes, soit de la malléole elle-même ;

b. Consécutivement, la fracture du péroné avec plus ou moins d'intégrité des ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ;

6° De l'intégrité de ces ligaments péronéo-tibiaux inférieurs ou de leur arrachement du tibia résulte le degré de luxation du pied en dehors ;

7° Le péroné ne peut céder dans les fractures par abduction que si les ligaments internes où la malléole interne ont été préalablement brisés. (Renvoyé à l'examen d'une commission.)

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 mars 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

COMMUNICATION

Œdème de la glotte. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ présente un dessin très-bien exécuté par M. Moreau fils (de Tours), et reproduisant fort exactement un œdème de la glotte qu'il a eu l'occasion d'observer dans son service à l'Hôtel-Dieu, où il remplace actuellement M. Vigla.

Cet œdème de la glotte était survenu à la suite d'un érysipèle de la face qui avait été déterminé lui-même par une plaie du cuir chevelu et s'était étendu au larynx. Le malade chez lequel cet œdème a été observé a succombé, malgré la trachéotomie, à des symptômes d'asphyxie. (Voir plus haut.)

LECTURE

Urémie. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ lit, au nom de M. Ernest Hardy, et en son propre nom, une note sur un cas d'urémie. Il s'agit d'une femme atteinte de la maladie de Bright, qui a succombé après avoir présenté des symptômes urémiques de forme comateuse. MM. Beaumetz et Hardy ont examiné, pendant la vie et après la mort, le sang veineux de cette femme, et y ont constaté la présence d'une quantité notable d'ammoniaque. Ils se sont servis, pour ces recherches, du réactif de Nessler qui, comme on sait, se compose d'une solution très-concentrée d'iodure de mercure dans de l'iodure de potassium. Ce même procédé a été appliqué à l'examen du sang normal et y a aussi révélé la présence de cet alcali, mais en très-petite quantité, ce qui ne fait que confirmer les recherches de Brucke, qui affirme qu'il existe une très-petite quantité d'ammoniaque dans le sang normal.

M. Beaumetz termine par les conclusions suivantes :

1° L'ammoniaque existe, à l'état normal, dans le sang veineux de l'homme ;

2° Cette quantité d'ammoniaque augmente en des proportions très-notables dans certains cas d'urémie ;

3° Le réactif de Nessler est un procédé qui devra être désormais employé avec succès dans des cas analognes.

Discussion sur l'angine scrofuleuse.

M. ISAMBERT fait observer que les cas présentés par MM. Constantin Paul et Zibbermann sont tout à fait différents de ceux qu'il a étudiés. Il n'a entendu s'occuper en effet que des angines ulcéreuses de nature scrofuleuse qui ne sont pas des lupus, c'est-à-dire des cas d'angines scrofuleuses simples. Il n'a donc pas de réponse à faire à MM. Paul et Zibbermann, qui, au contraire, n'ont entretenu la Société que de cas de lupus de la gorge.

M. Paul, dans son mémoire, dit que l'angine ulcéreuse de nature scrofuleuse débute généralement par le voile du palais. Cela peut être vrai pour le lupus, mais c'est précisément le contraire qui a lieu dans les cas étudiés par M. Isambert. Telle est, selon lui, la classification, ce qu'au point de vue du siége on doit attribuer aux affections syphilitiques, scrofuleuses et tuberculeuses de la gorge.

Les lésions de la scrofule prennent généralement leur point de départ à la paroi postérieure du pharynx, celles de la syphilis à l'épiglotte, et celles de la phthisie à la commissure laryngée postérieure.

M. HILLAIRET s'élève contre cette classification des lésions scrofuleuses, syphilitiques et tuberculeuses d'après le siége. Les affections syphilitiques ne siégent pas, selon lui, spécialement sur l'épiglotte ; on en rencontre aussi sur les cordes vocales et les autres parties du larynx.

M. ISAMBERT ne nie pas qu'on puisse observer des lésions syphilitiques sur le larynx, mais il croit alors qu'elles ne s'y développent que tardivement, et qu'en pareil cas on rencontre toujours d'anciennes cicatrices sur l'épiglotte.

M. LAILLIER fait remarquer que le diagnostic différentiel offre les plus grandes difficultés quand les lésions sont anciennes et qu'on se trouve, par exemple, à la période cicatricielle; mais s'il s'agit de ces lésions au moment de leur début, il partage l'avis de M. Isambert.

M. Isambert étudie plus spécialement les angines ulcéreuses de nature scrofuleuse simples, pour ainsi dire bénignes. Or M. Laillier pense que, pour des cas de cette espèce, le diagnostic n'offre pas les mêmes difficultés que quand il s'agit de différencier l'angine scrofuleuse maligne des lésions syphilitiques.

M. GUYOT n'admet pas plus que M. Hillairet le diagnostic d'après le siége. Il a vu beaucoup de cas de syphilis et a observé des malades présentant des accidents secondaires sur le voile du palais, et il a vu des syphilides à la période ulcérative sur la paroi postérieure du pharynx, que M. Isambert donne comme étant le siége des lésions scrofuleuses.

M. ISAMBERT n'a fait que rapporter ce qu'il a vu en engageant ses collègues à faire de même, et laisse à l'avenir le soin d'éclairer la question.

M. MAURICE RAYNAUD désire revenir sur un point de la communication de M. Isambert, qui a donné lieu à cette discussion, et qu'il ne voudrait pas laisser passer sans observations.

M. Isambert a parlé de l'influence nuisible du traitement mercuriel dans les affections de nature scrofuleuse. M. Raynaud est très-loin de partager cette opinion, et croit que c'est là une erreur. Il rappelle qu'on a déjà tenté l'emploi du mercure pour le traitement de la scrofule. Lui-même, sur des observations qui lui ont été présentées par son interne et basées sur des expériences, il a essayé ce traitement et en a obtenu des résultats satisfaisants. M. Raynaud proteste donc contre l'assertion, trop absolue à ses yeux, qu'a émise M. Isambert au sujet de la mauvaise influence du mercure dans la scrofule en cas d'erreur de diagnostic.

(Comité secret à cinq heures.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel en date du 10 janvier 1872, ont été nommés :

Officier d'Académie : MM. Coulier, pharmacien principal, professeur au Val-de-Grâce ; Dubois, médecin à titre gratuit des salles d'asile de Limoges ; Dumas, médecin, membre du Conseil de perfectionnement du collége de Thiers (cours gratuit d'hygiène aux élèves du collége) ; Le Maguet, docteur en médecine, délégué cantonal pour le IVe arrondissement de Paris.

— Par décision du grand chancelier de la Légion d'honneur, en date du 19 avril 1872, M. Moreau-Marmont a été nommé médecin-dentiste des maisons d'éducation de la Légion d'honneur de Saint-Denis et d'Écouen.

— *Hôpitaux de Marseille.* — Le concours ouvert le 25 mars dernier dans les hôpitaux de Marseille pour deux places de chirurgiens adjoints s'est terminé par la nomination de :

En première ligne, M. le docteur Marcorelles, chef interne à l'Hôtel-Dieu ;

En deuxième ligne, M. le docteur Poucel.

Par une décision ultérieure, en date du 13 avril, la commission administrative, se conformant au vœu exprimé par le jury, a créé une troisième place en faveur de M. le docteur Henri Nicolas, chef des travaux anatomiques de l'École de médecine, et a décerné une médaille d'or à M. le docteur Raynaud. Ces candidats avaient été classés troisième et quatrième par ordre de mérite.

Le concours, ouvert dans les mêmes hôpitaux, le 8 avril, pour deux places de médecins adjoints, s'est terminé par la nomination de :

En première ligne, M. le docteur R. Guichard de Choisity;

En deuxième ligne, M. le docteur G. de Vésine-Larue.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 3 mai, à 3 heures et demie très-précises, au Palais du Luxembourg.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal ; — 2° Lecture de M. Duchenne (de Boulogne) sur la paralysie pseudo-hypertrophique ; — 3° Lecture de M. Durand Fardel sur le traitement de la métrite chronique par les eaux de Vichy ; — 4° Communication de M. Gillebert d'Hercourt : — Inconvénients des voyages faits immédiatement après le mariage ; — 5° Rapport de M. Forget sur le travail de M. Gillette, à l'appui de sa candidature ; — 6° Note sur la demande d'honorariat de M. le docteur Costilhes.

— A prendre de suite, dans la Marne, à des conditions très-avantageuses, une bonne clientèle médicale, située sur une ligne de chemin de fer. — S'adresser pour renseignements à M. Dublanc, quai de la Tournelle, 47, Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13

N° 52. — SAMEDI 4 MAI 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 4 MAI 1872. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saint-Pères, 57
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Affection encéphalique survenue sous la dépendance de lésions multiples du crâne. — Des maladies de la prostate (M. Kraus, de Vienne). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Petite correspondance.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Affection encéphalique survenue sous la dépendance de lésions multiples du crâne.

(CLINIQUE MÉDICALE DE LA PITIÉ. — M. LASÈGUE.)

En attendant que nous soyons assez exactement renseignés sur les lésions et les symptômes des affections cérébro-spinales pour en formuler la nosologie, il importe d'établir deux grandes divisions. Dans la première figurent les maladies des centres nerveux dues à des affections du parenchyme ou du système vasculaire intra-crânien ou intra-rachidien. La seconde comprend les maladies qui, ayant pris origine dans les enveloppes osseuses, se sont propagées à la substance nerveuse et aux méninges.

Les paraplégies de cause vertébrale sont relativement assez bien connues, surtout quand elles proviennent des portions inférieures du rachis. Lorsque l'altération a pour siége les vertèbres cervicales ou les premières dorsales, le diagnostic devient moins facile, et chacun sait à quelles erreurs il se prête.

Les affections encéphaliques survenant sous la dépendance des lésions multiples du crâne présentent une telle diversité, que leur histoire est à peine ébauchée. Les désordres traumatiques, si fréquents et si apparents qu'ils soient, ne servent qu'incomplétement à résoudre le problème. Le traumatisme est presque toujours le résultat d'une violence soudaine, qui détermine d'emblée de graves accidents; et lorsque les symptômes mieux localisés ont succédé à la commotion du cerveau, il devient difficile de discerner les reliquats de l'affection généralisée en voie de décroissance, des lésions partielles en voie d'évolution.

Il en est autrement quand l'altération osseuse s'accomplit par un progrès graduel, successif, dont aucun moment n'échappe à l'observation. Les faits qui rentrent dans cette dernière catégorie ne sont pas tellement nombreux qu'il n'y ait intérêt à recueillir et à publier ceux qui se présentent.

L'observation qu'on va lire, particulièrement instructive, est assez explicite pour qu'elle puisse à la rigueur se passer de commentaires.

Le 2 janvier 1872, entrait à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul (lit n° 3) le nommé B..., homme de 29 ans, de haute taille, d'un aspect robuste, sorti tout récemment du service militaire avec le grade de sergent-major. B... a passé plusieurs années en Afrique, où il a souffert de fièvres intermittentes rebelles, qui ont fini par céder à l'usage prolongé du sulfate de quinine.

Le malade raconte que sept semaines avant son admission à la Pitié, il a été pris, à trois reprises, de crachements de sang provoqués par des quintes de toux. Depuis lors, la toux n'a pas discontinué. L'expectoration est abondante, parfois sanguinolente. Il survient de temps en temps des accès de diarrhée; le sommeil est suffisant, quoique interrompu souvent par des sueurs nocturnes. Le malade se plaint d'une faiblesse croissante qui le rend incapable de tout travail; il a, dit-il, maigri notablement et perdu l'appétit.

La première idée qui se présentait à l'esprit était tout naturellement celle d'une tuberculisation commençante et dont les hémoptysies auraient marqué le début. L'examen local ne fournit pas de renseignements positifs, la sonorité des deux sommets en avant et en arrière était normale; l'auscultation indiquait dans la fosse sous-épineuse gauche un affaiblissement du murmure respiratoire sans bruits anormaux. La pression au même point éveillait une douleur exceptionnellement vive.

16 janvier. Le malade se plaint pour la première fois de mal de gorge, de douleurs en avalant et même en parlant; la voix est rauque, mais à l'examen laryngoscopique on ne constate qu'une rougeur diffuse de la portion inférieure du pharynx, à laquelle les cordes vocales ne participent pas.

Dans la nuit, la douleur a été croissant. Le 17 au matin, la déglutition est extrêmement pénible. A l'inspection de l'arrière-gorge, on aperçoit une tumeur volumineuse fluctuante, occupant tout le côté gauche de la portion visible du pharynx, derrière l'amygdale, qu'elle repousse fortement en avant. La tumeur s'était produite avec une telle rapidité, elle était si molle, si peu douloureuse au toucher, si exactement circonscrite, qu'il était impossible d'hésiter sur sa nature. Le diagnostic fut : abcès par congestion rétro-amygdalien. A la suite d'une ponction qui donna issue à un peu de pus par la bouche, il s'en écoula dans l'estomac une plus grande quantité, qui fut rejetée dans la journée sous forme de vomissement.

Le 18, l'abcès a repris sa première dimension; la gêne est si grande qu'elle oblige à une seconde ouverture.

A partir de ce jour où les accidents gutturaux augmentent d'étendue et d'intensité, le malade accuse d'abord une douleur lancinante au fond de la gorge, s'exacerbant par intervalles et répondant à une souffrance non moins vive dans l'oreille gauche. La déglutition devient impossible, la respiration est laborieuse, toute la gorge est d'un rouge ardent. Une troisième ou-

verture de l'abcès est pratiquée le 21. Le 22, la collection purulente s'est non-seulement reproduite, mais considérablement augmentée. Le doigt, introduit par la bouche et porté derrière e voile du palais, fait sentir une tumeur dont il est impossible de limiter l'extrémité supérieure. La narine gauche est absolument imperméable à l'air. Le malade, qui souffre d'une fièvre vive, n'ose pas déplacer la tête, et n'éprouve une sorte de soulagement qu'à la condition d'appuyer le côté gauche de la tête sur l'oreiller.

Le 23 janvier, l'état s'est encore aggravé; les douleurs de tête et d'oreille se sont compliquées d'une vive douleur de l'œil gauche; l'abcès est si volumineux qu'il permet à peine le passage de petites quantités de lait et de bouillon.

Le 24. La nuit, quoique agitée, a été plus calme, grâce à l'administration d'une dose élevée d'extrait d'opium. A son réveil, le malade s'est aperçu de mouvements convulsifs occupant la moitié gauche du visage. Toute cette moitié, en effet, est agitée de spasmes musculaires presque incessants. Les mâchoires s'entre-choquent et se serrent convulsivement; lorsqu'on essaye d'introduire un abaisse-langue, on provoque un trismus invincible qui interdit tout examen de la gorge. La douleur de l'oreille gauche a disparu pour faire place à une surdité presque complète. La vision de l'œil gauche est devenue très-imparfaite.

A l'examen ophthalmoscopique, on constate une simple hypérémie de la papille, mais l'appareil musculaire présente quelques particularités qui méritent d'être signalées. Lorsque les deux yeux sont ouverts, l'œil gauche accomplit exactement les mêmes mouvements symétriques que l'œil droit; si on ferme l'œil sain, les mouvements de l'œil gauche sont désordonnés, excessifs ou insuffisants, dans quelque direction qu'on fasse regarder le malade.

A une heure de l'après-midi, il survient une attaque franche d'épilepsie, qui dure environ vingt minutes.

27 janvier. Les convulsions de la face n'ont pas discontinué. Les spasmes musculaires se sont étendus au bras gauche; la jambe gauche est agitée de mouvements plus rares et plus limités; la sensibilité de tout le côté gauche est assez diminuée pour que le malade ne perçoive que très-confusément quelques-unes des excitations de tout ordre qu'on provoque.

A 9 heures du soir, nouvelle attaque d'épilepsie non moins caractérisée que la première.

28. Le malade accuse pour la première fois des douleurs de tête qui ont débuté subitement dans la nuit et qu'il compare, faute de mieux, à des coups de bâton qui lui seraient donnés en dedans du crâne, et qui le rejettent violemment en arrière lorsqu'il essaye de s'asseoir sur son lit. La moitié gauche de la face, les deux membres du même côté sont agités, sans interruption, de secousses convulsives rapides, brèves, et provoquant des mouvements peu étendus. La sensibilité cutanée et la sensibilité profonde, hier incomplètes, sont aujourd'hui entièrement abolies dans toute la moitié gauche du corps.

29. Les mouvements volontaires, qui la veille pouvaient encore s'exécuter malgré les spasmes, sont devenus difficiles. La douleur de tête, les douleurs des membres qui s'étaient accrues depuis deux jours, sont devenues beaucoup plus tolérables.

30 janvier. Sans qu'il soit survenu de crise appréciable, les spasmes musculaires ont cessé subitement dans la nuit pour faire place à une paralysie qui a envahi toute la moitié gauche. Perte absolue de la sensibilité et de la motilité, surdité et cécité gauche complète. Le voile du palais est paralysé, surtout dans sa moitié gauche, et les boissons reviennent, sinon toujours, au moins le plus souvent par le nez.

La transformation qui s'est ainsi accomplie rend facile l'exploration du phayrnx, à laquelle on avait dû renoncer. La tumeur a le diamètre d'une noix; elle est molle, indolente, apparemment cylindrique, se prolongeant assez loin, en haut et en bas, pour qu'il soit impossible d'atteindre l'une ou l'autre des deux extrémités.

Les jours suivants, le malade, délivré à la fois des spasmes et des douleurs, assez indifférent à la paralysie, qu'il considère comme un soulagement inespéré, reprend de l'appétit et du sommeil. La toux a complétement disparu; la respiration est redevenue normale aux deux sommets. Cependant les membres paralysés sont le siége de mouvements réflexes qui varient suivant les modes d'excitation. Si l'on chatouille la plante du pied gauche, il se produit de légers soubresauts dans les muscles de la cuisse du même côté; il en est de même du bras lorsqu'on le pince.

L'occlusion de l'œil sain provoque des actions du même ordre, mais plus singulières; sitôt qu'on ferme l'œil, la tête s'agite de secousses convulsives, violentes, répétées, s'accompagnant d'une douleur de tête comparable, comme celle du début, à la souffrance que produiraient des coups de bâton, et qui ne cessent que quand l'œil est réouvert. Un pincement de la face, le fait de tirer une mèche de cheveux du côté non anesthésique, déterminent les mêmes effets. Ces mouvements ont encore lieu quand le malade fait un mouvement brusque du tronc, comme celui de s'asseoir sur son lit. Ces actions réflexes ne se reproduisent pas si c'est le malade qui ferme lui-même avec la main droite son œil droit, qui se tire les cheveux ou qui excite la peau. Les choses durent ainsi jusqu'au 10 février, avec quelques variantes et avec une augmentation sensible des mouvements réflexes, les seuls qui rompent l'immobilité paralytique du côté gauche.

12 février. Les mouvements du pied et de la jambe gauche sont redevenus subitement presque libres. La sensibilité s'est également améliorée, l'extension de la jambe est beaucoup plus active que la flexion. Lorsque la jambe a été fléchie par un simple effort musculaire volontaire, le malade est obligé, pour l'étendre, de presser avec la main sur le genou.

15 février. L'abcès latéro-pharyngien a repris des dimensions qui gênent au plus haut point l'alimentation et qui engagent à en pratiquer pour la quatrième fois l'ouverture.

20 février. La paralysie du membre inférieur occupe un espace de plus en plus limité; les mouvements de flexion de la cuisse sont lents, inégaux, mais possibles; l'extension est moins aisée, la tête est toujours agitée, au moindre contact imprévu, de convulsions vives et douloureuses; l'application externe du cyanure de potassium calme peu à peu les douleurs.

1er mars. Nouvelle incision de l'abcès, toujours indolent, mais qui a repris son volume primitif.

Depuis deux ou trois jours, le malade éprouve dans le membre supérieur et dans le membre inférieur du côté gauche des démangeaisons intermittentes. Ces démangeaisons deviennent de plus en plus incommodes au bras. Il existe à la partie interne et sur le trajet des nerfs du creux axillaire, au pli du coude, une série d'élevures rouges, veloutées, douloureuses au toucher, sans vésicules herpétiques, et plus semblables aux plaques de l'urticaire érythémateuse qu'au zona. Cette éruption persiste, en perdant graduellement son intensité, jusqu'au jour de la sortie.

25 mars. La jambe gauche a repris assez de force pour que le malade puisse marcher dans la salle en traînant le pied. La para-

lysie du bras ne s'est pas amendée; la sensibilité présente quelques particularités qu'il serait trop long d'énumérer, mais qui ne rentrent pas dans les classements généralement admis.

A la fin du mois de mars, la surdité gauche s'est maintenue; l'œil gauche n'a pas recouvré la vision, mais les dimensions de l'abcès rétro-amygdalien se sont tellement réduites, qu'il n'existe plus de gêne dans la déglutition.

A partir de ce moment, l'état des parties affectées ne varie plus, mais il survient une série d'accidents nerveux hystériformes, sur lesquels nous reviendrons en complétant cette observation, et en la faisant suivre de quelques considérations cliniques auxquelles elle donne lieu.

DES MALADIES DE LA PROSTATE (1)

Par le docteur KRAUS (de Vienne).

Quelques auteurs, notamment ceux qui ne font pas grand cas des circonstances anatomiques et qui semblent ignorer que la prostate est complétement enveloppée en arrière et en avant dans une membrane extraordinairement solide, parlent d'abcès survenant à la surface du corps de la glande, et même en gagnant l'intérieur. Nous avons examiné des vessies et des prostates malades sans nombre, et nous n'avons jamais vu d'abcès de la prostate, à l'exception d'un cas où un opérateur maladroit avait perforé cette glande avec une sonde.

Le tissu musculaire prédomine tellement dans la prostate que les abcès à son intérieur devaient être très-rares.

La participation de la prostate aux lésions constitutionnelles des autres organes est presque inconcevable par suite de son isolement. Protégé en avant contre tout contact avec d'autres organes par des ligaments solides, le ligament pubio-prostatique, et en outre par une membrane fibreuse, et particulièrement défendu, à droite et à gauche, par des muscles allant à l'anus et qui lui envoient des faisceaux tendineux, et, en arrière, par une enveloppe propre, le corps de la glande jouit d'une indépendance que ne possède aucune autre partie du corps, sauf la parotide, et il n'est pas étonnant que jusqu'à présent on le connaisse si peu sous le rapport pathologique.

Si l'on ouvre les conduits excréteurs de la prostate quand la portion prostatique de l'urèthre est atteinte de l'affection blennorrhagique, on trouve leur calibre triplé ou quadruplé.

A l'état normal, de ces 15 ou 16 conduits, 4 à 6 seulement admettent l'introduction d'une soie de porc, et des plus fines; les autres ne sont visibles qu'au microscope. A l'état morbide, ils sont dilatés, et c'est surtout la sécrétion blennorrhagique abondante qui s'écoule dans l'urèthre pendant la blennorrhagie de la portion prostatique qui est la cause de cette dilatation.

Le processus blennorrhagique entraîne non-seulement la dilatation des conduits excréteurs, mais encore leur allongement; ayant à peine une ligne de long sur une prostate normale, je les ai vus atteindre 2 lignes et 2 lignes et demie. On peut suivre la muqueuse jusqu'à une ligne de profondeur; là, on ne rencontre plus que des éléments musculaires jusqu'à ce qu'on arrive aux acini.

Je n'ai pas réussi à pénétrer dans la glande par les canaux excréteurs, et les injections même que j'ai devant moi ne m'en donnent aucune certitude: tant les 16 conduits sont d'une connexion intime ininterrompue avec le tissu de la glande.

Les coupes microscopiques n'apprendront pas, je crois, grand' chose sous ce rapport, et j'attends davantage des dilatations morbides, car, dans ces derniers temps, les processus pathologiques m'ont éclairci bien des choses sur lesquelles l'état physiologique ne me permettait pas de m'expliquer le moins du monde.

Une coloration gris d'ardoise au voisinage des conduits excréteurs caractérise l'état de ces canaux eux-mêmes; ils sont non-seulement comme pigmentés, mais encore ils présentent un dépôt gris d'ardoise, qu'au microscope ou avec un éclairage convenable on reconnaît pour des cristaux de phosphates.

La partie antérieure de la prostate est moins souvent atteinte par la blennorrhagie que le lobe postérieur. Cela répond très-clairement à la manière dont se fait l'infection.

A l'état normal, plusieurs des orifices des canaux de la prostate sur la crête uréthrale ne peuvent se reconnaître à l'œil nu qu'avec une attention particulière. Dans la blennorrhagie prostatique, ils s'entr'ouvrent en forme de fente; mais, autour de tous les 16, on voit une injection interne et une pigmentation gris d'ardoise.

Il faut bien distinguer cette espèce d'injection de l'injection cadavérique et de l'injection artificielle que produit ordinairement le scalpel de l'anatomiste sur les muqueuses.

L'injection morbide forme autour de l'orifice du canal prostatique un anneau d'une coloration bleuâtre intense, constitué par des lignes rayonnant autour de cet orifice. L'injection cadavérique consiste en une rougeur diffuse sans stries visibles.

Dans le processus pathologique, le dépôt bleu d'ardoise ne manque presque jamais dans le trigone de Lieutaud, que l'anatomiste doit examiner soigneusement quand il recherche le processus blennorrhagique dans la prostate. Dans le catarrhe chronique de la vessie non plus, l'anatomo-pathologiste ne doit jamais négliger d'explorer exactement cette partie importante de l'urèthre, la portion prostatique. De petites érosions à l'extrémité interne de l'urèthre peuvent lui fournir un indice que la prostate participe à l'affection; il devra toujours alors sectionner cette glande. En agissant ainsi, je suis persuadé que tôt ou tard on fera entrer dans une nouvelle phase l'étude des maladies de la prostate.

Comme nous l'avons dit précédemment, la partie prostatique de l'urèthre est aussi dilatée dans le catarrhe de la vessie par la pression relative qu'y exerce la sécrétion catarrhale, et cette sécrétion pénètre dans les canaux prostatiques. Le catarrhe de la vessie peut donc aussi être une cause de maladie pour la prostate. Dans ce cas, on retrouve, dans la partie prostatique de l'urèthre, la même sécrétion que celle qui est accumulée dans le bas fond de la vessie. Souvent elle est plus épaisse et simule le pus de façon à s'y méprendre; c'est par cette circonstance qu'il faut expliquer les observations de quelques auteurs qui parlent de la suppuration de la prostate.

Je possède une préparation sur laquelle j'ai pu démontrer dans l'intérieur de la prostate ce produit catarrhal que l'on rencontre si souvent dans la vessie en cas de catarrhe chronique de ce réservoir. Par suite de la grande difficulté de distinguer ce produit du pus, on serait tenté de croire à une suppuration commençante de la prostate. Et ce n'est rien moins que cela. Si la sécrétion qui offre cet aspect et cette constitution était vraiment de la nature mauvaise que lui attribuent même des pathologistes

(1) Fin. — Voir le numéro du 30 avril 1872.

très-modernes, il faudrait porter un pronostic mortel dans la moitié des cas de catarrhe chronique de la vessie. Car, nous le répétons, dans la plupart des catarrhes vésicaux, les mucosités prennent avec le temps un aspect purulent, et les réactifs du pus semblent démontrer, dans le mucus, la présence de ce produit si redouté, sans que l'état général du malade paraisse essentiellement compromis.

Ce nous est une triste preuve du progrès qu'ont fait faire à la science les études histologiques sur la bénignité ou la malignité des cellules; car, nulle part plus qu'à propos des sécrétions de l'urèthre malade, on ne peut démontrer l'inanité des théories en circulation sur la malignité du pus.

Le lobe postérieur de la prostate, en raison de son contact plus étendu avec l'urèthre, participe plus fréquemment à ses maladies, et il augmente considérablement de volume à la période inflammatoire de la blennorrhagie prostatique, sans qu'on puisse le constater sur le vivant. Mais, sur le cadavre, on voit que l'un ou l'autre des lobes a augmenté de moitié ou même doublé de grosseur sans rétrécir le rectum; le tissu cellulaire intestitiel qui lui-même, dans les vives inflammations de la vessie et de l'urèthre, prend part au processus morbide, est très-comprimé, le rectum lui-même déplacé, avant que l'on reconnaisse un obstacle venant de la saillie de la prostate. Si l'explorateur sent si souvent la prostate, ce n'est qu'une illusion; il faut qu'elle ait triplé ou quadruplé de volume pour devenir accessible au doigt introduit dans l'anus, et ce procédé ne permet pas de diagnostiquer un léger grossissement, à moins qu'il ne tienne à une maladie de tout le lobe postérieur.

Nous ne nous occupons actuellement que de la blennorrhagie de la prostate, et nous reviendrons plus tard sur les autres maladies de cet organe. La force de la capsule de la prostate ne lui permet pas d'augmenter de volume; il arrive parfois qu'une partie de la glande perfore la capsule et fait saillir dans le rectum comme une espèce d'apophyse. Nous possédons une préparation de ce genre, et cette lésion de la prostate a eu pour cause la blessure mécanique de la glande par une sonde.

Les rétrécissements du canal de l'urèthre par la prostate augmentée de volume sont de la plus grande rareté, d'autant plus qu'ils sont souvent la cause de cette augmentation. Le canal de l'urèthre a tant de jeu entre les corps caverneux qu'il peut facilement se mouvoir avant d'être lésé par le gonflement de la prostate.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril 1872 — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — l'*Art dentaire*. — Trois brochures de M. le docteur Marmisse : *Tumeur hydatique développée dans l'intérieur du lobule de Spigel*; *Recherches statistiques sur les décès diphthéritiques*; *Trachéotomie* in extremis. — Une brochure de M. le docteur Guéniot : *De la guérison par résorption des tumeurs dites fibreuses de l'utérus*.

M. Larrey présente, au nom de M. le professeur Beau (de Toulon), un travail manuscrit sur les appareils hyponarthéciques à double plan.

COMMUNICATIONS

Contracture du muscle couturier. Myotomie. — M. Fleury (de Clermont) adresse l'observation suivante :

Une jeune fille de la campagne, âgée de 27 ans, d'une constitution assez forte, n'a jamais été malade jusqu'à présent. Elle se plaint seulement d'éprouver de temps en temps quelques douleurs rhumatismales; à cela près, sa santé était satisfaisante à l'époque où a eu lieu l'accident qui l'a conduite à l'Hôtel-Dieu de Clermont.

Le 2 février dernier, en se baissant pour allumer son feu, elle éprouva en se relevant la sensation d'un craquement au niveau du pli de l'aine gauche. Il lui est impossible de se relever, et elle est forcée de se coucher sur le pavé de sa cuisine, d'où on la porte sur son lit.

Comme elle avait parfois senti des douleurs de rhumatisme, elle ne se préoccupa pas trop de cet accident. Le médecin qu'elle fit appeler partagea sa manière de voir et se borna à lui conseiller quelques frictions sur le membre malade.

Trois semaines s'écoulèrent ainsi, sans que son état parût s'améliorer; elle se décida alors à venir à l'hôpital de Clermont, où elle fut admise le 27.

Ce qui nous frappe de prime abord, c'est l'attitude de la malade et la différence de volume des deux membres : la cuisse gauche a, en effet, 3 centimètres de circonférence de moins que la droite; de plus, elle est fléchie sur le bassin, et si on cherche à l'allonger, on détermine une douleur assez vive au pli de l'aine; en même temps, le bassin s'infléchit sur le membre pelvien, comme on l'observe chez les enfants qui sont atteints de coxalgie.

En palpant le membre, on sent au niveau et un peu en dedans de l'épine antérieure et supérieure de la crête de l'os des iles une sorte de gros cordon dur qui se dirige obliquement de haut en bas et de dehors en dedans et que l'on perd au niveau de la partie moyenne et interne de la cuisse; la pression n'y détermine aucune douleur, il devient dur et tendu lorsque l'on allonge le membre.

Lorsque la malade est debout, elle ne peut marcher qu'avec le secours d'un bras ou d'un bâton; le tronc fléchit en avant. Les premiers jours où elle s'est levée, elle accusait même une douleur assez vive au côté interne du genou. Le cordon que l'on sent a la direction et les rapports du couturier; il paraît seulement un peu porté en dedans et plus volumineux qu'à l'état normal. Le tendon du droit antérieur de la cuisse est bien plus en arrière et ne pourrait être senti aussi facilement.

Ce premier muscle s'est-il déplacé? s'est-il rompu ou rétracté dans l'effort qu'a fait la jeune fille pour se relever?

Les tendons longs et grêles, comme ceux des péroniers, peuvent bien sortir de leurs gaînes. J'ai signalé à la Société un déplacement du tendon de la longue portion du biceps brachial, mais on ne peut en dire autant du tendon du couturier, qui est fixé trop fortement dans la région qu'il occupe.

Ce muscle se serait-il rompu dans l'effort qu'a fait la malade pour se relever? On ne peut pas admettre cette hypothèse, il n'y a eu aucune secousse violente, point de douleurs, point d'ecchymoses.

Le muscle se serait-il enflammé, et plus tard rétracté? Mais alors l'accident n'aurait pas été instantané. Je ne vois donc aucune explication rationnelle à donner de ce fait, et je serais désireux de connaître l'opinion des membres de la Société de chirurgie.

A défaut d'explications, l'indication curative était formelle; il fallait couper la corde en pratiquant la section du muscle.

Cette opération a été faite le 14 mars. Le tendon du couturier a été incisé au niveau et un peu au-dessous de son insertion, à l'épine antérieure et supérieure de l'os des isles. La cuisse a pu être immédiatement allongée sans faire éprouver à la malade une douleur bien vive.

Huit à dix jours de repos ont été nécessaires pour favoriser la cicatrisation de la peau. Au bout de ce temps, la malade s'est levée, le tronc s'était redressé, mais la jambe était toujours très-faible.

Le temps et un exercice graduel rétabliront probablement les choses dans leur ancien état.

Marie D..., c'est le nom de la malade, n'est sortie qu'au bout d'un mois, mais il faut ajouter qu'elle a eu pendant ce temps un érysipèle à la face, qui a retardé sa guérison sans exercer du reste aucune influence sur les suites de l'opération.

Sur les causes et le mécanisme des érysipèles précoces. — M. VERNEUIL. On a beaucoup discuté sur les causes de l'érysipèle. Pour les uns, encore aujourd'hui, c'est un exanthème, pour les autres une maladie primitivement locale. Pour les uns, il peut être spontané ; pour les autres, il ne l'est jamais, et pour ces derniers, l'érysipèle a toujours été précédé d'un accident antérieur ou d'un traumatisme, et je me rallie entièrement à cette opinion qui tend à prévaloir.

Je ne veux pas entrer ici dans la discussion de la contagion de l'érysipèle admise par les uns, rejetée par les autres. Je me borne à dire qu'il est une variété d'érysipèle où l'individu se donne à lui-même un érysipèle par une sorte d'auto-inoculation.

Cette variété d'érysipèle traumatique, que je veux distinguer des autres, a pour caractère d'être précoce, c'est-à-dire de suivre le traumatisme de très-près. Ces érysipèles arrivent parfois le soir ou le lendemain de l'opération. Ce caractère me parait excessivement important, et l'on ne peut pas dire que ce soit une contagion de voisinage d'un malade à un autre qui engendre des phénomènes aussi rapides, car on ne voit pas d'éruptions, si contagieuses qu'elles soient, se transmettre dans un laps de temps aussi court.

Je suis sur la voie du mécanisme des érysipèles précoces.

Lorsque nous voyons apparaître les érysipèles à la suite des ablations de tumeurs, des amputations, c'est vers le 5e ou le 6e jour, et dans ces cas il faut remarquer que la section a porté sur des tissus sains.

Au contraire, les érysipèles précoces se développent à la suite de petites opérations sur des parties qui sont en voie de suppuration ; ainsi l'exploration d'une fistule osseuse que l'on fait saigner, l'extraction d'une esquille dans une plaie, une contre-ouverture pour passer un drain. J'ai même vu un malade qui avait un érysipèle chaque fois qu'on explorait sa fistule. L'arrachement de la dernière croûte qui recouvre une plaie a été cause d'un de ces érysipèles.

Les trois faits récents sur lesquels je m'appuie aujourd'hui sont les suivants :

Un individu atteint de panaris inflammatoire très-violent avait une gangrène du doigt. J'ampute le doigt. Le malade eut le soir un frisson violent. Le lendemain il y avait une angioleucite bientôt transformée en un érysipèle. Une femme avait un rétrécissement de l'anus, que j'ai opéré par un procédé particulier ; un érysipèle survint, qui l'emporta. Dans un autre cas, j'ai opéré, par suture des paupières, un ectropion consécutif à un abcès de la tempe qui avait passé dans l'orbite. Il restait un clapier. Je ne touchai pas au décollement. Cependant le foyer communiquait avec la plaie laissée par le lambeau. J'y plaçai un drain. Le lendemain, l'élévation de la température, que je tiens pour tout à fait caractéristique, apparut, et le surlendemain l'érysipèle était évident.

Dans tous ces cas d'érysipèles précoces, il y avait d'une part un traumatisme, de l'autre un foyer de suppuration. Vous voyez là deux parts, une qui revient au chirurgien, l'autre qui revient au malade. Il se passe ici, par le fait, quelque chose d'analogue à une inoculation. C'est comme si le chirurgien prenait sur sa lancette du pus d'un malade pour le lui inoculer. On ouvre largement une série de vaisseaux lymphatiques dans un lieu voisin d'un autre qui verse du pus ou des matières septiques. L'absorption se fait, et il y a érysipèle ou angioleucite, ou plutôt l'un et l'autre. Plus je vais, en effet, et plus je me persuade que l'angioleucite et l'érysipèle ne sont pas différents. Même début par un accroissement énorme de la chaleur, même fièvre, même marche. Mais, messieurs, ma communication n'a point pour but de développer cette idée. Je dis cela seulement en passant, et j'en tire cette conclusion pratique que les érysipèles septiques peuvent être prévenus. J'ai pris le parti, d'après les convictions que je viens de vous exposer, de cautériser ou toucher avec la teinture d'iode toutes les incisions que je pratique pour des lésions suppurantes. C'est là une précaution à l'efficacité de laquelle je n'hésite pas à attribuer grande valeur.

M. DESPRÉS. Quoique la contagion de l'érysipèle ne soit point ici en discussion, permettez-moi de dire qu'elle n'existe pas. Elle n'est nullement démontrée. Ni les faits de M. Fenestre ni de M. Martin ne sont concluants. Il ne suffit pas de dire qu'un mal est contagieux parce qu'un malade d'une salle voisin d'un autre érysipélateux a eu un érysipèle. Sans cela, par le même argument, on vous montrerait que les règles sont contagieuses.

Les règles de beaucoup de femmes avancent lorsqu'elles entrent à l'hôpital, et quand une malade a ses règles à côté d'une autre, est-ce que l'on admet que l'apparition prématurée des règles est contagieuse ? Mais je n'insiste point davantage, J'ai entendu M. Verneuil établir que les érysipèles développés autour de plaies faites près d'un point en suppuration apparaissaient rapidement, que l'angioleucite et l'érysipèle étaient de même nature. Je dois dire que je suis entièrement de son avis, car c'est précisément sur ces deux propositions que je me suis appuyé, dans mon mémoire sur l'érysipèle, pour prouver que l'érysipèle était exclusivement une maladie des lymphatiques, et qu'il n'était point contagieux. Je disais que, les vaisseaux lymphatiques ouverts, il y avait tantôt angioleucite, tantôt érysipèle, ou l'un et l'autre à la fois. Le pus aspiré par un gros lymphatique cause une angioleucite, puis lorsque, par le fait de l'angioleucite, le vaisseau est oblitéré, l'absorption a lieu par les réseaux, et l'érysipèle a lieu, et *vice versa*. Je m'appuyais d'ailleurs sur l'opinion moins explicite de Blandin. M. Verneuil a exprimé d'une façon assurément meilleure les faits; mais je tenais à rappeler ces idées qui m'ont été chères. Je voudrais, en terminant, faire remarquer que M. Verneuil a opéré dans des conditions où l'érysipèle était presque inévitable. Anciennement, lorsque la gangrène ou l'inflammation n'était point arrêtée, on jugeait les opérations contre-indiquées ; pour le panaris et l'ectropion, auxquels a fait allusion M. Verneuil. Le fait est évident.

M. VERNEUIL. Si l'érysipèle n'est pas inoculable d'un malade à un autre, s'il n'est point contagieux, il est au moins infectieux et épidémique; et je voulais insister sur le fait palpable de l'auto-inoculation. M. Després dit qu'il y avait contre-indication aux opérations que j'ai pratiquées; mais la gangrène était bien limitée, et quant au foyer de l'orbite il était très-ancien. S'il y avait réellement contre-indication dans ces cas, on ne devrait pas faire de résection pour les tumeurs blanches avec fistules.

M. CHASSAIGNAC. L'érysipèle et l'angioleucite sont complétement distincts; les différences sont nombreuses. En voici quelques-unes, les principales :

L'angioleucite est une phlegmasie des réseaux sous-épidermiques; il y a des traînées rouges; on voit des réseaux séparés par des losanges de peau saine; il y a des ganglions engorgés auxquels se rendent les vaisseaux enflammés.

L'érysipèle a des bords festonnés; la rougeur y est tout d'une venue; il n'y a point de lignes régulières. L'érysipèle peut commencer par la main, remonter au bras, puis redescendre sur la main, ce qui n'a point lieu pour l'angioleucite. Je ne nie point que l'érysipèle puisse aller avec l'angioleucite; Chomel avait reconnu que les deux maladies pouvaient fusionner. Dans l'angioleucite des réseaux, il n'y a jamais de phlyctènes; dans la majeure partie des érysipèles, il y a des phlyctènes. L'érysipèle s'accompagne d'un état général grave : dans l'angioleucite, les malades demandent quelquefois à manger.

Je crois aux érysipèles spontanés; je connais une dame qui depuis trois ans a chaque année un érysipèle de la face.

Pour ce qui est de la transmission de l'érysipèle, je crois à la contagion.

M. DESPRÉS. Il y a au crâne et à la face un réseau lymphatique superficiel et de nombreux troncs lymphatiques; je croirai à la distinction nette de M. Chassaignac quand on nous montrera l'angio-

leucite et l'érysipèle du crâne et de la face avec les caractères tranchés qu'il vient d'indiquer.

M. BLOT. C'est à M. Després de nous donner des preuves. J'ai fait souvent chez Velpeau, notre maître commun, à M. Després et à moi, la différence entre l'érysipèle et l'angioleucite. On a donné aussi aux érysipèles une durée de quinze, huit ou sept jours. Ceci n'est pas exact; l'érysipèle procède par poussées de quatre en quatre jours, ce qui n'a pas lieu pour l'angioleucite. Je ne suis pas édifié par la théorie de M. Verneuil, je ne puis accorder davantage que l'érysipèle succède toujours à une lésion des muqueuses ou de la peau. J'ai vu un enfant nouveau-né, dans la famille d'un de nos confrères, qui eut un érysipèle qui débuta sur le dos, là où il n'y avait aucune espèce de lésion. L'enfant était tenu dans un état d'excessive propreté et nulle lésion n'eût pu être méconnue. Les érysipèles spontanés de la face sont précédés de phénomènes généraux pendant trois jours, puis l'érysipèle apparaît aux lèvres. J'admets qu'il y a là un état général analogue aux fièvres éruptives.

Dans les érysipèles traumatiques, en est-il de même? Je le crois, et je réserverais des doutes pour les faits de M. Verneuil.

M. LE FORT. Pour la question d'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle, je me rapprocherais de M. Després; mais la question de contagion me paraît devoir être tranchée par l'affirmative.

M. CHASSAIGNAC. M. Després semble admettre un réseau lymphatique superficiel à la face et un réseau lymphatique sous-cutané; il n'y a que les troncs lymphatiques qui soient sous-cutanés. Dès lors on conçoit la divergence entre lui et moi. Je vais maintenant plus loin: pour moi, l'érysipèle se passe dans les capillaires sanguins, et je l'appellerai volontiers une capillarite sanguine; l'angioleucite, réticulaire au contraire, se passe dans les lymphatiques, depuis les réseaux à la main par exemple, jusqu'aux ganglions.

M. DESPRÉS. M. Chassaignac m'attribue une opinion qui n'est pas la mienne; j'ai dit: il y a à la face et au crâne un réseau capillaire sous-épidermique et des troncs lymphatiques plus ou moins profonds, et je maintiens mon argument en attendant qu'il y soit répondu.

M. VERNEUIL. La discussion a dévié sur deux phrases incidentes de ma communication, la similitude de l'érysipèle et de l'angioleucite et la spontanéité de l'érysipèle.

Je voudrais voir M. Blot en face de certains cas; j'avoue que j'ai rencontré bien des faits où la distinction entre l'érysipèle et l'angioleucite est impossible. Je vois des traînées rouges un jour, le lendemain il y a des plaques rouges, puis de nouvelles traînées, puis tout le membre devient rouge; je ne saisis pas là les caractères tranchés indiqués par M. Chassaignac.

Notre collègue dit aussi que l'érysipèle a son siége dans les vaisseaux sanguins; je m'inscris contre cette théorie, que rien ne prouve. Je répondrai à M. Blot: oui, on n'a pas trouvé toujours la porte d'entrée de l'érysipèle; mais depuis qu'on y regarde, les faits négatifs sont beaucoup plus rares. Dans les faits que M. Blot signale comme des exemples de prodromes d'une durée de quatre jours, il y a une lésion, c'est celle qui a produit les accidents caractérisés sous le nom de prodromes, c'est-à-dire un herpès guttural. Les faits tels que cet érysipèle du dos chez un nouveau-né sont très-prodigieusement rares, et avant de dire qu'il n'y avait rien, il faut songer qu'on a vu l'érysipèle naître autour d'une plaie microscopique. Chez une de mes malades, atteinte de fracture du bras, un érysipèle de la face, partant des narines, est survenu. En regardant les choses superficiellement, j'avais pu croire à un érysipèle spontané, mais je me suis rappelé que, la veille, la malade avait eu un épistaxis; or je ne connais pas d'épistaxis sans plaie d'un vaisseau: il y avait donc une lésion.

Il y a dans mon esprit quelque obscurité sur les faits d'érysipèle arrivant à distance des plaies sur un autre point du corps, loin du mal primitif. Il y a des cas réfractaires à l'interprétation.

Je dirai à M. Blot que l'érysipèle n'est point une fièvre éruptive. L'érysipèle est annoncé, au début, par une élévation énorme de température, et ensuite par des oscillations qu'on ne trouve point dans les fièvres. Je réponds à M. Chassaignac que l'appétit existe dans le cours des érysipèles, que ce n'est pas le propre de ce qu'il appelle l'angioleucite et que, dans l'érysipèle comme dans l'angioleucite, il y a des poussées successives et des retours au point primitivement malade.

M. SÉE. Les fièvres éruptives ont un caractère essentiel, c'est de ne point affecter deux fois, à de courts intervalles, le même individu. Il y a des érysipèles à répétition, au contraire, et c'est là, à mon sens, un caractère distinctif.

M. BLOT. Il y a des fièvres éruptives qui se montrent parfois par poussées comme l'érysipèle. A cet égard, il me semble qu'il pouvait être utile de réunir à nous des médecins pour traiter la question de l'érysipèle spontané.

M. TRÉLAT. L'érysipèle est une maladie infectieuse où l'angioleucite entre à titre de facteur. Le domaine des lymphathiques n'est pas établi nettement. On ne sait point où est la racine des lymphatiques. Les recherches modernes montrent toutefois que les fonctions des lymphatiques expliquent l'extension de l'érysipèle.

En somme, l'angioleucite doit être considérée comme un élément anatomo-pathologique de l'érysipèle, qui est une maladie infectieuse.

Je dirai à M. Blot que ce qui distingue l'érysipèle des fièvres éruptives, c'est que ces dernières sont générales, d'emblée, tandis que l'érysipèle est toujours plus ou moins limité.

Je dirai à M. Verneuil que parmi les prodromes de l'érysipèle, l'augmentation de la chaleur n'est pas un fait constant. Dans les cas graves, il y a augmentation de chaleur et d'autres prodromes graves; mais, dans d'autres cas intermédiaires entre l'érysipèle et l'angioleucite, il n'y a rien. J'avais, à la Pitié, une infirmière qui était prise de temps en temps d'érysipèles atoniques qui ne s'accompagnaient d'aucune réaction.

M. VERNEUIL. Je répondrai à M. Blot que nous n'avons pas besoin des médecins, que nous avons leurs livres, ceux de MM. Béhier et Gubler, l'article de Dictionnaire de M. Raynaud, et tous s'accordent, avec Trousseau et Piorry, pour admettre une lésion originelle qui donne lieu à l'érysipèle.

M. BLOT. M. Verneuil interprète mal les idées de M. Gubler. Ce médecin ne nie pas qu'il y ait un état général précurseur.

M. VERNEUIL. Neuf cent quatre-vingt-dix-neuf érysipèles sur mille peuvent être rattachés à une lésion initiale.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

Appareil à suspension double pour plaies du bras. — M. MARCHAL présente un des appareils qu'il a construits pour le docteur Beau. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 27 avril 1872, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Strauss (François-Alexandre), médecin-major de 1re classe au 5e régiment d'artillerie (chevalier du 16 juin 1855; 34 ans de services, 6 campagnes).

Au grade de chevalier : MM. Coutenot (François-Marie), médecin en chef de l'hospice civil de Besançon; Druhen (Ignace), docteur médecin, professeur à l'École de médecine de Besançon.

— Par décret du 30 avril : M. Brongniart, membre de l'Institut, professeur de botanique et physiologie végétale au Muséum d'histoire naturelle, est nommé inspecteur général honoraire;

M. Bouillier (Francisque), ancien inspecteur général, ancien di-

recteur de l'École normale supérieure, est nommé inspecteur général de l'instruction publique.

— Le 30 mai prochain s'ouvrira, à Paris, un concours pour l'admission à quinze emplois d'aide-vétérinaire stagiaire à l'École de cavalerie. Pour tous renseignements, s'adresser au Ministère de la guerre.

— M. le docteur Galezowski commencera son cours public sur les maladies des yeux mardi prochain, le 7 mai, à l'École pratique, amphithéâtre n° 3, à 7 heures 1/2 du soir, et il le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. Ce cours comprendra une étude complète des affections oculaires liées aux maladies cérébrales et spinales.

Conférences cliniques tous les jours, à midi et demi, rue Dauphine, 26.

— A prendre de suite, dans la Marne, à des conditions très-avantageuses, une bonne clientèle médicale, située sur une ligne de chemin de fer. — S'adresser pour renseignements à M. Dublanc, quai de la Tournelle, 47, Paris.

PETITE CORRESPONDANCE

—

M. C..., à Isigny-le-Buat. — Vous avez parfaitement raison.

Le Directeur : Dr E. Le Soure.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de ,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux prati dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'ab ins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

Les Bureau étant fermés à cause des fêtes de l'Ascension, le Journal ne paraîtra pas Jeudi.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU DE MARSEILLE. Des accidents nerveux de l'insuffisance aortique (M. A. Fabre). — Des coliques et de la belladone au point de vue de l'étiologie et du traitement de la hernie étranglée (M. Emmanuel Larue). — Eaux de Vals dans la glycosurie (M. Bouchard t). — Variétés : Le délire des persécutions. — Nouvelles. — Petite correspondance.

HOTEL-DIEU DE MARSEILLE. — M. A. FABRE.

Des accidents nerveux de l'insuffisance aortique (1).

Dans l'insuffisance aortique, le rôle de la maladie s'efface devant celui des complications. Parmi les phénomènes divers qui peuvent accompagner cette altération valvulaire, on a signalé quelquefois les modifications que subit le muscle cardiaque et rarement l'affection athéromateuse des artères; jamais on n'a présenté un tableau d'ensemble des troubles nerveux dont le plexus cardiaque paraît être le siége.

C'est surtout dans les cas où l'insuffisance aortique s'accompagne de la lésion athéromateuse des artères que ces accidents nerveux se déclarent. Y aurait il participation des ramuscules de ce plexus au travail de dégénérescence et de régression graisseuse qui se produit dans le tissu musculaire? ou bien le mouvement inflammatoire, qui est assez actif à l'origine de l'aorte, gagnerait-il les filets nerveux qui sont en connexion assez intime avec ce vaisseau ?

Cette seconde opinion peut invoquer les faits anatomiques constatés par Lancereaux et par Peter ; plus hypothétique est celle qui voudrait attribuer les troubles de l'innervation aux tiraillements que, dans les cas d'insuffisance, les alternatives brusques de dépression et de distension de la crosse de l'aorte feraient éprouver aux filets nerveux qui lui sont accolés.

Quoi qu'il en soit d'ailleurs de l'explication, le fait clinique existe, et dans l'insuffisance aortique on peut rencontrer des phénomènes nerveux dont les uns s'accusent par des troubles dans la sensibilité, et dont les autres se révèlent par des altérations dans les mouvements.

Tantôt les troubles de la sensibilité se montrent sous forme d'accès violents, tantôt ils sont plus tenaces et gagnent en durée ce qu'ils perdent en intensité.

Dans le premier cas, ils appartiennent à l'angine de poitrine.

Entre l'angine de poitrine et l'insuffisance, surtout compliquée d'athéromes de l'aorte, il y a une relation qui n'est pas nécessaire, mais qui est fréquente. L'insuffisance existe assez souvent sans angine; l'angine existe rarement sans insuffisance.

Si l'on donne le nom de coliques aux douleurs provoquées dans les organes creux ou les canaux par la difficile expulsion de leur contenu, l'on peut dire que l'angine de poitrine est une colique du cœur et de l'aorte. Les opinions nombreuses qui ont été émises sur cette affection aboutissent à l'une des deux théories suivantes. Ou bien l'angine est une névrose simple, ou bien c'est une névrose provoquée par une lésion. Cette dernière doctrine s'applique à la grande majorité des cas. L'angine de poitrine a, en effet, une prédilection manifeste pour les sujets du sexe masculin, de l'âge mûr, et porteurs d'affections goutteuses. Ce ne sont point là les conditions dans lesquelles naissent les névroses pures ; ce sont, par contre, celles où se développent les altérations cardiaques et aortiques.

Dès que la lésion ne joue que le rôle de cause provocatrice, elle peut varier, ce qui explique les résultats divers fournis par l'autopsie chez les sujets qui avaient été atteints d'angine de poitrine. Le plus souvent il y avait une altération de l'aorte, une des formes variées de la maladie athéromateuse ; à tel point que Gintrac a pu écrire que l'angine de poitrine est un épiphénomène de l'aortite ; les lésions de l'artère coronaire, sur lesquelles l'école anglaise a tant insisté, n'étaient évidemment que la prolongation de l'affection aortique, ces artères naissant à l'origine de l'aorte, tout près des valvules sygmoïdes. L'altération graisseuse du cœur, l'hypertrophie du ventricule gauche, telles sont les altérations cardiaques le plus souvent signalées. On a prêté peu d'attention à l'insuffisance aortique, et cependant mes observations cliniques sur la coexistence de l'insuffisance et de l'angine me paraissent confirmées même par le résultat général des autopsies, où l'insuffisance n'a pas été recherchée. Quelles sont en effet les lésions que nous venons de passer en revue : aortite propagée ou non aux coronaires, hypertrophie du ventricule gauche, dégénérescence graisseuse du cœur? Précisément celles qui, soit comme causes, soit comme effets, accompagnent d'ordinaire l'insuffisance aortique.

Mais par quels phénomènes s'accuse cette complication de l'insuffisance et quelle en est la gravité ?

(1) Extrait d'une leçon de clinique médicale.

L'angine de poitrine ou colique cardo-aortique se compose de deux ordres de douleurs : les douleurs rétro-sternales et les douleurs d'irradiation.

A tout désordre profond correspond une douleur qui le révèle ; le système nerveux le plus voisin pousse le cri d'alarme, et ce cri, dans les coliques, a un caractère spécial de violence et d'angoisses. Pour le cœur et l'origine de l'aorte, le système le plus voisin, c'est le plexus cardiaque. Dans l'angine de poitrine, la douleur primitive siége au niveau de ce plexus, elle est rétro-sternale ; elle se caractérise de plus par une angoisse plus violente que dans n'importe quelle autre affection, angoisse qui force le malade à s'arrêter et à suspendre tous ses mouvements volontaires.

Mais, le plus souvent, les nerfs de sensibilité des parties environnantes sympathisent bientôt aux souffrances qu'éprouve un plexus nerveux, et à la douleur primitive viennent s'ajouter des douleurs d'irradiation. De même qu'on voit, dans la colique néphrétique, se produire la douleur des parois abdominales et la rétraction du testicule ; de même que, dans la colique hépatique, on voit la douleur s'étendre jusqu'à l'épaule droite, de même, dans la colique cardo-aortique, la douleur peut gagner les nerfs intercostaux, les rameaux du plexus brachial, et notamment le cubital, les filets du plexus cervical qu'elle suit quelquefois jusque vers la mâchoire et jusque vers l'oreille, le nerf phrénique enfin, ce qui produit la gêne des mouvements diaphragmatiques et un sentiment de constriction vers la base du thorax. Tous ces phénomènes ont été parfaitement analysés par Peter.

Quelque douloureux, quelque effrayants même que soient les accès d'angine de poitrine, ils ne constituent pas, à mon avis, pour l'insuffisance aortique, une complication bien redoutable. Les nerfs du sentiment sont alors affectés dans le plexus cardiaque, mais non pas ceux du mouvement ; les battements du cœur continuent, la respiration continue, et ils sont assez rares les cas de sujets atteints d'angine de poitrine qui ont succombé pendant un accès. Je sais bien qu'ils meurent dans l'intervalle des accès, mais l'angine de poitrine n'est qu'un des éléments d'un état assez complexe, et il faut faire à chacun de ces éléments la part qui lui revient.

Il est d'autres troubles nerveux analogues à l'angine par leur siége et leur nature, différents par leur marche, moins violents mais plus prolongés, qui ont une influence bien plus puissamment aggravante sur la maladie, et qu'il importe de signaler d'autant plus que je ne les crois décrits nulle part.

Certains sujets atteints d'insuffisance aortique se plaignent d'une douleur continue à la poitrine, en arrière du sternum ou même dans le dos ; ils éprouvent une anxiété fatigante et une grande oppression ; leur respiration est, par moments, haletante ; ils cherchent l'air. Ils ne peuvent dormir ; quelquefois même ils ne peuvent s'étendre et sont obligés de rester constamment assis. Ils se privent même de manger, redoutant la fatigue et l'angoisse que provoquent chez eux l'ingestion et la digestion des aliments. Cette insomnie et cette insuffisance de nourriture épuisent leurs forces ; on dirait même que les nerfs qui président à la circulation centrale et à la respiration se fatiguent de cette sorte de tension à laquelle ils paraissent soumis.

En même temps que l'état général s'aggrave, la circulation finit par s'embarrasser, ainsi que l'indiquent des stases veineuses et des œdèmes. Mais, dans les premiers temps, aucun trouble apparent ne révèle une aggravation de l'état cardiaque, et, phénomène encore plus remarquable, aucun signe physique fourni par l'auscultation pulmonaire ne correspond à l'oppression éprouvée par le malade.

Je sais bien que l'hypertrophie du cœur, compagne assez habituelle de l'insuffisance aortique, peut, par elle-même, produire des phénomènes analogues à ceux que je viens d'indiquer. Elle peut gêner la digestion à cause de la douleur que la réplétion et les mouvements de l'estomac impriment au cœur volumineux couché sur le diaphragme. Elle peut encore plus déterminer l'oppression par compression pulmonaire et obstacle à la circulation veineuse du poumon gauche. Mais déjà ce dernier phénomène s'accuse par des signes physiques qui en révèlent en même temps l'origine : ce sont les signes d'une congestion effectuée à la base du poumon gauche pendant que, d'une manière absolue ou relative, le sommet du même poumon et la totalité du poumon droit restent intacts. Ces signes méritaient une mention spéciale parce que, à ma connaissance, l'attention n'avait pas encore été appelée sur eux, mais je doute que souvent ils suffisent pour le diagnostic.

Ce qui distingue surtout les troubles digestifs et respiratoires liés à l'hypertrophie du cœur de ceux qui proviennent d'un trouble sensitif dans le plexus cardiaque, c'est que les premiers sont permanents et forcément incurables, tandis que les autres peuvent céder à une médication appropriée. Ils se dissipent quelquefois d'une manière fort remarquable, sous l'influence du chloral. Grâce à cet agent, l'anxiété se calme, l'éréthisme se détend, la respiration se fait sans angoisse, le malade peut s'étendre dans son lit et dormir d'un sommeil paisible. Une grande amélioration peut ainsi se produire et se prolonger longtemps. Si le chloral détermine une somnolence diurne, un peu de caféine prise le matin neutralise ses effets hypnotiques et ajoute une action tonique à son action sédative sur le cœur. A ceux qui voudront apaiser le système nerveux par le chloral dans certaines insuffisances aortiques, on peut promettre des résultats encore plus beaux que ceux qu'on obtient dans certaines insuffisances mitrales en vidant le système sanguin par les diurétiques et les purgatifs.

Indépendamment de ces troubles de la sensibilité, il y a dans l'insuffisance aortique des phénomènes nerveux qui portent sur les phénomènes du cœur. Ceux-ci se manifestent de préférence encore chez les goutteux, qui ont, en même temps que l'insuffisance, une lésion athéromateuse.

Ils s'annoncent quelquefois par des palpitations, c'est-à-dire par des mouvements tumultueux et désordonnés du cœur. L'éther est alors utile, mais sa puissance s'use vite, et l'alcool peut rendre de très-utiles services, moins encore cependant que dans la forme syncopale.

Les syncopes peuvent alterner avec les palpitations, montrant ainsi une fois de plus l'intimité des liens qui unissent le désordre et la faiblesse, l'ataxie et l'adynamie ; mais souvent elles existent seules, et mon opinion est qu'elles jouent un rôle considérable dans l'accident le plus terrible de l'insuffisance aortique, la mort subite.

Que, dans l'insuffisance aortique, la mort subite soit un accident assez commun, c'est une vérité aujourd'hui incontestée, grâce surtout aux travaux de Briquet, d'Aran et de Mauriac. Mais l'accord cesse quand on en arrive à l'explication.

Aux vues plus ou moins hypothétiques de M. Mauriac sur le rôle que joueraient dans l'étiologie de ces morts subites les troubles de la circulation dans les coronaires, M. Peter a récemment opposé les données anatomiques qui montrent que la mort subite arrive à peu près exclusivement dans les cas où l'insuffi-

sance est accompagnée de lésion athéromateuse de l'aorte. C'est ce que prouvent les observations de M. Mauriac lui-même, qui concordent sur ce point avec celles de Morgagni, de Santorini et d'Aran.

L'altération athéromateuse de l'aorte ne peut produire la mort subite que de deux façons : ou par rupture vasculaire, ce qui arrive parfois, mais d'une manière tout à fait exceptionnelle, ou par l'intermédiaire des phénomènes nerveux qu'elle contribue puissamment à provoquer, ce qui me paraît être le cas le plus commun.

Un fait qui m'a vivement frappé, c'est que, dans l'insuffisance aortique, la mort subite se fait annoncer. La crise fatale est précédée de crises moins graves, caractérisées par des défaillances et des syncopes, c'est-à-dire par des suspensions plus ou moins prolongées dans les mouvements du cœur. Ces accès précurseurs, en écartant l'idée d'une rupture vasculaire, qui est d'ailleurs en contradiction avec les données de l'anatomie pathologique, me portent à croire que la mort subite est ici le dernier terme d'une névrose cardiaque à marche intermittente et à forme paralytique. Provoquée par les mêmes causes qui déterminent l'angine de poitrine, cette névrose forme avec l'angine le contraste le plus singulier : l'une porte sur la sensibilité, l'autre affecte le mouvement; l'une se traduit par une violente excitation et l'autre par une brusque dépression.

Cette affection syncopale est encore plus grave quand la lésion athéromateuse a envahi les artères cérébrales, parce qu'alors elle peut déterminer du côté de l'encéphale une anémie plus complète et plus irréparable; le cœur a fait défaut au cerveau, le cerveau, à son tour, fait défaut au cœur; le cœur a suspendu l'émission du stimulus sanguin, le cerveau arrête l'envoi du stimulus nerveux; les deux sources de la vie se sont taries, et le malade meurt.

En résumé, l'insuffisance aortique, surtout quand elle est accompagnée d'aortite, peut se compliquer d'accidents nerveux qui portent soit sur la sensibilité, soit sur le mouvement. Les troubles de la sensibilité ont une forme intermittente, l'angine de poitrine, qui est plus douloureuse que dangereuse, et une forme subcontinue beaucoup plus grave, mais qui cède volontiers à l'emploi du chloral. Les troubles du mouvement sont justiciables de l'alcool; ils s'accusent par des palpitations et des syncopes : ces dernières ont le premier rang parmi les causes de mort subite.

DES COLIQUES ET DE LA BELLADONE

AU POINT DE VUE DE L'ÉTIOLOGIE ET DU TRAITEMENT DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

Par le docteur Emmanuel LARUE

Le mécanisme de la production de l'étranglement est indispensable à étudier; car, pour trouver le moyen de faire rentrer une hernie, il importe de savoir comment elle est sortie.

Entre toutes les conditions de l'étranglement énumérées par les chirurgiens, il en est une négligée, regardée comme un phénomène banal et commun à presque toutes les affections de l'intestin ; je veux parler des coliques. M. le docteur Bastien, qui a fait des recherches sur ce sujet, a observé, sur plus de cent hernieux, que les coliques ne manquent presque jamais lors de la sortie en plus grande masse, et lors de l'étranglement des hernies réductibles.

Ces douleurs de ventre sont plus qu'un symptôme fonctionnel; elles sont le signe d'un état de contraction de l'intestin, cause puissante de sortie des hernies et de leur étranglement.

Le but de ce travail, dont M. Bastien m'a donné la première idée, est de démontrer l'importance étiologique de la contraction intestinale dans la production des hernies étranglées, et les moyens d'y remédier.

I. *Coliques.* — Si l'on examine de près et qu'on recueille avec soin les commémoratifs d'un malade atteint de hernie étranglée, on constatera la plupart du temps que des coliques générales ont précédé les accidents locaux de l'étranglement d'une anse intestinale.

C'est par des coliques que débutent les phénomènes successifs qui aboutissent à l'étranglement. Ces coliques et les contractions énergiques des fibres musculaires de l'intestin surviennent par des causes diverses, dont les plus communes sont un trouble digestif, un refroidissement, une diarrhée chronique, une émotion morale, une production de gaz par des aliments nuisibles ou non digérés, etc. Dans les canaux ou conduits vivants, l'irritation et la douleur amènent le spasme, et le spasme produit le rétrécissement par contraction musculaire; il en est ainsi dans la laryngite striduleuse (Peters), le spasme de la glotte de l'iris, etc.

II. *Mouvements de l'intestin.* — Si l'innervation de l'intestin vient à être troublée, les mouvements péristaltiques et antipéristaltiques deviennent exagérés et désordonnés; ils sont pervertis dans de nombreuses maladies, par exemple, dans l'hystérie. Le spasme du tube digestif, que l'on appelle boule hystérique, est une contraction ascendante de l'intestin, de l'estomac et de l'œsophage. Son point de départ se trouve dans le plexus mésentérique, qui vient du plexus solaire. De même, dans la colique saturnine, l'intestin, desséché par le plomb, reste contracté spasmodiquement. Sous l'influence d'une irritation nerveuse permanente, ces mouvements peuvent devenir si puissants dans certains cas, qu'un segment d'intestin entre dans un autre, comme cela a lieu dans l'étranglement interne, invagination ou intussusception intestinale. Si donc les contractions musculaires peuvent diminuer le calibre de l'intestin au point de le faire entrer dans une portion inférieure d'une dimension à peu près égale, à plus forte raison ont-elles nécessairement un rôle capital dans l'entassement successif de portions du tube digestif au delà d'un anneau fibreux, entassement qui finit par amener l'impossibilité de réduction et l'étranglement.

III. — *Mécanisme de l'étranglement.* — Sortie, irréductibilité, étranglement, gangrène de l'intestin, telle est l'évolution d'une hernie étranglée. Par la contraction des fibres circulaires et longitudinales de l'intestin dont nous venons de parler, cet organe s'allonge, se raccourcit, se rétrécit en certains points, se gonfle dans d'autres, enfin subit une série de mouvements variés et inégaux, le plus favorables possible pour un passage à travers un orifice rétréci ; il se fait une sorte de tâtonnement comme lorsqu'on cherche à faire passer un corps par une ouverture étroite, et lorsque ce corps n'a qu'un seul sens, qu'une seule dimension qui permette ce passage. C'est ainsi qu'il faut comprendre le mécanisme de la sortie considérable de circonvolutions intestinales par un orifice peu dilaté, et de la constriction qui n'en est que la suite; c'est pendant une contraction d'une petite partie de l'intestin que cette partie commence à s'engager.

IV. *Rôle des ouvertures herniaires.* — D'après M. Nélaton,

les ouvertures herniaires sont purement passives dans l'étranglement; en effet, ces ouvertures ne peuvent se rétrécir subitement, et dans la plupart des cas l'étranglement se déclare tout d'un coup. D'ailleurs, ce resserrement ne pourrait être produit que par une inflammation des anneaux de tissu fibreux, inflammation problématique. Les pertuis celluleux deviennent, d'après M. Gosselin, fibreux par le passage répété de la hernie, qui transforme et durcit les tissus. Les pertuis fibreux sont d'une texture rigide, peu extensibles et peu contractiles; ce n'est donc pas là qu'il faut chercher la cause active et précise de l'étranglement.

L'intestin s'étrangle lui-même sur des parties résistantes et inextensibles; il agit comme un levier sur un point d'appui rigide et immobile. L'étranglement par vive arête, de Chassaignac, s'explique de la sorte.

V. *Rôle des muscles abdominaux.* — Les auteurs interprètent différemment le rôle des muscles abdominaux; je ne crois pas que, seuls, ces muscles puissent faire engager dans l'anneau une portion intestinale avant que le sac distendu n'en contienne déjà d'autres. Leur action consiste surtout à faire arriver dans l'intérieur de la partie herniée de l'intestin des substances qui étaient contenues dans la partie libre. On sait quelle influence énorme ont les matières alvines, le sang, les gaz, sur la constriction du pédicule des hernies. Les muscles de l'abdomen repoussent au dehors ces substances et les empêchent de rentrer, en diminuant la capacité de la cavité qui les contenait. Ils agissent particulièrement sur les gaz, très-mobiles.

Les muscles abdominaux, le diaphragme et le releveur de l'anus maintiennent la masse intestinale tout entière, en la pressant concentriquement. Les muscles propres de l'intestin, au contraire, produisent une pression excentrique tendant à la sortie, et qui se localise successivement dans divers points du parcours intestinal. Une digestion laborieuse est plus redoutable pour un hernieux qu'un effort musculaire, et souvent la hernie n'est pas plus la suite d'un effort que la colique n'est la suite d'une hernie.

L'action des muscles de la paroi abdominale et du diaphragme est semblable à celle qu'exerce la main du chirurgien dans le taxis, mais en sens contraire : c'est une pression vers l'anneau. Mais, pour que le taxis soit efficace dans beaucoup de cas, il faut que le pédicule de la hernie soit pincé et effilé en pointe par les doigts d'une main du chirurgien, tandis que de l'autre il repoussera la tumeur vers l'orifice. Cet amincissement, nécessaire au passage, est produit, lors de la sortie de la hernie, par l'intestin lui même, dont le calibre diminué s'engage facilement, et est alors poussé, après cela, par les muscles de l'intestin et de l'abdomen. Cette remarque prouve une fois de plus la vérité de l'adage : *Naturam morborum curationes ostendunt.* Car une anse d'intestin, renflée comme une sphère, ne sortira ni ne rentrera jamais si elle est pressée contre un orifice rétréci; il faut qu'elle soit allongée en entonnoir et amincie dans le point par lequel elle doit s'engager.

VI. *Traitement de l'étranglement.* — Pour s'opposer à l'accroissement progressif de l'étranglement, aussi bien que pour favoriser la rentrée des portions étranglées, que faut-il faire? D'après ce que nous avons dit des causes positives et permanentes de l'étranglement, s'il était possible d'exciter des contractions de l'intestin dans son sac herniaire seulement, tout en diminuant d'autre part la tension dans l'abdomen, on produirait en sens inverse le mécanisme qui a fait sortir la hernie, et on aiderait puissamment le taxis. Mais ce résultat n'est pas facile à obtenir; il ne pourrait avoir lieu que par l'absorption locale d'un médicament constricteur, et cette absorption est rendue nulle par le défaut de circulation du sang dans la tumeur. Cependant la glace, si souvent employée dans ce cas, sans que son action ait été étudiée et définie avec soin, la glace agit en contractant les fibres-cellules de l'intestin; elle tend à faire rentrer la tumeur dans la cavité abdominale, si la pression des parties contenues dans celle-ci ne l'emporte pas. Pour cela, il faut se garder d'appliquer la glace sur les autres parties de l'abdomen, dont la contraction excitée annulerait et dépasserait peut-être celle de l'anse herniaire. La glace, en contractant les tissus, aura pour effet de chasser les gaz de la tumeur et de diminuer leur expansion, si influente sur l'étranglement; elle chasse de même le sang, diminue la congestion et prévient la péritonite.

Il faut aider cette action de la glace par un médicament sur lequel je veux appeler l'attention, et qui diminue la tension de l'intestin, relâche les muscles abdominaux, et par là facilite la rentrée des gaz d'abord, de l'intestin ensuite; en tout cas, qui prévient de nouvelles impulsions tendant à augmenter la masse de la tumeur. La belladone remplit ces indications. La belladone et la glace ont donc une action inverse : la première produit un relâchement général; la glace amène une contraction locale de l'intestin hernié. Toutes deux résolvent le spasme.

VII. *Action de la belladone.* — La belladone, dit Longet, endort les muscles avec lesquels on la met en contact. La belladone, dit Trousseau, fait cesser le spasme intestinal. Elle est un des plus précieux stupéfiants et antispasmodiques de la matière médicale. On l'emploie souvent pour combattre la constipation due à une contraction permanente de l'intestin. Son action est essentiellement paralysante; ainsi elle dilate la pupille par ce moyen, en agissant sur le nerf de la troisième paire, et par là sur le sphincter, qu'elle paralyse. La belladone est également employée contre le paraphimosis, le spasme du col de l'utérus, les contractures de la vessie, les contractures essentielles des enfants. D'après Gübler, son action consiste surtout à paralyser les fibres musculaires lisses. Qu'elle agisse directement sur les nerfs moteurs, en les stupéfiant, ou bien sur le muscle, par l'intermédiaire du système circulatoire et des vaso-moteurs, en privant de sang les faisceaux musculaires, peu importe. Son effet sur l'intestin n'est pas douteux. Elle modifie le mouvement compliqué des parois intestinales, qui comprennent la couche profonde de fibres circulaires et la couche superficielle de fibres longitudinales, et calme les contractions renforcées et irrégulières que nous avons considérées plus haut comme cause d'étranglement des hernies.

La belladone, d'après Trousseau, qui guérit la diarrhée, guérit aussi la constipation. Mais il ne faut pas voir là une preuve qu'elle ne paralyse pas l'intestin. Elle guérit la diarrhée en desséchant les muqueuses, et aussi en agissant comme stupéfiant, au même titre que l'opium. Quant à la constipation, que la belladone combat efficacement, il faut se rappeler que ce n'est ni le relâchement continu des muscles de l'intestin, ni leur contraction permanente qui font progresser les matières dans le tube intestinal, mais c'est l'alternative et la répétition de ces deux mouvements. Peut-être la belladone a-t-elle une action régulatrice et s'oppose-t-elle aux contractions exagérées, surtout antipéristaltiques. Peut-être aussi agit-elle alors sur les sphincters, en les relâchant.

L'action de la belladone, dans le cas de hernie étranglée, consiste donc à paralyser les muscles de l'intestin et ceux de l'ab-

domen, et par là à diminuer la pression dans les deux cavités intestinale et abdominale.

La méthode dite de Valsalva, pour la cure des anévrysmes, peut être rapprochée de cette manière de considérer les obstacles à vaincre pour la rentrée des hernies. Valsalva saigne jusqu'à la syncope les malades atteints d'anévrysme, afin de diminuer le plus possible la pression artérielle, qui tendrait toujours à augmenter la tumeur anévrysmale. On doit chercher de même à diminuer la tension intestinale, afin que l'intestin sorti trouve moins de résistance pour rentrer. Les anévrysmes et les hernies sont deux lésions ayant ceci de commun, qu'elles se produisent toutes les deux par l'influence d'une pression sur les parois d'un canal extensible, contenant des substances qui y circulent : solides, liquides et gaz.

Pour obtenir de la belladone un effet complet, il faut l'administrer à doses répétées et fractionnées. On donnera une pilule de *un* centigramme d'extrait ou de poudre de belladone toutes les demi-heures, puis toutes les heures. La dose peut être portée jusqu'à *un* gramme pour les vingt-quatre heures.

D'autres agents médicamenteux auraient une action à peu près analogue; je ne citerai que le bromure de potassium, excellent hypocinétique ou paralysant des muscles, qui peut être regardé, dans ce cas, comme succédané de la belladone. La strychnine et la fève du Calabar, qui sont tétaniques et myosiques, ont un effet tout opposé et sont antagonistes de la belladone.

(*A suivre.*)

EAUX DE VALS DANS LA GLYCOSURIE

Par M. le professeur BOUCHARDAT.

Parmi les eaux minérales utiles aux glycosuriques, les eaux de Vals, par la richesse de leur minéralisation, par la variété de composition des sources, sont destinées à occuper le premier rang.

Il y a une vingtaine d'années, à un de mes malades voisins du département de l'Ardèche, je prescrivis une saison à Vals. Il s'en trouva si bien qu'il y retourna avec un égal succès pendant plusieurs années. Depuis ce temps, j'ai eu plusieurs occasions soit de prescrire ces eaux, soit de voir quelques malades qui étaient allés à cette station minérale : tous m'assuraient en avoir obtenu de bons effets. Quoi qu'il en soit, une installation balnéaire insuffisante, les grandes installations de Vichy à ce point de vue, sa thermalité et aussi la mode, contribuèrent à y attirer la vogue. Depuis quelques années, de grandes améliorations ont été apportées aux établissements de Vals; ces améliorations, la variété des sites, la salubrité du pays, ne peuvent manquer d'y attirer dans un avenir prochain de nombreux malades. Si au point de vue de sa thermalité, de l'installation confortable d'une station de premier ordre, Vichy l'emporte sur Vals; pour être consommées loin des localités, les eaux de Vals reprennent la suprématie.

Autrefois, comme eaux alcalines, j'ordonnais presque exclusivement celles de Vichy; depuis quelques années, j'ai beaucoup étudié et prescrit celles de Vals, au grand avantage de mes malades. Ces eaux sont d'une conservation parfaite, elles sont très-agréables à boire, surtout celles qui contiennent peu de sels; elles sont en général bien supportées par l'appareil digestif; enfin, par la variété de leur composition, on peut en graduer les effets. Elles répondent ainsi à un grand nombre d'indications. Cette variété des sources de Vals impose au médecin le soin d'indiquer la source à laquelle il veut avoir recours. Voici celles que je prescris le plus ordinairement et la manière dont j'en règle l'emploi.

Quand les urines laissent déposer des urates et même quelquefois de l'acide urique, c'est à l'eau de Vals *source Précieuse*, que j'ai le plus habituellement recours. J'en fais prendre un litre chaque jour, trois à quatre bonnes demi-verrées le matin à jeun, à un quart d'heure de distance, en se promenant, si cela se peut; le reste du litre sert à couper le vin aux repas. Je ne continue cette médication alcaline pas plus de dix à quinze jours, sauf à y revenir après dix ou quinze jours de repos, si l'on constate, d'après l'examen et l'analyse quantitative des urines de 24 heures, un effet réellement utile, pendant ou après cette petite cure alcaline.

Pour les personnes qui se trouvent bien de boire habituellement une eau alcaline pour couper le vin à leur repas, je prescris la *source Saint-Jean*, qui est la moins minéralisée, qui n'altère pas la couleur du vin et qui est très-agréable. C'est précisément à cause de sa faible alcalinité et de la nécessité moindre d'en surveiller l'emploi, que je trouve très-convenable que le pharmacien délivre de l'eau de la source Saint-Jean quand le médecin ne spécifie pas celle qu'il entend prescrire.

Chez les glycosuriques qui éprouvent d'une façon incontestable de bons effets d'une médication alcaline puissante, je préfère l'eau de Vals de la source *Magdeleine*; je fais suivre exactement les indications que j'ai données pour la *Précieuse*.

Chez certains malades qui se plaignent d'une constipation habituelle, je fais prendre le matin au réveil un verre de la source Magdeleine, je fais ajouter dans ce verre depuis une cuillerée à café jusqu'à une cuillerée à soupe de crème de tartre soluble, en graduant la dose de ce sel purgatif suivant l'effet obtenu; une ou deux garde-robes suffisent. Je fais continuer cette médication jusqu'à parfaite régularisation des selles.

C'est un moyen de purgation simple, agréable et efficace.

La station de Vals possède une eau minérale qui diffère complétement de ses sources alcalines; c'est l'eau de la *Dominique*, qui est à la fois arsenicale et ferrugineuse. A bon nombre de glycosuriques anémiques, chez lesquels l'appétit s'abaisse plus qu'il ne faudrait, à ceux qui sont tourmentés habituellement soit par des anthrax, soit par de l'eczéma ou d'autres manifestations du côté de la peau, je prescris un demi-litre à un litre par jour d'eau de la Dominique pour couper le vin aux repas. Cette médication est également indiquée pour les glycosuriques qui sont tourmentés par des bronchites récidivées ou tenaces.

Après quelque temps de l'usage habituel de cette eau, je la remplace par un verre ou deux d'eau de goudron prise dans la matinée ou avant le repas.

(*Annuaire de thérapeutique.*)

VARIÉTÉS

Le délire des persécutions

Par le docteur LEGRAND DU SAULLE, lauréat de l'Institut de France, médecin de l'hospice de Bicêtre, médecin du Dépôt de la Préfecture.

Néfaste année que 1871! Elle a vu s'abattre sur notre pauvre France toutes les variétés de folie, depuis la noble et admirable folie du patriotisme jusqu'à l'écœurante folie alcoolique, jusqu'à la folie incendiaire, jusqu'à la folie homicide. Placé par ses fonctions hospitalières et administratives au milieu de toutes ces aberrations de l'esprit humain, M. Legrand du Saulle a pu les étudier toutes, assister pour ainsi dire à ce défilé de toutes ces intelligences boiteuses et éclopées. Il en a pris une part qu'il a traitée *ex professo*. Espèce singulière dans la classe des vésanies qu'Esquirol appelait lypémanies, le délire des persécutions, malgré sa fréquence (500 en moyenne par an à Paris), est resté perdu dans les monomanies à idées dépressives de M. Baillarger.

Le délire des persécutions! Mais il semble que ce soit là toute l'histoire de l'humanité. Qui d'entre nous ne s'est pas cru un peu

persécuté ? le solliciteur éconduit — persécuté ! le candidat refusé — persécuté ! le poëte incompris — persécuté ! l'artiste méconnu — persécuté ! D'aucuns même, n'ayant pas à se plaindre de leurs semblables, veulent absolument trouver leur persécuteur dans la Divinité.

Mais à côté de ce délire léger des persécutions, qui n'est qu'un nuage dans un beau ciel d'été, il en est un autre plus grave, plus triste, c'est celui que décrit M. Legrand du Saulle.

Je ne suivrai pas l'auteur dans la description qu'il fait du persécuté ; le tableau est tracé avec le style que les lecteurs de la *Gazette* lui connaissent. J'aime mieux passer de suite aux symptômes, et, parmi ceux-là, il en est un primordial, qui consiste dans les hallucinations de l'ouïe. Elles sont presque constantes, elles sont pour ainsi dire caractéristiques, à tel point qu'on pourrait établir cet aphorisme : *Le persécuté est d'ordinaire un halluciné de l'ouïe*. C'est, du reste, ce qui ressort de l'analyse des symptômes du délire de persécution.

On peut aussi constater quelquefois des hallucinations de la vue ; mais, qu'on y prenne garde, on a affaire à une autre variété de délire, et j'y reviendrai plus loin.

Mais le persécuté ne reste pas toujours persécuté : ce délire se transforme ou se complique, ou bien souvent on constate en même temps des préoccupations hypochondriaques, des craintes d'empoisonnement, voire même des idées de grandeur.

Il semble étrange, à première vue, que le persécuté puisse avoir des idées de grandeur. Cette transition, cependant, est assez simple. S'il est persécuté, c'est qu'il a des ennemis ; s'il a des ennemis, c'est qu'il a une valeur ; donc.....

Parmi les causes de cette variété de délire, je vois bien les influences de l'âge, du sexe, de l'état civil, des professions, etc. ; j'y cherche en vain l'alcoolisme et ne l'y trouve pas ; et cependant l'alcoolisme a une notable influence. Je me trompe ; M. Legrand du Saulle ne l'a pas oublié, mais il le reporte ailleurs et semble en faire un chapitre à part ; et c'est quand nous sommes sortis de la marche, de la durée du Délire des Persécutions, que nous nous rencontrons avec l'*alcoolisme subaigu*.

M. Legrand du Saulle est un honnête homme ; quand il emprunte, c'est loyalement ; il ne fait pas comme nos voisins les Teutons. Il sait rendre à César ce qui appartient à César, et à M. Lasègue ce qui appartient à M. Lasègue. C'est ce professeur qui a publié en 1869, dans les *Archives*, les premiers travaux sur l'alcoolisme subaigu, et c'est lui aussi qui a établi le diagnostic différentiel entre le persécuté alcoolique et le persécuté non alcoolique. Dans le délire alcoolique, le persécuté est *terrifié*, *tremblant* ; le persécuté non alcoolique est triste, il est vrai, mais il est *exempt de terreur*. M. Jules Arnoult, du Val-de-Grâce, a étudié la folie chez les militaires (1) ; il a constaté également cette passivité, cette résignation ; mais il les attribue à l'obéissance passive obligatoire dans l'armée. M. Legrand du Saulle ne nous dit rien de cela ; attendons sa seconde édition.

J'ai parlé plus haut des hallucinations de la vue ; pour M. Lasègue, elles sont presque caractéristiques du délire de persécution par cause alcoolique.

Le chapitre de la thérapeutique est assez court ; l'auteur fait bon marché de toutes les recettes et semble fonder un grand espoir sur la médication par les bromures alcalins. On sait qu'il expérimente en grand cette médication à Bicêtre ; attendons-en les résultats. Il y aurait un grand chapitre à faire sur le traitement préventif de toutes ces vésanies ; mais ce chapitre serait un volume entier.

M. Legrand du Saulle a son domicile légal à Paris, entre Bicêtre et le Palais-de-Justice. Il passe ses matinées avec les fous et souvent ses après-midi avec les détenus ou les magistrats. La première partie de son livre pourrait être datée de Bicêtre ; la seconde, du Palais-de-Justice. Donc, après l'aliéniste vient le médecin-légiste.

Les trois chapitres qui suivent sont consacrés aux écrits des persécutés, à leurs testaments, aux crimes qu'ils peuvent commettre et enfin à leur degré de responsabilité.

Ces trois chapitres ne sont pas les moins intéressants à lire, et ils laissent dans l'esprit de tristes et amères réflexions.

Enfin le livre se termine par un appendice sur l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-71, et par le récit émouvant de tout ce que l'auteur a observé pendant la Commune comme médecin du dépôt de la préfecture et de Mazas.

M. Legrand du Saulle est un médecin essentiellement français : il est de ceux qui, contrairement aux Germanophiles, croient que, malgré tous ses malheurs, la France tient encore le premier rang parmi les nations savantes et civilisées, et qu'elle n'a pas besoin de se faire vassale ou tributaire de l'étranger. Ce sont nos aliénistes qui tiennent encore la première place, et c'est en France qu'ont été élaborés les principaux travaux de pathologie mentale. Libre aux Allemands, ces barbares du Nord, de croire que toute la science consiste à compter des atomes ou à divaguer dans les nébulosités d'un *philosophisme* inintelligible ; c'est encore chez nous qu'ils viendront hypocritement puiser nos idées pratiques.

Dr A. Corlieux.

(1) *Gazette médicale*, 1863, p. 267 et suiv.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour l'agrégation en médecine a été clos vendredi dernier.

Les candidats nommés sont :

MM. Hayem, Damaschino, Fernet, Lancereaux, Bergeron, Duguet, Rigal.

— De Munich, on écrit à la *Gazette de Francfort* que dernièrement, une demoiselle d'Augsbourg s'est présentée devant le doyen de la Faculté de médecine, en lui annonçant son intention de passer l'examen nécessaire pour exercer la profession de dentiste. Celui-ci se récusa, en objectant que ce serait quelque chose d'inouï, non-seulement en Bavière, mais encore en Allemagne. Le candidat évincé se rendit alors à Erlangen, où il a fallu trouver le doyen. La Faculté et le Sénat se déclarèrent prêts à faire procéder à l'examen si les ministres des cultes et de l'intérieur y donnaient leur consentement. Ceux-ci pensèrent qu'il serait ridicule d'exclure, en raison de son sexe, une personne qui tenait à faire preuve de ses connaissances et à passer un examen, rigoureux à ce qu'il paraît, et ils portèrent l'affaire au cabinet du roi. L'autorisation ne se fit pas longtemps attendre, et l'on a lieu de croire, ajoute le journal, que cet exemple trouvera des imitateurs.

— M. le docteur Verrier a commencé son cours public gratuit de manœuvres obstétricales lundi, 6 mai, à 8 heures du soir, à l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— *Erratum.* — Dans le numéro de jeudi dernier, 2 mai, observation publiée par M. Campenon sur un cas d'œdème de la glotte, au lieu de « érysipèle œdème », qui se trouve répété plusieurs fois, lisez « érysipèle interne ».

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur Ch..., à Tourny. — Accepté.

M. le docteur V..., à Guéret. — Accepté.

M. le docteur L..., à Pocancy. — 3 francs par volume.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux........................		
Chlorure de sodium..................		
Matières organiques..................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau.—**Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin. **Paris.**

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux.**

Prix : la boîte de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

L'HUILE JOSEPH

Pour le pansement des **BRULURES** se recommande particulièrement aux médecins : 1° par la simplicité de son application (suppression complète de linge, charpie, compresses, etc) ; 2° par la rapidité excessive avec laquelle elle contribue à calmer la douleur.

Médaille d'argent à l'Exposition du Havre, pour guérison de brûlures pendant l'Exposition. — Nombreuses attestations de chefs d'usines et manufactures. — *Envoi de la brochure franco.*

Manufacture à Rouen, au Petit Quevilly. — Entrepôt, PHARMACIE NORMALE, rue Drouot, 15, DETTROT, pharmacien, Paris.

MALTINE GERBAY

Dosée physiologiquement d'après la méthode du Docteur COUTARET.

Avec la MALTINE, on opère la *digestion artificielle* de toutes les substances féculentes.

Les médecins de France et de l'étranger, qui, depuis trois années, l'ordonnent habituellement, ont reconnu que la MALTINE est le

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE DES DYSPEPSIES AMYLACÉES

On en obtient les plus heureux résultats dans les cas de DYSPEPSIE SALIVAIRE OU AMYLACÉE, GASTRITE, GASTRALGIE, AIGREURS, EAUX CLAIRES, VOMISSEMENTS, POINTS, CONSTIPATION *et tous autres accidents qui proviennent pendant la première ou la seconde digestion.*

La MALTINE GERBAIS est beaucoup plus active et bien plus économique qu'une toute

BIÈRE DE MALT

Se méfier des contrefaçons.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vente en gros, pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

ÉLIXIR ET VIN DE COCA

De Joseph BAIN, pharm. inventeur.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses *propriétés alibiles*, là où le quinquina est impuissant.

Pastilles digestives de Coca, feuilles de Coca, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de Henri Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop Henri Mure contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. Henri Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Dragées de lactate de fer de Gélis

et CONTÉ, APPROUVÉES PAR L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE PARIS, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

CONTREXÉVILLE

(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central :

23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

HUILE de Foie de morue FERRÉE DE GODIN au BENZOATE DE FER dosée au 100e

Présentée à l'Académie de médecine, le 4 déc. 1866.

« Dissolution des Benzoates dans les huiles. »

(Travail lu à l'Académie des sciences, le 13 novembre 1871.)

1° La **Benzoate de fer,** sel orange, inaltérable, aussi riche en fer que le *lactate*, apporte à l'huile blanche de Norwége l'action balsamique de l'*acide benzoïque* et l'action tonique du *fer.* — Le *fer*, uni à un corps gras, exerce une action plus douce sur les parois de l'estomac, ne constipe pas, et rend l'huile de foie de morue plus facile à prendre.

2° **Huile hydrargyrique** au Benzoate d'hydrargyre (dosée au 1000e). Au spécifique, au débilitant, est associé le reconstituant; le malade n'éprouve ainsi ni maux d'estomac ni amaigrissement.

3° **Huile hydrargyro ferrée** aux Benzoates d'hydrargyre et de fer. — Elle réunit les avantages combinés des deux autres.

GODIN, ex-pharm. des hôpitaux, 96, faubourg Saint-Martin, et dans les principales pharmacies.

POUGUES-LES-EAUX (NIÈVRE)

La source SAINT-LÉGER, *alcaline, ferrugineuse, iodée et gazeuse,* décrétée *d'intérêt public* le 4 août 1860, est *la seule de la localité* qui, depuis 300 ans, ait opéré toutes les cures authentiques pour affections de l'estomac et annexes, gravelle, diabète, albuminurie, etc. — Exiger les marques portant *Source Saint-Léger.*—S'adresser au gérant de l'Établissement thermal ou à l'Administration, avenue d'Antin, 3, à Paris. Vente chez tous les pharmaciens.

Prix : la bout., 60 c.; la caisse de 50 bout., 30 fr.

St-HONORE-LES-BAINS (Nièvre).

Eau sulfureuse sodique

analogue à celle des Pyrénées. Admise dans les hôpitaux de Paris. Souveraine dans les maladies du larynx et des bronches, asthmes, catarrhes ; affections cutanées, lymphatisme et maladies des enfants.

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET

Bains et douches ; piscine à eau courante, 32°. — Site magnifique. — Vie à bon marché.

Au Dépôt central, 60, rue Caumartin, Paris.

ÉLIXIR J.-F. BERNARD TONI-STHÉNIQUE

PHOSPHATES ET SELS AMMONIACAUX MAGNÉSIENS SOLUBILISÉS

RÉPARATEUR OSTÉOGÉNIQUE. — PUISSANT MODIFICATEUR DE L'ORGANISME

Résultats constatés dans les hôpitaux

Prescrit tous les jours avec le plus grand succès dans le *rachitisme*, la *scrofule*, la *chlorose*, l'*anémie*, l'*albuminurie*, et contre les *sueurs nocturnes* des phthisiques. Cet élixir, en raison même de l'*acide phosphorique libre* qu'il contient, est un stimulant des organes génésiques, et il convient à toutes les personnes épuisées par les fatigues excessives des centres nerveux, comme l'étude et les *autres excès.* — Brochure explicative envoyée *franco.* — Prix : **6 fr. la bouteille.**

NE PAS CONFONDRE AVEC LE VIN BERNARD

Fabrique, 16, boulevard de Vaugirard. — Dépôt : Maison Truelle, rue de la Verrerie, 15, et dans toutes les bonnes pharmacies. — REMISE D'USAGE.

N° 54. — JEUDI-SAMEDI 9-11 MAI 1872. 45e ANNÉE. JEUDI-SAMEDI 9-11 MAI 1872. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL COCHIN. Emphysème généralisé à la suite d'une fracture du sinus frontal (M. Després). — Sur les modifications anatomiques qui se produisent dans la moelle épinière à la suite de l'amputation d'un membre ou de la section des nerfs de ce membre (M. A. Vulpian). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après la pleurésie séreuse, la pleurésie purulente; après la thoracentèse, l'empyème et le drainage. M. Béhier, dans la petite discussion qui a suivi sa communication du mardi précédent, dans laquelle il n'avait en vue que les épanchements séreux, a très-incidemment et pour mémoire seulement exprimé l'opinion que, pour les épanchements purulents, l'ancienne opération de l'empyème lui paraissait jusqu'ici peut-être la meilleure. M. J. Guérin a relevé le gant au nom de la méthode sous-cutanée. M. Chassaignac, dans la dernière séance, est venu à son tour plaider *pro domo sua*, c'est-à-dire pour le drainage. Le drainage a fait ses preuves, et ce n'est pas ici, à cette place où il a reçu le baptême, qu'on en dira du mal. M. Chassaignac, en venant exposer à la tribune de l'Académie les méfaits de l'opération de l'empyème et les bienfaits du drainage, était dans toute la plénitude de son droit, nous dirons mieux, même de ses devoirs; et l'on ne peut que l'en remercier. Mais pourquoi, du moment où il a cru devoir comparer sa méthode du drainage aux autres méthodes, n'a-t-il pris pour terme de comparaison que les méthodes les plus défectueuses, celles qui ont notoirement donné les plus mauvais résultats, excluant la seule qui pût entrer en parallèle avec elle, la seule dont les résultats pouvaient être sérieusement, et nous ajouterons avantageusement, balancés avec les siens? Oubli involontaire ou intentionnel, nous ne savons lequel, nous avouerons que cet oubli nous a étonné pendant le cours même de sa lecture. Mais M. J. Guérin, qui n'était pas homme à laisser passer une pareille omission, n'a pas tardé à la signaler, et il a eu raison.

N'ayant en ce moment sous les yeux ni les faits exposés par M. Chassaignac, ni ceux que M. J. Guérin a rappelés sommairement, il nous serait difficile de les juger comparativement; d'autant qu'une pareille comparaison exigerait la connaissance des conditions diverses d'état des malades et des indications spéciales qui s'en pouvaient déduire. Mais ce que nous ne pourrions faire actuellement, par rapport à ces deux séries de faits en particulier, a été fait déjà avec le secours des principaux éléments historiques que possède la science sur ce point, et avec toute la compétence et l'autorité d'un praticien qui a pu bien mieux encore que juger sur les documents d'autrui, qui a jugé par le contrôle et par les résultats de sa propre expérience.

Les éléments de cette appréciation sont sous les yeux de nos lecteurs, qui ne peuvent avoir oublié l'important travail que M. Bouchut a publié sur ce sujet dans les nos des 26, 31 octobre, 9, 14, 21 et 23 novembre 1871, de la *Gazette des hôpitaux*, sous ce titre : *De la thoracentèse par succion dans la pleurésie purulente et dans l'hydro-pneumo-thorax.* Nous ne saurions mieux faire, jusqu'à plus ample informé, et sous les réserves de ce que de nouveaux éléments et une discussion nouvelle sur ce sujet pourraient nous apprendre, que de nous en référer pour l'instant aux conclusions de ce travail.

L'Académie, dans sa séance annuelle du 19 mars dernier, sur un savant rapport de M. Buignet, a couronné un très-remarquable travail de M. Nativelle relatif à la digitaline. Il résulte des essais cliniques et des expérimentations dont cette substance, obtenue par de nouveaux procédés à l'état de pureté parfaite, a été l'objet, qu'elle aurait toutes les propriétés connues de la digitale, mais à un degré d'intensité d'action incomparablement supérieur. Justement préoccupé de l'intérêt qu'il y aurait, pour la pratique, à être fixé sur la valeur comparative des divers produits qui portent aujourd'hui le même nom, bien qu'ils diffèrent par leur intensité d'action, ainsi que sur les meilleures formules qu'il conviendrait d'adopter désormais à leur égard, M. Boudet a porté la question devant l'Académie, qui, sur sa proposition, a désigné une commission chargée d'étudier cette question.

— Dirons-nous un mot, ne dirons-nous rien d'une question qui s'est présentée pour la dixième fois au moins à l'Académie depuis quelques années, ou plutôt qui s'y présente incessamment? L'Académie, personne ne l'ignore, n'a point de résidence à elle propre, elle n'a littéralement ni feu ni lieu. Elle a été recueillie non pas tout à fait gratuitement, mais moyennant une minime rétribution prélevée sur un budget presque illusoire, par l'Assistance publique, dans le local que l'on sait, dépendant des bâtiments de la Charité. Non-seulement elle a là une installation peu digne d'elle à tous égards; mais, ce qu'il y a de plus déplorable, c'est l'affreux état dans lequel se trouvent ses archives et sa bibliothèque, livres et manuscrits précieux qui sont envahis et menacent de périr par la moisissure. M. Béclard venait de déposer sur le bureau un livre hébreu très-rare et probablement très précieux — je ne suis pas en état d'en juger, ce que notre ami Revillout, plus heureux, serait peut-être mieux à même

de faire que moi... et que bien d'autres. — C'est à l'occasion de la présentation de ce livre, menacé sans doute du même sort que les autres, que cet incident a été de nouveau soulevé au sein de l'Académie. On s'est demandé de toutes parts jusques à quand durerait cet état précaire, misérable et honteux. Bien des fois déjà, des demandes officielles et officieuses ont été faites auprès des pouvoirs publics pour tâcher de sortir de cette situation. L'honorable président, au nom du bureau et du conseil, s'est engagé à faire de nouvelles tentatives. Seront-elles plus heureuses?... Triste! triste! triste!

Dr BROCHIN.

HOPITAL COCHIN. — M. DESPRÉS.

Emphysème généralisé à la suite d'une fracture du sinus frontal.

Observation recueillie par M. ANDRAL, interne du service.

Le nommé S... (Jean), carrier, âgé de 60 ans, entre le 11 mars à l'hôpital Cochin, salle Cochin, lit n° 4.

Le 8 mars, vers quatre heures du soir, se promenant, un panier plein de terre à la main, sur le bord d'une carrière, il fit un faux pas et tomba sur la pierre d'une hauteur de 3 mètres environ.

Dans sa chute, il se fit au front une plaie par laquelle il ne s'écoula que très-peu de sang. Il n'eut pas non plus d'épistaxis.

Malgré la violence du coup, le malade ne perdit pas connaissance et put rentrer chez lui à pied.

Mais il constata qu'immédiatement après la chute il commençait à enfler, l'enflure débutant par la face et le cou.

Rentré chez lui, comme il ressentait une douleur assez vive au côté gauche, il se fit appliquer en ce point 12 sangsues. Il consulta un médecin le 10 mars.

Le médecin constata, outre la plaie du front signalée plus haut, un enfoncement du frontal et un emphysème si considérable qu'il crut devoir pratiquer quelques mouchetures sur la poitrine.

Le 12 mars, à la visite du matin, M. Després constate :

1° A la région frontale, presque sur la ligne médiane, à l'origine des cheveux, une plaie régulière, verticale, longue de deux centimètres environ, sans dénudation de l'os;

2° Une fracture du frontal, très-marquée, située immédiatement au-dessus du nez. On note à ce niveau un enfoncement asssz considérable dont on peut facilement, avec le doigt, sentir le rebord. Son diamètre peut être comparé à celui d'une pièce d'un franc. Cette fracture se prolonge un peu à gauche et ne communique pas avec la plaie que je viens de signaler;

3° Quelques ecchymoses à la face, surtout à la peau des paupières;

4° Un emphysème sous-cutané presque général.

On sent la crépitation et la dépressibilité caractéristiques à la région frontale, à la face, au cou, au thorax, à l'abdomen, jusqu'au niveau du pli de l'aine, à la région lombaire, dans les bras et même dans la paume des mains.

Par contre, on ne peut trouver de crépitation emphysémateuse à la partie postérieure et supérieure du crâne.

Les téguments sont donc décollés sur une grande étendue par l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Malgré cela, la respiration du malade n'est pas très-embarrassée, et son état général est bon. Il n'a pas de trace de fièvre.

Comme on ne trouve chez ce malade aucune autre lésion, sauf une contusion légère du côté gauche, M. Després établit que la fracture de l'os frontal au niveau des sinus frontaux et l'ouverture de cette cavité sont la cause de cet emphysème considérable que l'on constate. Comme, d'un autre côté, le malade n'a perdu de sang ni par les oreilles, ni par le nez, comme il n'y a point d'ecchymose conjonctivale, comme on ne trouve chez lui aucun des phénomènes cérébraux qui font reconnaître une fracture du crâne, tout soupçon de fracture de la boîte crânienne est éloigné.

La plaie du front est pansée avec des bandelettes de diachylon, puis, au niveau de la fracture, M Després exerce, avec de l'amadou et une bande roulée, une forte compression pour empêcher de nouvelles quantités d'air de s'infitrer dans les tissus à travers la fracture de la paroi antérieure du sinus frontal.

Le 12, à ma visite du soir, je trouve le malade un peu oppressé. L'emphysème est toujours aussi marqué que le matin.

Mais le lendemain, 13 mars, on en peut constater déjà une légère diminution. C'est d'abord à la face que l'on constate cette amélioration.

Les paupières sont moins tuméfiées que la veille.

Depuis ce moment, l'emphysème va toujours en décroissant.

Le 17, on ne trouve plus de crépitation aux mains, et la face et le cou ont repris leur aspect normal, quoique cependant on note encore dans cette région un peu de crépitation emphysémateuse.

Le 18, on ne trouve d'emphysème qu'à l'abdomen et au thorax, surtout dans la région mammaire et dans le creux axillaire; mais cet emphysème n'est plus très-marqué : la peau se laisse à peine déprimer sous la pression du doigt.

Le pansement compressif est défait le 18, et il est alors assez difficile de sentir les limites de l'enfoncement de la paroi antérieure du sinus frontal. Les os se sont donc remis en place dix jours après l'accident, mais pas complétement; car, ayant fait moucher le malade, on constate aussitôt après, autour de la fracture, la présence de quelques bulles d'air qui n'y étaient pas auparavant.

La compression est faite de nouveau.

Le 19, le 20 et le 21, l'emphysème va toujours en diminuant, et le malade peut se lever et se promener dans les salles.

Le 21, on ne trouve de crépitation emphysémateuse que dans la région mammaire et au creux de l'aisselle, surtout du côté droit.

Le 22, on enlève le pansement compressif, et cette fois définitivement. La paroi antéireure du frontal a repris son état normal. Les os se sont remis en place; c'est à peine si un rebord légèrement saillant indique encore la limite de la fracture cause de l'emphysème. Celui-ci a, on peut dire, complétement disparu, et, malgré les efforts du malade pour se moucher, il ne sort au niveau de la fracture aucune bulle d'air.

Le malade a quitté l'hôpital, le 23 mars, parfaitement guéri.

Réflexions. — Ce fait est considéré par M. Després comme tout à fait exceptionnel. La thèse de M. L. Thomas sur la pneumatocèle du crâne, thèse de Paris, 1865, renferme des faits de tumeurs gazeuses en communication avec les sinus. M. Nélaton (*Path. chir.*, t. I, fractures des os du nez) parle d'un cas où, pendant les efforts du malade pour se moucher, il était survenu un emphysème limité de la racine du nez aux paupières; Foucher a signalé (*Gazette des hôpitaux*, 1864) un cas d'emphysème de l'orbite par suite de la rupture du sac lacrymal; d'autres faits du même genre se trouvent dans Mackensie. Mais aucun exemple pareil à notre observation jusqu'ici n'a été fourni, que nous sachions. Il s'agit, en effet, d'un emphysème sous-cutané, généralisé à la suite d'une fracture de la paroi antérieure du sinus frontal. La thèse de M. Dolbeau sur l'emphysème traumatique (concours d'agrégation, 1860) renferme une mention de l'emphysème de la face à la suite des blessures des sinus; mais l'auteur constatait que cet emphysème était toujours limité. Dans une observation de Laugier, où le frontal et l'ethmoïde avaient été brisés, il y avait une *très-petite quantité d'air* dans le tissu cellulaire (*Bull. chirurgical* de Laugier, t. I [M. Dolbeau], thèse citée).

Nous signalerons encore la rapidité de la guérison de ce malade, qui, à la date du 8 avril, était chez lui bien guéri.

SUR LES MODIFICATIONS ANATOMIQUES

QUI SE PRODUISENT DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE A LA SUITE DE L'AMPUTATION D'UN MEMBRE OU DE LA SECTION DES NERFS DE CE MEMBRE.

(Note de M. A. VULPIAN, présentée à l'Académie par M. Cl. Bernard.)

Jusque dans ces dernières années, on ignorait l'influence qu'exerce sur la moelle épinière l'amputation partielle ou totale d'un membre chez l'homme. J'ai publié en 1868, dans les *Archives de physiologie*, une note sur ce sujet; bientôt après, M. W. H. Dickinson, en Angleterre, faisait connaître les résultats des investigations qu'il avait entreprises de son côté dans la même direction. J'ai étudié depuis lors un certain nombre de cas d'amputation soit du membre supérieur, soit du membre inférieur; l'examen des nerfs et de la moelle épinière dans ces cas a confirmé mes premières observations, et je puis aujourd'hui présenter un résumé de l'ensemble de mes recherches.

L'amputation totale ou partielle d'un membre chez l'homme détermine des modifications remarquables dans la région de la moelle épinière qui fournit les nerfs destinés à la partie amputée. Ces modifications consistent essentiellement en une diminution en tout sens des dimensions de la moitié correspondante de la moelle dans cette région. Contrairement à ce que j'avais remarqué dans les premiers cas que j'avais examinés et conformément à ce qu'a indiqué M. Dickinson, ce sont les parties postérieures de la moelle épinière, c'est-à-dire la corne postérieure et le faisceau postérieur qui subissent au plus haut degré ces modifications.

La diminution en tout sens des dimensions des parties modifiées n'est pas due à une altération réelle de structure; il n'y a ni myélite interstitielle, ni atrophie granulo-graisseuse des éléments constitutifs du tissu de la moelle épinière.

Dans quelques cas tout à fait exceptionnels, le tissu interstitiel du faisceau postérieur modifié s'est un peu hypertrophié. Peut-être, dans ce cas, y avait-il eu pendant longtemps de violentes douleurs dans le moignon.

Il s'agit là, en règle générale, d'une atrophie simple, c'est-à-dire d'une réduction du diamètre des éléments, principalement des tubes nerveux. L'examen de la moelle épinière d'amputés, fait à des époques rapprochées dans certains cas, ou éloignées dans d'autres, du jour de l'opération, m'a permis d'acquérir une certitude absolue sur ce point. Je n'ai pas constaté nettement qu'il y eût disparition ou même amoindrissement d'un certain nombre des cellules de la substance grise.

La modification de la moelle épinière ne s'étend pas beaucoup au delà de la limite de la région en rapport d'innervation avec la partie amputée. C'est surtout de bas en haut qu'a lieu l'extension du travail d'atrophie, ce qui s'explique facilement dès qu'on se rappelle que c'est principalement dans ce sens que se propagent les altérations des cordons postérieurs de la moelle, après lésion de ces cordons ou lésion des racines postérieures des nerfs rachidiens.

Les changements que les amputations font subir à la moelle épinière s'observent, non-seulement lorsque l'amputation a été faite avant le moment où s'arrête l'accroissement du corps, mais encore lorsque cette amputation a été faite dans l'âge adulte et même dans la période sénile de la vie. Ils sont cependant d'autant plus rapides et plus prononcés que l'âge est moins avancé. Pour que ces changements deviennent très-manifestes dans l'âge adulte, il faut toujours un intervalle de plusieurs mois au moins entre le jour de l'opération et le moment de la mort.

Je n'ai pas pratiqué l'amputation d'un membre chez des mammifères pour rechercher cette modification de la moelle un certain temps après l'opération; mais j'ai eu l'occasion de faire cette recherche chez une grenouille qui avait perdu, depuis longtemps sans doute, tout le pied gauche, et j'ai cru voir, dans ce cas, une légère diminution des dimensions de la partie postérieure gauche du renflement crural de la moelle.

On devait se demander si l'atrophie locale de la moelle épinière, dans les cas d'amputation, est due principalement à la section des nerfs effectuée par l'opération. Pour s'éclairer sur ce point, il fallait couper isolément les nerfs d'un membre, en respectant les autres parties. J'ai donc fait la section du grand nerf sciatique d'un côté, et parfois aussi du crural du même côté, sur divers animaux (chiens, lapins, cochons d'Inde). Après des intervalles de temps variables, j'ai examiné la région dorsale et la région lombaire de la moelle épinière de ces animaux. Deux ou trois mois après l'opération, et même après trente-six jours chez de jeunes lapins, j'ai constaté une atrophie de la moitié correspondante de la moelle, dans la région en relation avec les racines des nerfs coupés, et cette atrophie offrait les mêmes caractères que l'atrophie observée chez l'homme à la suite des amputations. C'est donc principalement, sinon uniquement, par suite de la section des nerfs du membre amputé qu'a lieu l'atrophie locale de la moitié correspondante de la moelle épinière.

Quant au mécanisme de cette influence de la section des nerfs sur la moelle épinière, il reste assez obscur. Cette section est suivie d'une modification, peu connue jusqu'ici, du bout central des nerfs. Dans de rares circonstances, le bout central peut s'hypertrophier par un travail de névrite ascendante, surtout lorsqu'il s'agit de nerfs crâniens; mais, dans l'immense majorité des cas, ce bout central subit une diminution de diamètre, comme l'a montré M. Brown-Séquard et comme je l'ai vu bien des fois. Cet amoindrissement se retrouve dans les racines tant antérieures que postérieures des nerfs coupés, soit dans les expériences sur les animaux, soit dans les cas d'amputation chez l'homme. J'ai constaté que, dans ces diverses circonstances, il n'y a d'altération granulo-graisseuse ni du bout central des nerfs coupés, ni de leurs racines; une altération de ce genre ne se voit que dans l'extrémité tout à fait terminale du nerf au voisinage immédiat de la section. Dans tout le reste de son étendue, la partie centrale des nerfs ne subit qu'une atrophie simple, par diminution du diamètre des tubes nerveux. Il est probable que l'atrophie de la région correspondante de la moelle est due, en grande partie, à la diminution du diamètre des fibres nerveuses qui, des racines des nerfs, viennent prendre place au milieu de ce centre nerveux. La seule condition connue jusqu'ici qui puisse être invoquée pour expliquer cette atrophie, c'est l'inactivité physiologique des nerfs coupés et des éléments de la moelle qui sont en relation avec eux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

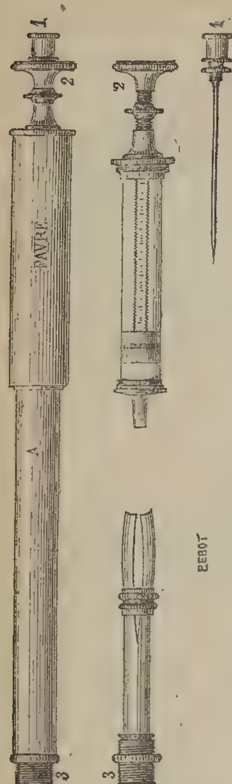
M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1871, dans le département du Loir-et-Cher (Commission des épidémies) ; — 2° Un mémoire de M. le docteur Debets de Lacrousille sur la variole et le vaccin (Commission de vaccine).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° un pli cacheté adressé par M. le docteur Peyraud et M. Falières, pharmacien à Libourne, et renfermant une note pour servir à la démonstration des effets du bromure de potassium contre l'épilepsie (Accepté); — 2° une lettre de remercîments de M. le docteur Blanc (d'Uzès), lauréat.

PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD présente le modèle d'un porte-caustique de trousse,



contenant une seringue de Pravaz, fabriqué par M. Favre sur les indications de M. Gaurier.

La figure A représente l'instrument complet;

Le nº 1, l'aiguille de la seringue;

Le nº 2, la seringue;

Le nº 3, la pince du porte-caustique.

La tige du piston de la seringue a été disposée de façon à pouvoir y loger l'aiguille, qui s'y trouve maintenue par un pas de vis.

Un autre pas de vis, adapté sur l'ajutage supérieur de la seringue, permet de la fixer solidement dans le tube qui lui sert d'enveloppe.

M. DEVILLIERS dépose sur le bureau les comptes rendus statistiques du comité d'hygiène de Turin pour les années 1867, 1868 et 1869, par M. le docteur Jiuseppi Rizetti.

M. DEMARQUAY présente de la part de M. Félix Roubaud un volume intitulé : *De l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme.*

M. GUÉNEAU DE MUSSY présente, au nom de M. le docteur Groussin, un instrument destiné à apprécier l'état de la nutrition chez les enfants.

M. LARREY dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Arnoult, médecin-major, un travail intitulé : *Sur une épidémie de méningite cérébro-spinale.*

RAPPORTS

M. CAVENTOU fils, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

LECTURES

M. BOUDET lit un travail ayant pour titre : *De la digitaline et de l'aconitine cristallisées,* et dans lequel il propose de nommer une commission pour établir à l'égard de ces alcaloïdes un formulaire légal.

Après une courte discussion, qui s'engage à cette occasion entre MM. Bussy, Gubler, Marrotte et M. le rapporteur, l'Académie, consultée, vote la nomination d'une commission. Cette commission sera composée de MM. Vulpian, Marrotte, Boudet, Gubler et Buignet.

Empyème et drainage chirurgical. — M. CHASSAIGNAC donne lecture d'un mémoire sur l'empyème et la méthode du drainage chirurgical.

M. Chassaignac rappelle que l'opération de l'empyème qu'on applique aux épanchements du pus dans la poitrine est l'une des plus désastreuses de la chirurgie. Sur cinquante opérations faites par Dupuytren, quarante-huit ont été suivies de mort. A. Cooper, dans une longue pratique, n'a pas eu la satisfaction d'enregistrer un seul cas de guérison. Rarement desideratum chirurgical a été plus opportun. Telle est la raison d'être de l'introduction dans la pratique du drainage chirurgical, pour le traitement de l'empyème purulent.

M. Chassaignac n'entend discuter comparativement avec la méthode de drainage que deux méthodes généralement admises, celle de l'incision et celle de la ponction.

Deux indications doivent servir de base à toute bonne méthode :

1º Extraire de la plèvre un foyer de consomption, de purulence et d'infection putride;

2º Tenir l'ouverture de sortie du pus constamment libre, jusqu'à la cicatrisation définitive du foyer purulent.

Telles sont celles qu'il a cherché à remplir en imaginant la méthode du drainage chirurgical.

M. Chassaignac, après avoir répondu aux diverses objections qui ont été faites à cette méthode et rappelé le manuel opératoire, ainsi que les résultats qu'elle a donnés entre ses mains, expose une série de faits empruntés à la pratique des principaux chirurgiens de Londres, d'Édimbourg et de Dublin, qui témoignent en faveur de son efficacité. Puis il termine par l'énoncé des conclusions suivantes :

1º La méthode du drainage dans le traitement de l'empyème purulent donne au pus un libre écoulement;

2º Le pus change bientôt de qualité et de quantité; d'abondante qu'elle était, la suppuration devient très-faible; de granuleux et épais, le pus devient crémeux et de bonne nature;

3º L'introduction du tube arrête sur le champ les symptômes de l'infection putride;

4º La méthode du drainage offre une grande innocuité; la présence des anses fenêtrées n'ajoute en rien à l'inflammation préexistante;

5º Les fistules qui s'observent après le retrait du tube, quand ce retrait n'est pas prématuré, se ferment très-rapidement.

M. J. GUÉRIN applaudit à la protestation de M. Chassaignac contre l'assertion émise dans la dernière séance par M. Béhier, au sujet de l'opération de l'empyème; il l'approuve d'avoir rappelé, comme il l'a fait, les désastres causés par cette opération; il regrette même qu'il n'ait pas rapporté la statistique de Velpeau, qui aurait confirmé une fois de plus la justesse de ses assertions. En un mot, il partage entièrement l'opinion de M. Chassaignac sur la gravité de l'empyème; mais il lui reproche de n'avoir mis que les méthodes de la ponction et de l'incision en parallèle avec celle du drainage, et d'avoir écarté à dessein toutes les autres méthodes. Par le fait de cet oubli, M. Guérin se trouve obligé de rappeler qu'il existe une méthode, la thoracentèse sous-cutanée, qui depuis longtemps déjà a fait ses preuves et a fourni des résultats extrêmement satisfaisants. M. Guérin a expérimenté comparativement la méthode du drainage et la méthode sous-cutanée, et, tout en rendant justice au drainage et en reconnaissant qu'il constitue un véritable progrès de la chirurgie, il voudrait qu'on rendît aussi justice à la méthode sous-cutanée, ou que, tout au moins, M. Chassaignac l'eût expérimentée comparativement avec la méthode du drainage. D'autre part, M. Guérin aurait voulu que M. Chassaignac donnât une autre statistique que celle qu'il a donnée et qui ne porte que sur les succès obtenus par la méthode du drainage. Le travail de M. Chassaignac offre donc des lacunes à ce point de vue, et M. Guérin demande à faire des réserves en faveur de la méthode sous-cutanée appliquée aux épanchements purulents.

M. CHASSAIGNAC n'a pas eu l'intention de blesser en quoi que ce soit M. Guérin; et s'il s'est abstenu à l'égard de sa méthode, c'est uniquement parce qu'il n'a pas pu trouver un groupe de faits qui permît de l'apprécier et de la juger. Quant aux faits qu'il a rapportés dans son travail, M. Chassaignac croit qu'il n'est guère possible de les attaquer, puisqu'ils sont fournis par des médecins dont la véracité ne saurait être mise en doute.

La séance est levée à 5 heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1872. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le *Bulletin général de thérapeutique*; — Le *Bulletin*

médical de l'Aisne; — Le *Bulletin médical du Nord de la France;* — Le *Lyon médical;* — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique pour* 1872. — *Mémoires couronnés et autres mémoires publiés par l'Académie royale de Belgique;* — *Des résultats définitifs des résections dans la guerre de* 1864, *armée danoise,* par le docteur Ad. Hannover.

M. le docteur Beau, professeur à l'École de médecine de Brest, demande à être inscrit au nombre des candidats à la place de membre correspondant national. M. Beau envoie un nouveau travail à l'appui de sa candidature; ce travail est intitulé : *Nouvelle méthode de résection des nerfs de la face.* M. Beau sera inscrit sur la liste des candidats et son nouveau travail renvoyé à la commission déjà nommée.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. Alfred Fournier, un ouvrage intitulé : *Jean de Vigo. Le Mal français,* 1514. Des remerciements seront adressés à l'auteur.

RAPPORT

Opération d'uranoplastie. — M. TILLAUX fait un rapport sur les observations suivantes :

Note sur deux cas d'uranoplastie, par M. Lannelongue.

Dans les deux observations qui font le sujet de ce travail, j'ai pratiqué la palatoplastie, et l'une de ces opérations a été suivi d'un succès complet; dans l'autre, j'ai obtenu le résultat que je désirais et que j'aurai l'honneur de vous soumettre en vous présentant mon opéré.

Sur l'un de mes malades, dont je soumets à la Société l'observation, je me suis légèrement écarté de la pratique ordinaire, mais en cela j'ai été guidé par l'observation, qui ne m'est pas personnelle, d'un sujet atteint d'une perforation analogue, chez lequel il survint après l'opération une gangrène totale de l'un des lambeaux; or c'était ce résultat que je ne voulais pas atteindre.

Mon premier opéré est une femme de 36 ans, pour une perforation de la partie médiane de la voûte palatine, occupant à peu près la partie moyenne de cette voûte. Cette perforation, dont l'origine remontait à plus d'un an, était consécutive à une nécrose syphilitique.

Lorsque je la vis, dans les premiers jours de septembre dernier, je constatai que la perforation avait la forme d'un ovale, dont le plus grand axe, dirigé dans le sens antéro-postérieur, dépassait 1 centimètre 1/4; le plus grand diamètre transversal atteignait de 7 à 8 millimètres; les bords étaient lisses et formés par un tissu cicatriciel. Cette perforation ne donnait pas lieu à un nasonnement excessif, mais cette femme était surtout tourmentée par le passage des liquides dans la cavité nasale toutes les fois qu'elle buvait; aussi insistait-elle pour être opérée au plus vite.

Le 28 septembre, je pratiquai parallèlement à chacun des bords de la perforation, et distantes de plus de 1 centimètre, deux incisions dépassant en avant et en arrière les limites de l'ouverture accidentelle; puis je décollai sur les os ces deux lambeaux dans une étendue de 3 à 4 millimètres, en me dirigeant vers les bords de la perforation. Ce décollement fut facile et assez promptement fait. A ce moment, les deux lambeaux que j'avais circonscrits restaient encore adhérents au pourtour de la perforation sous une zone circonférencielle de 5 à 6 millimètres, et ils n'étaient séparés du reste de la muqueuse palatine que par mes deux incisions latérales. Là se borne l'opération préliminaire que j'avais conçue, et ce ne fut que sept jours plus tard que je terminai l'opération, dont le premier temps n'était en quelque sorte que l'acte préparatoire. Durant cet intervalle, chaque jour, j'avais le soin de pénétrer avec un stylet dans toute la longueur de mes incisions latérales, et je soulevais légèrement la partie libre de chaque lambeau, sans insister sur ces tentatives. Les modifications présentées par chacun de ces lambeaux sont d'ailleurs des plus simples; les lambeaux que j'avais ménagés rougirent et se tuméfièrent, et ce fut vers le quatrième jour que ces phénomènes atteignirent leur plus grande intensité; puis ils allèrent en décroissant jusqu'au septième jour; à ce moment, les bords de chacun d'eux fournissaient un peu de suppuration. C'est à cette époque que je pratiquai l'opération fondamentale, en suivant les principes de Baizeau: je fis un avivement en biseau des bords de la perforation; j'achevai le décollement des lambeaux et je procédai à la suture métallique. Cinq points de suture furent successivement appliqués. Le dernier des points de suture fut enlevé le septième jour, et les autres le cinquième et le sixième jour, deux chaque jour.

Dans cette seconde partie de l'opération, j'avais mis à découvert une partie de la surface osseuse de la voûte palatine; cette partie se recouvrit d'une couche grisâtre, puis elle fournit un peu de pus, et quand j'enlevai le dernier point de suture il existait déjà quelques bourgeons charnus. Le quinzième jour, la surface était à peu près cicatrisée, l'union des bords des lambeaux solide, la malade ne nasonnait plus; j'avais permis, dès le dixième jour, de manger des biscuits trempés dans du vin et quelques aliments de molle consistance. Le quatorzième et le quinzième, elle prenait une nourriture plus solide, et c'est à ce moment que je l'ai perdue de vue.

Je n'ignore pas que peut-être une guérison aussi complète eût pu être obtenue; mais, convaincu que la mortification des lambeaux dans les autoplasties, lorsqu'il n'y a ni flexion, ni distension, ni tiraillements des pédicules, reconnaît pour cause l'insuffisance de la circulation; persuadé que la vitalité d'un lambeau autoplastique est d'autant mieux assurée que le sang y circule dans des voies plus nombreuses et plus larges, j'ai cherché à remplir ces indications. Et il me suffira de rappeler les modifications survenues dans ces lambeaux les premiers jours qui ont suivi mon opération préliminaire, pour indiquer qu'un travail de congestion s'opérait, travail qui favorisait le développement de la petite circulation. J'ai même hésité à terminer mon opération le cinquième jour, mais j'ai craint la friabilité de mes lambeaux, ainsi que l'exagération de ce mouvement fluxionnaire en leur faisant subir de nouvelles atteintes. Et après avoir obtenu ce succès, je n'hésite pas à dire que, dans un cas de restauration totale de lèvre inférieure et d'une partie de la peau du menton où j'ai appliqué la méthode de Chopart, j'aurais eu recours à cette même pratique. Obligé de prendre sur le cou un lambeau très-considérable, je vis à regret survenir un sphacèle de la moitié libre de mon lambeau. N'aurais-je pas évité, en favorisant par des incisions combinées de manière à ne pas nuire à mon autoplastie, le développement de la circulation collatérale du lambeau? Enfin, ne pourrait-on pas aussi recourir à ce procédé dans les cas où les lambeaux que l'on va prendre pour combler le déficit sont constitués par un tissu médiocrement vasculaire, lorsque l'on prend des lambeaux de tissu cicatriciel, par exemple?

Le sujet qui fait l'objet de ma seconde observation, dont je ne donne aujourd'hui qu'un court résumé, car je n'ai pas terminé les essais de restauration que je me propose d'obtenir, est venu à l'hôpital de la Charité pour un bec-de-lièvre unilatéral de la lèvre supérieure gauche, accompagné d'une division complète de la voûte palatine et du voile du palais.

En même temps qu'elle était bifide, la voûte palatine faisait en avant une saillie considérable.

La division congénitale de la lèvre supérieure n'atteignait pas la narine; elle était séparée de cette ouverture par une surface de 3 millimètres envion. Déjà ce jeune homme, âgé de 17 ans, avait été opéré une première fois sans succès à l'âge de 6 mois. Je procédai, dans les premiers jours d'octobre, à l'opération du bec-de-lièvre, d'après le procédé de M. Nélaton, après avoir préalablement enlevé la portion procidente de l'os intermaxillaire avec la pince de Liston. Cette portion comprenait la seconde incisive supérieure. 4 points de suture entortillée furent appliqués sur les bords avivés, et un 5e sur la portion de lambeau rabattu. Le quatrième jour, je retirai deux épingles, et le cinquième jour j'enlevai les deux dernières, placées aux extrémités de la suture. Aucun accident particulier ne vint troubler la guérison de mon opéré.

Relativement à la division congénitale de la voûte palatine et du voile, j'hésitai à tenter de remédier à une solution de continuité

aussi étendue, car elle comprenait toute la longueur de la voûte et du voile, et il existait plus d'un centimètre et demi d'écartement entre les deux branches de la division. En étudiant chaque jour avec soin mon malade, j'entrevis la possibilité de combler une partie de la perte de substance en allant chercher un lambeau dans la cavité des fosses nasales. Il existait, en effet, chez mon malade, une cloison assez étendue des fosses nasales, quoique incomplète, et cette cloison s'implantait sur le bord de l'une des branches de la division palatine. Dès lors, je pouvais utiliser, pour la confection de mon lambeau, la muqueuse qui tapissait une paroi de cette cloison, si cette muqueuse offrait une suffisante épaisseur et une suffisante résistance. Cette tentative, d'ailleurs, ne compromettait nullement toute opération par le procédé de Baizeau. Je la pratiquai le vendredi 20 octobre.

Détacher mon lambeau fut le premier temps de l'opération, temps d'ailleurs facile dès que j'en eus circonscrit les limites par une incision transversale antéro-postérieure et par deux incisions verticales : l'une postérieure sur le bord postérieur de la cloison, la seconde antérieure. Ce lambeau détaché restait adhérent par une base très-étendue, et là il se continuait avec la muqueuse de la voûte palatine du côté droit de la division congénitale. Dans un second temps, j'avivai le bord gauche de cette division palatine, et ce temps fut assez pénible à cause de la minceur de la muqueuse en ce point, et aussi parce que je désirais que cet avivement eût lieu sur une surface longue, et, en effet, ma surface avivée avait au moins un centimètre d'étendue en travers.

L'hémorrhagie, pendant ces deux temps de l'opération, fut fort médiocre et nullement gênante. Enfin, je terminai l'opération en appliquant cinq points de suture métallique que je serrai de manière à mettre en contact des surfaces saignantes étendues.

Dans les jours qui suivirent, aucun accident ne survint, il n'y eut qu'une congestion très-médiocre dans mon lambeau. Le malade n'éprouva aucune douleur.

Le sixième jour, j'enlevai le fil le plus inférieur; le lendemain les deux suivants, et enfin, le septième jour, les deux derniers. Pendant ce temps, le malade n'eut, comme alimentation, que des boissons ou de légers potages. Le huitième jour, il prenait déjà quelques aliments mous, et enfin, après le dixième jour, il mangeait la nourriture habituelle des malades.

Il y a aujourd'hui quinze jours que j'ai fait cette opération ; mais ce temps n'est pas assez long pour qu'il m'ait été donné de constater des modifications dans l'aspect de la muqueuse nasale déplacée. J'ignore d'ailleurs s'il s'en produira. Ce que l'on constate encore aujourd'hui, c'est la persistance de la sécrétion de cette muqueuse, quoique bien diminuée.

En vous exposant cette observation, je reconnais que j'ai commis une infraction à la règle des opérations autoplastiques qui prescrit de réparer la perte de substance avec des tissus analogues d'aspect et de structure. Dès lors, j'ai sacrifié sans nul doute la beauté du résultat, mais j'ai cherché la réussite, et aujourd'hui que ce premier point est obtenu, je serais désireux d'avoir les conseils des membres de la Société sur la conduite ultérieure à tenir pour achever ma restauration.

Rapport. — Messieurs, grâce surtout aux travaux de notre compatriote et nouveau collègue M. Baizeau, l'uranoplastie est entrée définitivement dans la pratique. Les chirurgiens étrangers, M. Langenbeck entre autres, ont suivi cet exemple, et nous pouvons dire aujourd'hui, contrairement à l'opinion régnante il y a quelques années, qu'il est peu de perforations palatines congénitales ou acquises inopérables. L'opération en double pont de M. Baizeau a donc réalisé un progrès considérable.

Il me paraît opportun, messieurs, de ne vous entretenir que des deux points traités par M. Lannelongue, afin de les mettre en relief.

Le plus souvent, ce qui reste de la muqueuse palatine de chaque côté de la perforation suffit à combler la perte de substance ; mais si la perforation est très-large, plus large que le reste de la voûte, l'étoffe manquera inévitablement. Le procédé suivi par M. Lannelongue, dans une de ses observations, pourrait, en partie, parer à un inconvénient de ce genre. Sur un jeune homme de 17 ans, atteint de division congénitale de la voûte et du voile, il remarqua que la cloison des fosses nasales venait s'implanter sur l'un des bords de la perforation. L'idée très-ingénieuse lui vint de tailler sur cette cloison un lambeau quadrilatère aux dépens de la pituitaire, de le rabattre et de le fixer dans une situation horizontale avec le bord opposé de la perforation. La réunion a été parfaite ; vous avez vu ici le malade peu de temps après l'opération, alors que la pituitaire possédait encore les caractères physiques et physiologiques ; plus tard, elle a pris un aspect fibreux, et toute sécrétion a disparu.

Je pense, messieurs, que M. Lannelongue est le premier chirurgien qui ait agi ainsi. Le procédé est à coup sûr très-curieux, et, dans certains cas déterminés, pourrait, je pense, rendre grand service. J'ajoute que le malade en question, atteint de bec-de-lièvre unilatéral, de division congénitale de la voûte et du voile, vous a été présenté ici complétement restauré. J'espère que M. Lannelongue pourra nous dire plus tard si des modifications importantes sont survenues dans la phonation, ce dont il est malheureusement permis de douter.

L'accident le plus redoutable de l'uranoplastie, c'est la gangrène des lambeaux. Non-seulement l'opération échoue, mais la situation du malade en est aggravée. M. Lannelongue s'est vivement préoccupé d'éviter cet accident pour son second opéré, qui était une femme de 36 ans, atteinte d'une perforation médiane d'origine syphilitique.

Se basant sur les données de la physiologie pathologique, qui démontre qu'à la suite d'une plaie les vaisseaux nouveaux se développent dans chacune des lèvres de celle-ci, notre confrère s'est proposé d'utiliser cette disposition pour vasculariser les lambeaux latéraux et les mettre ainsi à l'abri de la gangrène. Il a pour cela pratiqué la restauration en deux temps. Dans un premier, une incision artéro-postérieure a été faite à une distance convenable de chaque côté de la perforation, et les bords internes ont été légèrement décollés. Il s'est borné là. Ces deux lambeaux, incomplétement détachés, ont rougi et se sont tuméfiés. Sept jours après, M. Lannelongue a terminé la restauration d'après la méthode de Baizeau, et le résultat a été complet.

C'est là une pratique ingénieuse et qui fait honneur à la sagacité de notre confrère, mais qu'on ne saurait cependant, il me semble, juger d'une façon définitive, car la gangrène des lambeaux est la grande exception dans la méthode de Baizeau. Je suis, quant à moi, dans une sécurité beaucoup plus grande vis-à-vis de la gangrène en conservant dans les lambeaux l'artère nourricière principale de la muqueuse du palais, l'artère palatine postérieure, ce que l'on peut toujours faire avec une incision convenable.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remercîments à M. le docteur Lannelongue et de publier sa note dans le bulletin de la Société. —(Adopté.)

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil municipal de Paris, sur le rapport de M. Depaul, vient d'adopter la construction d'un laboratoire de chimie pathologique à adjoindre à l'École pratique.

— La Société protectrice de l'Enfance, de Lyon, met au concours la question suivante :

« Des causes qui peuvent mettre les mères dans l'impossibilité d'allaiter leurs enfants, et des meilleurs moyens de suppléer alors à l'allaitement maternel. »

Un prix de la valeur de 300 francs sera décerné, dans la séance de janvier ou de février 1873, à l'auteur du meilleur mémoire sur cette question.

Les mémoires porteront une épigraphe, qui devra être répétée dans un billet cacheté, contenant le nom de leur auteur. Ils devront

parvenir *franco*, avant le 1er décembre prochain, à M. le docteur Fonteret, secrétaire général, rue des Célestins, 2, à Lyon.

— L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques se réunit en séance générale le dimanche 12 mai, à deux heures, 64, rue Neuve-des-Petits-Champs (Cercle des Sociétés savantes). L'ordre du jour porte :

1° Adoption des statuts et du règlement intérieur;
2° Nomination du bureau et du conseil d'administration;
3° Organisation des sociétés locales.

Les membres adhérents qui n'auraient pas reçu de lettre de convocation sont priés de considérer le présent avis comme une invitation à assister à la séance.

— M. Léon Le Fort, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, commencera le 11 mai sa clinique ophthalmologique. — Opérations le samedi. — Examen clinique des malades tous les jours à neuf heures et demie, excepté le jeudi.

Clinique et opérations chirurgicales le jeudi.

— A prendre de suite, dans la Marne, à des conditions très-avantageuses, une bonne clientèle médicale, située sur une ligne de chemin de fer. — S'adresser pour renseignements à M. Dublanc, quai de la Tournelle, 47, Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 55. — MARDI 14 MAI 1872. 45e ANNÉE. MARDI 14 MAI 1872. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encourager les auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Hôpital du Val-de-Grace. Éclat d'obus; perte complète du nez, de l'œil gauche et de sa paupière inférieure; fracture du maxillaire supérieur gauche; autoplastie; prothèse (M. Spilmann). — Des coliques et de la belladone au point de vue de l'étiologie et du traitement de la hernie étranglée (M. Emmanuel Larue). — Société de chirurgie. — Société de médecine. — Nouvelles.

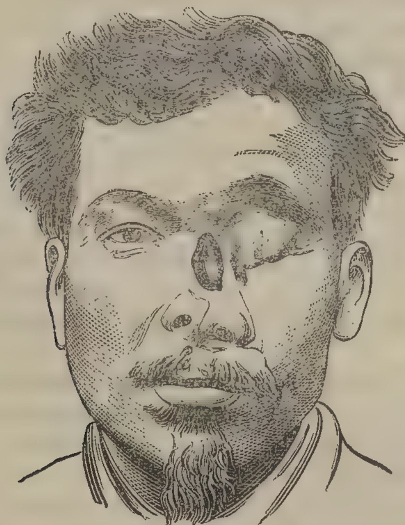
HOPITAL DU VAL-DE GRACE. — M. Spilmann.

Éclat d'obus. — Perte complète du nez, de l'œil gauche et de sa paupière inférieure. — Fracture du maxillaire supérieur gauche. — Autoplastie. — Prothèse.

Observation recueillie par M. Dardignac.

L... (Louis), 27 ans, soldat au 97e régiment d'infanterie, blessé le 16 août 1870, à Gravelotte. Il fut soigné à Metz pendant le blocus; en janvier 1871, ses plaies, cicatrisées, permirent de l'évacuer sur l'hôpital de Colmar; il rejoignit son régiment en mai, à Quimper, et le 22 août il fut évacué sur le Val-de-Grâce.

Il avait reçu un éclat d'obus à la face : l'éclat avait pénétré obliquement de droite à gauche, enlevant comme à l'emporte-pièce un lambeau ainsi tracé aux parties molles : partant de l'angle externe



de l'œil gauche, suivant la paupière inférieure jusqu'à la racine du nez, prenant le sillon nasal droit, descendant directement sur le lobule du nez dont il prend l'aile gauche; se dirigeant enfin sur la joue gauche, jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure.

Ce lambeau, comprenant dans son épaisseur les os propres du nez, les os unguis, un peu du vomer et la partie la plus antérieure du cartilage de la cloison, le plancher de la voûte orbitaire inférieure de l'œil gauche et une portion du corps du maxillaire supérieur de ce côté, avec une moitié de l'os malaire, tous deux réduits en bouillie, retombait de son propre poids en dehors et mettait à nu la cavité buccale jusqu'au pharynx. Commotion violente qui lui enleva l'usage de la vue; il fut transporté à l'ambulance, sa plaie lavée, les esquilles enlevées, une surtout très-volumineuse à l'angle externe gauche; puis, on réunit par suture enchevillée les bords des téguments de la bouche et du nez. Réunion par première intention après quinze jours. Cependant on s'aperçut que l'œil gauche avait été projeté hors de l'orbite, qu'il y avait une perte de substance comme dans un ectropion, de toute la hauteur de la paupière inférieure et des téguments formant la base du nez; on fit en sorte de rapprocher le tout, le plus exactement possible, par des bandelettes agglutinatives, en les aidant d'un bandage contentif. Ici, la réunion fut médiate; il y eut inflammation et suppuration; la plaie était à peu près cicatrisée au bout de trois mois.

A cette époque, un point de la première suture, au milieu de la joue, s'enflamma; il y eut un abcès qui s'ouvrit à l'extérieur et par lequel persista quelque temps une fistule salivaire. Sa salive coulait constamment, surtout quand, en introduisant dans la bouche des aliments, il provoquait le réflexe ordonnant cette fonction; le côté droit de la face n'avait pas même été atteint : pourtant, par le fait même sans doute de la violente commotion, il demeura privé de la vue pendant un mois; il y eut peut-être un iritis! A la partie externe, on voit une faible portion de la cornée opaque bouchant une pupille artificielle. Aujourd'hui, la vue est revenue, pas aussi nette cependant; il peut lire, mais il se fatigue facilement à une clarté trop vive, alors ses yeux pleurent. Il y a eu, croyons-nous, un décollement de l'iritis ne s'accompagnant pas de perte de transparence des milieux de l'œil, ni d'altération dans l'acuité visuelle : ce décollement a donné lieu à une déformation de la pupille, qui est double. On peut se demander si les rayons visuels passant par ces deux pupilles donnent lieu à des images différentes sur la rétine, et s'il y a fusion. Les images obliques sont aussi bonnes que celles qui sont formées suivant l'axe central, par cette seule raison qu'au point de vue physique, nous avons affaire à une lentille à court foyer. Plus rien à craindre, du reste, pour les résultats ultérieurs.

A son entrée au service, M. le professeur agrégé Spillmann, au moyen d'une autoplastie par glissement, combla à gauche la perte de substance des deux paupières; c'était évidemment la première indication à saisir.

Après avoir décollé cet ectropion dans une grande étendue, presque jusqu'au bord gingival de la mâchoire supérieure, et s'être donné ainsi un vaste lambeau, il aviva la muqueuse palpébrale de la paupière supérieure gauche intacte, derrière le cartilage tarse, puis il ramena en haut, par un véritable glissement, le lambeau inférieur et en réunit le bord supérieur à la muqueuse avivée, de

façon à placer les cils en dehors, cachant la ligne de réunion; les parties furent maintenues en place par six points de suture métallique, aidés d'un bandage, dont le but était de relever en haut, au moyen d'une compresse graduée fortement appliquée à la partie la plus déclive de la face, les téguments de la joue gauche. Cette opération a parfaitement réussi, sauf au point le plus interne, où une seule suture n'a pas contracté d'adhésion.

Aujourd'hui, nous trouvons le malade en parfaite santé, caractère joyeux, la face présentant entre les lèvres et le front, à gauche, un enfoncement consécutif à l'ablation d'une partie du squelette osseux de la face et à la cicatrisation de son horrible blessure : la joue gauche, relevée encore par le bandage, est néanmoins réunie à la paupière supérieure, de telle sorte qu'un nez artificiel permettra de masquer la perte de substance de la base du nez. C'est une ouverture elliptique, dans laquelle on pourrait loger le pouce, et dont le grand diamètre vertical, parallèle à l'axe du corps, est figuré par la cloison du nez, qui partage en deux cette cavité, qu'on dirait être le résultat de l'écartement violent des deux apophyses montantes des maxillaires supérieurs. Nulle trace des cornets logés dans les fosses nasales; quelques brides transversales en tiennent lieu : on pénètre facilement dans l'arrière-bouche et aussi dans les sinus frontaux. En bas, cette ouverture est limitée par le lobule du nez, dont l'orifice antérieur des narines conservé est abaissé brusquement en arrière; celle de gauche est complétement inutile, un stylet suivant son bord antérieur vient butter contre la cicatrice des téguments qui, incurvés, adhèrent intimement au périoste sous-jacent; l'autre narine communique avec la perte de substance, et par conséquent avec l'arrière-bouche; elle fonctionne, si on prend la précaution d'obturer l'orifice supérieur à l'aide d'un linge. — On voit sur le lobule du nez la trace de la première suture; elle se continue avec une autre blanchâtre, prenant largement toute la joue gauche. — En examinant la bouche, on ne constate rien d'anormal dans la disposition des deux arcades alvéolaires; pas de déformation, parfaite concordance; seulement, par suite de l'ébranlement, dû au projectile sans doute, toutes les molaires, excepté la dernière du maxillaire supérieur gauche, sont tombées : à droite, il en manque trois; aussi la mastication est-elle laborieuse. La sensibilité gustative est émoussée; quant à l'odorat, Lohberger nous dit l'avoir retrouvé presque au même degré qu'auparavant. Toute la partie de téguments comprise dans le lambeau délimité plus haut a perdu les sensibilités au toucher et à la douleur; elle est en même temps frappée d'anesthésie et d'analgésie.

L'autoplastie ayant en partie comblé la perte de substance résultant de l'ectropion, il n'y avait plus qu'une seule chose à



faire : combler la brèche béante du milieu de la face et utiliser pour la respiration la narine, dont les communications avec l'arrière-bouche sont encore conservées; c'est ce qu'a fait M. Ch. Delalain à l'aide d'un de ses ingénieux appareils. — Celui-ci est composé de deux parties distinctes, concourant au même but : 1° Pour l'intérieur de la bouche, une sorte de plaque palatine en gutta-percha léger, pièce mobile portant trois dents à droite et quatre à gauche pour remplacer celles qui ont été enlevées par le traumatisme; de plus, de ce côté droit une partie de la gencive ayant aussi disparu, on la remplace par une fausse gencive postiche, soulevant un peu les parties charnues de la joue et rendant ainsi à l'ensemble du visage toute sa régularité; 2° Un nez postiche en platine, avec une plaque obturatrice s'étendant davantage du côté gauche, puisqu'elle recouvre complétement l'œil perdu, que l'on simule du reste par un autre en émail entr'ouvert; le tout caché et maintenu par des lunettes en argent doré. Pour prendre un point d'appui sur la lèvre supérieure, le mécanicien a caché complétement le lobule restant du nez par le lobule du nez artificiel, de sorte que les orifices se correspondent. L'adhésion ainsi fournie par cet appareil facial est complète; il facilite la prononciation, se prête aux fantaisies du fumeur, qui, aspirant sa cigarette, est en état de rendre la fumée par les narines du faux nez, sans que par les bords adhésifs de toute l'étendue faciale il s'en perde la plus légère quantité.

DES COLIQUES ET DE LA BELLADONE

AU POINT DE VUE DE L'ÉTIOLOGIE ET DU TRAITEMENT DE LA HERNIE ÉTRANGLÉE

Par le docteur Emmanuel Larue

Dans les courtes lignes que M. Gosselin consacre à la belladone dans ses *Leçons sur les hernies abdominales*, il dit seulement « qu'on a supposé que la belladone pouvait dilater les passages herniaires. »

Les expérimentations physiologiques ont prouvé que ce médicament a pour effet de combattre la constriction, en paralysant les fibres-cellules (G. Ponchet) et les fibres musculaires (Longet) ; mais il est certain que ces tissus sont fort peu abondants dans les « *passages herniaires* » fibreux, peu ou point contractiles, et passifs dans l'étranglement. Ce n'est donc pas ainsi qu'on doit justifier l'emploi antique et souvent répété de la belladone dans le traitement des hernies.

Les succès apparents de ces moyens, — ajoute M. Gosselin en parlant des médicaments internes, — doivent s'expliquer par la bénignité des cas.

Il est certain, comme le dit Cl. Bernard, qu'il y a des malades qui guérissent sans être médicamentés, et il y en a qui meurent en étant médicamentés, ou même parce qu'ils sont médicamentés; mais faut-il pour cela renoncer à employer les médicaments?

Il semble injuste d'opposer une fin de non-recevoir en invoquant la bénignité du cas, lorsqu'une méthode thérapeutique a produit un effet favorable. Ce serait simplement refuser toute efficacité curative aux médicaments et nier la thérapeutique entière.

M. le docteur Gosselin a posé d'une façon précise les principales règles du traitement chirurgical de l'étranglement. Aussi

(1) Fin. — Voir le numéro du 7 mai 1872.

je me garderai bien d'ajouter quoi que ce soit à une affirmation positive reposant sur la vaste pratique de cet illustre maître. Quant à l'interprétation des faits, c'est différent; et ainsi, à propos des purgatifs, qui sont un moyen de diagnostic indubitable, M. Gosselin les emploie aussi comme moyen curatif; lorsque, par exemple, le malade se refuse à l'opération, M. Gosselin préfère les drastiques (jalap, etc.), qui agissent en provoquant des contractions intestinales. Je pense, avec Niemeyer (tome I), que le seul effet qu'on puisse attendre des purgatifs dans ce cas, c'est de serrer l'étranglement, en faisant arriver une plus grande quantité de circonvolutions intestinales au delà de l'anneau. Je crois qu'il faut laisser ce moyen violent aux opérateurs habiles; et pour ceux qui redoutent de pratiquer l'opération du débridement, il me semble que la belladone est bien préférable aux purgatifs, même dans le cas où le malade se refuserait à l'opération. Ce sera un puissant adjuvant au taxis, lequel, bien entendu, devra être employé avec persévérance, car c'est le taxis qui est le moyen curatif par excellence, surtout à une certaine période; mais s'il échoue, il ne faut pas pour cela renoncer à la belladone, qui peut amener la réduction à elle seule, après plusieurs tentatives de taxis, même prolongées et énergiques.

L'emploi de la belladone dans ce cas est loin d'être nouveau, et a été préconisé par de nombreux chirurgiens qui en ont reconnu l'efficacité. Je citerai sur ce sujet les mémoires de Neulier (1833), de Joffre (1834), de Ressinger (1855). On peut lire, dans la *Gazette médicale* de 1838, quatre cas d'étranglement intestinal guéris par des lavements de *quatre* grammes de racine de belladone. M. Demarquay m'a dit avoir soigné un malade atteint de hernie ombilicale, dont l'étranglement céda à la belladone. M. Bastien a vu réussir la belladone dans des cas semblables, cinq ou six fois. Trousseau cite un exemple de guérison, par ce moyen, de hernie étranglée; on en trouve également dans de nombreux auteurs : Scarpa, Louis, Debreyne; mais, en général, ces chirurgiens, tout en reconnaissant l'utilité de la belladone contre l'étranglement, n'ont pas dit *comment* elle agit et ont passé sous silence son effet physiologique : ce médicament était empirique. Les chirurgiens opérateurs, en général, sont portés à traiter dédaigneusement les médicaments internes, qu'on peut employer contre les accidents qui compliquent les hernies. Malgaigne, qui attribuait beaucoup d'importance au pseudo-étranglement produit par l'inflammation, préférait souvent pour cela les sangsues aux autres moyens, même au taxis, qui, d'après lui, offre certains dangers. Nous avons vu ce que M. Gosselin pense de la médication interne.

Cet auteur, dans son ouvrage, s'écarte de la voie didactique ordinaire pour ne considérer qu'une seule chose, le traitement. Il appuie son étude de l'étranglement sur la statistique des faits. Repoussant au moins comme indifférentes les théories d'engouement, d'inflammation, d'adhérences, de péritonite, etc., il préconise par-dessus tout l'activité et la promptitude d'intervention du chirurgien; la temporisation qui lui semble résulter de ces explications ou hypothèses est pour lui des plus funestes. Avant tout, M. Gosselin est opérateur; il emploie tout de suite le taxis prolongé, répété et même forcé; s'il ne réussit pas, il veut qu'on procède vite, immédiatement au débridement.

Mais le débridement est une opération grave. Pour les praticiens, dont la plupart ne possèdent pas la longue habitude ni la grande habileté de M. Gosselin et des autres célèbres chirurgiens opérateurs, pour eux, dis-je, c'est toujours une grosse affaire. En outre, le débridement n'offre pas de résultats qui compensent toujours la difficulté de son emploi. Malgaigne avait combattu cette opération, qu'il regardait comme des moins chanceuses, puisque, sur 220 opérés, il y eut un cinquième de plus de morts que de guéris, c'est-à-dire 70 pour 100. M. Gosselin, sur 66 hernies opérées, ne perdit que 31 malades; mais c'est encore bien effrayant.

Lorsqu'on se trouve devant une hernie étranglée, ce qui est une des situations les plus graves et les plus hautes de la pratique chirurgicale, car il s'agit de vie ou de mort, et l'intervention du chirurgien en décidera souvent, il est bon de se rappeler qu'il y a, au point de vue de cette intervention, deux périodes distinctes sur lesquelles Manec et Malgaigne ont énergiquement insisté. La première, qu'on peut appeler période dynamique, et pendant laquelle l'étranglement est tout récent, permet à l'art d'aider la nature et d'utiliser, d'augmenter même ses efforts vers la guérison. Mais au bout d'un nombre variable d'heures, court en général d'après d'éminents chirurgiens, les forces de l'organisme cessent d'agir efficacement, des adhérences se produisent, la gangrène menace et apparaît bientôt : l'opération, à cette seconde période, où il n'y a plus de réaction (période dynamique), doit être considérée comme la dernière ressource, non plus pour aider la nature et pour empêcher le mal, mais pour le réparer; car il est désormais un fait accompli. Les chirurgiens s'accordent pour recommander pendant la première période une thérapeutique militante, et ce travail est une contribution aux moyens à employer à ce moment; si on les épuise tous, et que la seconde période arrive, il n'y a plus alors qu'à pratiquer l'opération, en n'oubliant pas que, plus on attendra, plus on diminuera encore les chances de succès. Dans cette question, comme dans les accouchements laborieux, le chirurgien devra tenir grand compte du moment d'agir, et sa conduite devra être subordonnée aux périodes du mal, qui se succèdent rapidement et qui entraînent de nouvelles indications.

VII. Observation. — Alfred G..., âgé de 21 ans, entre le 17 octobre 1870, au soir, à l'ambulance de la rue Tournefort, service de M. Bastien. Cet homme, artilleur depuis deux mois seulement, est atteint d'une hernie inguinale à droite. La hernie date de plusieurs années et rentrait ordinairement avec facilité; le côté droit du scrotum restait seulement un peu plus gros. Il y a trois ans, pendant vingt-quatre heures, on ne put faire rentrer la tumeur; il éprouva de violentes coliques, des vomissements; mais le médecin qui le soignait (à Versailles) parvint à réduire la hernie et à faire cesser les accidents. Depuis lors, il portait un bandage, qu'il a quitté, il y a deux mois, quand il devint artilleur à cheval.

Le dimanche 17, vers dix heures du matin, il ressentit des douleurs de ventre et alla à la garde-robe. A midi, sa hernie était sortie en masse plus considérable qu'à l'ordinaire. Les coliques persistèrent très-vives; peu de temps après, il éprouva des envies de vomir et des vomissements. On l'apporta à l'ambulance le même jour, à 7 heures du soir.

État actuel. — Le scrotum droit est distendu par une tumeur douloureuse, élastique, dure, et au milieu de laquelle on a peine à distinguer le testicule, qui est situé en arrière et un peu en haut. On ne perçoit pas de gargouillement; le ventre est ballonné et dur; le cordon spermatique offre le long de son trajet une tumeur allongée que l'on peut suivre dans l'épaisseur de la paroi abdominale, à travers le canal inguinal et jusqu'au scrotum, et qui est évidemment l'intestin. Nous avons affaire à une hernie inguinale externe congéniale, vaginale, testiculaire (oschéocèle), par défaut d'oblitération de la tunique vaginale. Le malade a froid, son pouls est petit; il éprouve des nausées et de violentes douleurs dans le ventre et les bourses.

A neuf heures, on chloroformise le malade, et pendant une heure, on tente infructueusement le taxis; aucune partie de la tumeur ne semble être rentrée. M. Bastien prescrit l'application de

pommade belladonée et l'administration d'une pilule d'extrait de belladone de un centigramme toutes les demi-heures.

18 *octobre*. L'atropine n'a produit aucun accident, sauf un peu de dilatation de la pupille. Pas d'hébétude ni de délire, seulement une tendance au sommeil. A dix heures, nouvelle tentative de taxis par M. Bastien, et à laquelle prend part M. Ricord, pendant une heure et demie, le malade étant endormi par le chloroforme. Pas de résultat. Bain d'une heure; continuation des pilules chaque demi-heure. Nouveau bain le soir. Toute la journée les symptômes vont en s'aggravant; le malade vomit, soit sans boire, soit surtout après avoir bu. Énorme ballonnement du ventre. Hoquet, douleurs, anxiété. Le malade réclame l'opération; celle-ci est remise au lendemain matin.

Le lendemain matin, à la suite d'un bain de trois quarts-d'heure, et dans le bain même, le malade opère tout seul la réduction de sa hernie, peu à peu, et sans beaucoup d'efforts. Guérison. On applique un bandage.

Réflexions. — On voit que les coliques précédèrent et accompagnèrent ensuite la production de l'étranglement. La belladone triompha des accidents que n'avait pu faire cesser le taxis. Son action fut aidée par les bains, qui ramollirent les passages, devenus durs et inextensibles; car les bandages longtemps appliqués ont pour effet d'indurer et d'épaissir le pourtour de l'anneau, qui se transforme par la pression continue en tissu fibreux. Manquant alors de souplesse, il ne cède plus lorsqu'on veut réduire la hernie. Les bandages, si souvent prescrits indistinctement, ne sont pas sans dangers. Leur application n'est pas même surveillée souvent par le chirurgien qui l'a crue nécessaire; le défaut de construction ou d'application les rend parfois nuisibles.

IX. *Conclusion*. — L'efficacité de la belladone dans le traitement des hernies étranglées étant admise, j'ai recherché quelle était la raison d'être des succès enregistrés par les auteurs, et le mode d'action de ce médicament dans ces cas particuliers.

Me fondant sur ce fait que les coliques et les contractions intestinales précèdent l'étranglement, et sur cet autre que la belladone a une influence sur la guérison, j'ai rapproché ces deux phénomènes l'un de l'autre, et j'en ai déduit que la belladone calmait surtout les troubles d'innervation de l'intestin. Je conclus donc, en pratique, qu'il faut employer la belladone avant de se résoudre à l'opération et de bonne heure. La glace ne doit être mise que sur la tumeur. Il faut employer toujours concurremment le taxis, avec chloroforme. Les purgatifs, dans un étranglement confirmé, sont un dangereux moyen. Les bandages devront être surveillés avec soin.

Enfin, d'une manière générale, il faut combattre, non les accidents morbides une fois produits, mais, autant que possible, la force à laquelle on doit les attribuer. A propos des hernies étranglées, cette force réside dans l'intestin qui se contracte; de sorte que, en un mot, il faut s'attaquer, non pas à l'intestin sorti et étranglé, mais à la cause qui l'a fait sortir et qui l'empêche de rentrer.

M. Michel Peter a insisté, dans des leçons cliniques faites à la Pitié, sur cette liaison étroite qui existe entre les causes et le traitement des maladies. Il a préconisé d'une manière frappante ce qu'on pourrait appeler la médecine ou la thérapeutique pathologique, et il a élevé presque cette idée à la hauteur d'une méthode, dont tout ce que je viens de dire à propos des hernies étranglées est un exemple qui, je l'espère, ne sera pas infructueux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai 1872 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. VERNEUIL. Il y a dans le rapport de M. Tillaux une question qu'on ne peut trancher qu'avec réserve. M. Baizeau a présenté ici un fait de palatoplastie heureuse, bien réussie, mais dont le principe opératoire avait été posé par Dieffenbach. L'autoplastie à deux lambeaux était indiquée avant M. Baizeau non-seulement pour les petites perforations, mais encore pour les larges divisions de la voûte palatine. Langenbeck, M. Erhmann et M. Rouge ont exposé et pratiqué la méthode, et, depuis les principes posés par Langenbeck, la palatoplastie réussit d'une manière très-convenable.

L'idée de ne pas tailler de lambeaux, mais de décoller toutes les parties molles de la voûte palatine, appartient à M. Ollier, et Langenbeck même l'a reconnu.

Je pense donc qu'il faut attribuer à M. Baizeau le mérite d'avoir fait une bonne opération, mais qu'il ne faudrait pas dépouiller Langenbeck.

M. TRÉLAT. Je fais observer que le malade de M. Lannelongue n'est pas entièrement guéri, et je rappelle à M. Tillaux que la question du retour de la phonation régulière a été traité dans un précédent rapport que j'ai lu à la Société, et où les conditions d'étendue du voile du palais étaient considérées comme nécessaires au rétablissement de la phonation.

M. TILLAUX. Je n'ai point résolu la question de retour de la phonation; elle n'est point jugée. J'ai vu dernièrement un Américain qui me disait que, avec de bonnes restaurations, des malades n'avaient point retrouvé la phonation.

Je réponds à M. Verneuil que Langenbeck a publié son mémoire en 1860, et que M. Baizeau a publié son observation en 1858.

M. VERNEUIL. C'est Dieffenbach qui a fait les deux incisions.

M. TILLAUX. Langenbeck a eu la pensée de prendre le périoste avec la muqueuse, mais M. Baizeau n'a pas fait autre chose; il disait qu'il décollait la muqueuse de la voûte palatine, et pour cela, comme on le sait, il ne pouvait pas manquer de prendre le périoste, qui est intimement lié à la muqueuse.

M. VERNEUIL. C'est Dieffenbach qui a le premier posé les règles de la palatoplastie. M. Baizeau ne dit pas qu'il a enlevé le périoste. M. Tillaux dit que l'on enlève toujours le périoste en décollant la muqueuse de la voûte palatine; mais les prédécesseurs de M. Baizeau ne l'avaient pas fait, et les gangrènes des lambeaux qu'ils observaient sont là pour en témoigner. On détachait alors les lambeaux avec de petits couteaux courbes, et aujourd'hui on les détache avec des instruments mousses, depuis les règles posées par Langenbeck.

M. LARREY. Je partage l'avis de M. Tillaux. J'ai vu opérer Dieffenbach; je ne l'ai pas vu mettre en pratique les procédés actuels. M. Baizeau a précédé Langenbeck, qui a généralisé et perfectionné le procédé, et plus tard M. Ollier a été plus loin.

M. GUYON. Notre honorable collègue a posé la question suivante: Depuis quand l'opération de la palatoplastie réussit-elle d'une façon presque assurée, alors qu'elle échouait presque constamment autrefois? Les faits répondent; ils montrent que, indépendamment de la première observation de M. Baizeau, publiée en 1858 dans la *Gazette des hôpitaux*, M. Gosselin avait pratiqué deux fois cette opération en 1861, et que M. Baizeau l'avait répétée deux fois en 1860. M. Gosselin avait obtenu deux succès, M. Baizeau avait échoué une fois, probablement parce que l'opération avait été faite trop peu de temps après la cicatrisation de l'ulcère qui avait déterminé la perforation. Il y avait donc eu cinq opérations et quatre succès avant que Langenbeck ait publié son mémoire. Sans doute, ce travail a contribué à prouver l'importance de la méthode à double pont; la discussion de la Société de chirurgie a contribué encore à y fixer l'attention; mais la question avait été posée par le travail de M. Baizeau, présenté en 1859, à la Société médicale d'émulation, par le

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

rapport de M. Larrey et par les opérations déjà faites. La méthode de palatoplastie, que l'on peut appeler la méthode moderne, était donc née et parfaitement viable avant 1862; elle avait fait ses preuves en donnant quatre succès sur cinq opérations, ce qui la différentie complétement de la méthode ancienne, qui n'avait réussi que pour les petites perforations. C'est donc bien à l'impulsion donnée par M. Baizeau et à la démonstration des avantages du procédé en double pont qu'il faut rapporter l'honneur du changement survenu dans la pratique, changement d'autant plus remarquable que les lambeaux en double pont, qui ne peuvent pas ne pas comprendre toute l'épaisseur de la fibro-muqueuse, permettent de combler des perforations étendues et de les guérir.

M. TILLAUX lit un extrait du travail de M. Baizeau. M. Baizeau dit : « Je taille les lambeaux qui sont détachés de la voûte palatine par leur face profonde. » Ceci était écrit en 1858. En détachant ainsi les lambeaux on ne peut pas faire autrement que de détacher le périoste.

M. TRÉLAT. Lorsque l'on voit que M. Baizeau détachait les lambeaux avec une spatule, il y a une grande présomption en faveur de cette interprétation qu'il détachait le périoste des os.

M. LE FORT est d'avis que bien des chirurgiens ont contribué à l'installation de la palatoplastie à double pont dans la pratique. Je désire, dit-il, m'arrêter sur un autre point. M. Tillaux approuve l'opération de M. Lannelongue, pratiquée en deux temps comme il le dit : le décollement des lambeaux, puis la suture le septième jour après. Malgré la réussite de cette suture, je crois qu'en principe c'est une mauvaise chose de faire des sutures sur des tissus enflammés, et que, ainsi que cela a été observé pour les opérations complémentaires des opérations de fistule vésico-vaginale, on serait souvent exposé à voir les fils sectionner les tissus.

M. TILLAUX. Je ne juge pas la valeur absolue du détail de ce procédé, je me borne à dire que je le crois bon.

LECTURE

Des origines de la méthode des résections sous-périostées. — **M. CHASSAIGNAC** lit un travail sur ce sujet. (*Sera publié.*)

M. FORGET demande à M. Chassaignac si les faits de résection périostée suivie de reproduction qu'il cite ont eu lieu pour des nécroses.

M. CHASSAIGNAC répond que c'était en effet pour des cas pathologiques.

COMMISSIONS

La Société procède à l'élection de deux commissions :

1° Commission pour l'examen des candidats à la place de membre titulaire. Sont élus : MM. Blot, Sée et Tillaux ;

2° Commission pour la révision de la liste des membres correspondants nationaux et étrangers. Sont élus : MM. Guyon, Guéniot, Le Fort, Giraldès et Guérin.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

M. PERRIN montre une pièce provenant d'un sujet sur lequel M. Ollier a pratiqué, par les procédés sous-périostés, une résection du coude et une de la tête humérale. Des fractures avaient été produites par un coup direct ou une balle de révolver.

La pièce montre que les os enlevés ne conservent plus de périoste, si ce n'est au voisinage du cartilage. Il y a un manchon périostique, une sorte de gouttière presque intacte. Le résultat est surtout bon pour la résection du coude. J'ai demandé à M. Ollier s'il jugeait que les éléments anatomiques étaient conservés en quantité suffisante pour la reproduction. Il affirme qu'ils le sont.

Quand à la reproduction de l'articulation, il se peut qu'il n'y ait là qu'une question de mot. Il y a des articulations physiologiques, celles-là ne se reproduisent pas ; mais il y a des articulations que j'appellerai cliniques ; les os et les ligaments y sont de nouvelle formation ; il y a une séreuse artificielle. Ce n'est point autre chose que les fausses articulations connues, mais elles peuvent rendre des services au point de vue de la fonction et donner un membre acceptable. L'idée de M. Ollier est excellente en ce sens qu'elle apprend à conserver tout ce qu'on peut et à obtenir aussi la reproduction maximum que l'on puisse avoir avec le périoste que l'on a conservé.

Je termine en rappelant que j'ai fait l'autopsie d'une articulation de l'épaule réséquée, et que j'ai trouvé une surface arrondie à la place de la tête de l'humérus et un manchon fibreux doublé d'une séreuse, jouant le rôle d'une capsule.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ENQUÊTE
SUR LA CONDUITE DES MÉDECINS ALLEMANDS
PENDANT LA GUERRE DE 1870-1871.

La Société de médecine de Paris suspendit ses séances en août 1870, après nos premières défaites de Wissembourg et de Frœschwiller. Chassée de l'Hôtel-de-Ville par la révolution du 4 septembre 1870, elle ne se réunit point pendant tout le siége de Paris par l'armée prussienne et pendant la Commune. Ses membres s'étaient tous dispersés dans les ambulances de Paris, et ce ne fut qu'au mois d'août 1871 qu'elle reprit ses séances au palais du Luxembourg, qui avait été affecté au service de la Préfecture de la Seine, l'Hôtel-de-Ville ayant été entièrement détruit dans les incendies de la Commune.

Dans la séance du 18 août 1871, M. Antonin Martin, qui avait fait la campagne du Rhin, proposa à la Société d'exclure de son sein les membres qui appartenaient à la nationalité allemande.

Le vice-président de la Société, M. Léon Gros, proposa à la Société de nommer une commission, composée de cinq membres, à l'effet d'examiner cette proposition, pour que l'on ne pût pas reprocher à la Société d'avoir cédé à un mouvement de rancune et de colère.

La Société nomma une commission composée de MM. Gallard, Voisin, de Ranse, Duroziez et Charrier, rapporteur.

Dans la séance du 6 octobre 1871, sous la présidence de M. Amédée Forget, président honoraire, M. Charrier, secrétaire général de la Société et rapporteur de la commission, rendit compte de la séance de la commission, et dit à la Société que les commissaires n'avaient pas été en nombre ; que deux de ses membres, MM. de Ranse et Gallard, n'avaient pu s'y trouver.

Alors, sur la proposition de M. Forget, la Société procéda à la nomination d'une nouvelle commission composée de sept membres : MM. Forget, président de la commission, Lunier, Voisin, Duroziez, Léon Gros, Charrier ; Collineau et Antonin Martin, rapporteurs.

Cette commission fut chargée de faire une enquête approfondie et impartiale sur les faits et gestes des médecins allemands pendant la dernière guerre.

La commission écrivit à toutes les personnes qui avaient pu être témoins de la conduite des médecins allemands : de toutes parts, on répondit à son appel. Le rapporteur, M. Antonin Martin, collationna les faits, les coordonna, et lut son rapport à la Société, dans la séance du 16 février dernier ; puis M. Collineau en fit le résumé et lut le résumé qui suit et les conclusions du rapport, dans la séance du 1er mars 1872.

Rapport de la commission d'enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre de 1870-1871.

Messieurs, afin de vous mettre à même de statuer en toute connaissance de cause sur la conduite des médecins allemands pendant

la guerre de 1870-1871, une commission d'enquête, composée de MM. Léon Gros, vice-président de la Société; Charrier, secrétaire général; Amédée Forget, Lunier, Duroziez, Voisin; Collineau et Antonin Martin, rapporteurs, a été instituée le 2 septembre dernier.

La commission s'est mise en devoir de recueillir les documents propres à fixer le jugement de la Société. Voici le résumé de son enquête :

Dans ses investigations, messieurs, votre commission s'est placée au quadruple point de vue : de la loyauté scientifique, de la conduite à l'égard de nos blessés, des relations professionnelles, des rapports avec les populations.

1° *Loyauté scientifique.* — La justice fait à votre commission un devoir de le reconnaître : plusieurs rapports constatent la convenance parfaite avec laquelle un certain nombre de médecins allemands se sont acquittés de leur mission.

En revanche, avant la guerre, des chaires élevées pour la science ont servi à un apostolat haineux et violent.

Après la guerre, des savants, dont le caractère eût du se maintenir dans des hauteurs plus sereines, se sont oubliés jusqu'à déverser sur la France des injures dont le langage scientifique, chez nous du moins, se garde toujours de se souiller.

Accusations calomnieuses, parmi lesquelles nous rappellerons seulement celles de M. Ecker, professeur de l'Université de Fribourg (Bade). Il s'élève contre « les brutalités qui auraient accompagné, en France, l'expulsion des Allemands; des attaques déloyales sur des parlementaires, des cruautés exercées sur des blessés. » Celles de M. Carl Starck, médecin de l'asile privé des aliénés de Kesmerburg (Wurtemberg). Il prétend « que nous avons maltraité, mutilé, exterminé les blessés, » que nous recourons, en guerre, « aux moyens de destruction les plus effroyables, au feu grégeois. »

Pendant le cours des hostilités, des convois de convalescents ont été simulés dans l'armée allemande pour faciliter l'expédition des dépêches.

Les insignes de la convention de Genève ont protégé des convois de munitions.

Des caissons, des voitures d'ambulances, des cacolets, des infirmiers, des conducteurs *non armés* ont été capturés.

2° *Conduite à l'égard de nos blessés.* — Le manque de soins à l'égard des prisonniers français peut être justement invoqué comme une des causes de la mortalité exceptionnelle qui les a décimés.

La marche de nos convois de blessés, qu'aucune autorité allemande ne protégeait, a été intentionnellement entravée.

Nos blessés ont été forcés de coucher dans la boue, privés de vivres et exposés aux rigueurs de la saison.

Des ambulances donnant abri à des blessés français ont été incendiées, et plusieurs de ceux-ci y sont morts brûlés vifs.

Des hôpitaux ont été bombardés.

Parmi ces bombardements, d'autant plus coupables qu'ils étaient inutiles, rappelons celui de l'hôpital de Strasbourg, celui de l'hôpital d'Auxerre, ceux, à Paris, de la Salpétrière, de la Pitié, du Val-de-Grâce, de l'hôpital Cochin, de la Maternité, de l'hôpital des Enfants, de l'hôpital du Midi, de Lourcine, de Necker, bien qu'ils fussent cependant sous la protection du drapeau de Genève.

Pas plus que l'asile de la souffrance, le sanctuaire de la science n'a été respecté : le Muséum d'histoire naturelle a été criblé d'obus.

En présence de semblables faits, le corps médical allemand n'a fait entendre aucune protestation. Celles des médecins français ne l'ont pas fait sortir de son mutisme.

Sur l'ordre de médecins allemands, et en dépit d'une température exceptionnellement rigoureuse, des ambulances françaises ont été brusquement évacuées et des malades placés dans des wagons découverts destinés au transport des matériaux, d'autres ont été entassés dans les caves d'hôpitaux déjà encombrés.

Les médecins allemands, pour faire place à leurs malades, ont fait enlever du lit qu'ils occupaient des soldats français grièvement blessés et plusieurs amputés du jour. Ils les ont fait transporter, par un froid glacial, à la distance d'un kilomètre.

Le ravitaillement de nos blessés, confié à leurs soins en vertu des conditions de capitulation, n'a été effectué qu'avec une extrême lenteur.

L'enquête a prouvé à la commission, et à vous, messieurs, qui l'avez entendue, que plusieurs médecins allemands n'apparaissaient au milieu des prisonniers français que l'insulte à la bouche.

3° *Relations professionnelles.* — Dans leurs réquisitions de lits et de médicaments, sans égards pour la présence de femmes et de malades, dans les établissements où ils se présentaient, des médecins allemands y ont pénétré le revolver au poing; d'autres, sous prétexte d'ambulances à organiser et sous la sauvegarde du brassard de la neutralité, se sont abaissés au rôle d'espions.

Ainsi, ils ont précédé les troupes dans les localités de petite importance, qu'ils ont quittées ensuite subrepticement, emportant les renseignements dont ils espéraient tirer profit, et qu'ils avaient pu prendre à la faveur de leur prétendue mission humanitaire.

Dans l'exercice de leurs fonctions de médecins d'armée en campagne, il en est qui ont exigé des honoraires d'officiers français, ou même de la famille de simples soldats qui avaient reçu leurs soins.

Dans beaucoup de localités occupées, ils se sont substitués aux services sanitaires régulièrement organisés pour l'examen périodique des filles soumises.

Ils ont procédé d'autorité à ces examens, en se faisant escorter d'hommes en armes, et ont élevé la prétentiou de recevoir de l'argent pour ces visites, soit de la part des municipalités, soit des femmes elles-mêmes.

Rapports avec les populations. — Des médecins allemands ont eu la lâcheté de se livrer à des voies de fait sur des femmes; armés ou accompagnés d'hommes en armes, plusieurs ont porté la main sur des citoyens sans armes et inoffensifs; d'autres ont excité leurs soldats à piller les officiers français, ont eux-mêmes volé chevaux, harnais, trousses, instruments de chirurgie et autres objets de valeur : recueils scientifiques, mémoires, livres rares, manuscrits.

Parmi ces vols, il en a été commis *avec effraction, la nuit, dans une maison habitée.*

Un testament fait par un officier français, la veille de sa mort, a été soustrait par le médecin allemand qui dirigeait l'ambulance.

Enfin, sur l'ordre et en présence d'un médecin allemand, un médecin français, vieillard de 76 ans, l'honorable docteur Deguise, a été, de la part des soldats, l'objet de sévices et de violences tellement graves que le lendemain même il succombait.

De semblables faits, messieurs, peuvent se passer de commentaires; la constante préoccupation de votre commission a été de ne s'appuyer et de n'appeler votre jugement que sur des faits d'une authenticité irréfragable. Ceux qui vous ont été exposés offrent les conditions de la plus parfaite exactitude. Les noms propres sont cités, les localités désignées, les dates précisées, les détails circonstanciés. Tous se produisent sous la garantie des signatures les plus recommandables.

Est-ce à dire que nous soyons tentés de vous en demander la publication immédiate?... Non, la prudence s'y oppose; gardons-nous de tout ce qui pourrait provoquer des représailles.

Rendons hommage à nos compatriotes des départements encore envahis qui, malgré la pesante oppression sous laquelle ils gémissent, ont eu le courage d'élever la voix. Conservons ces documents; qu'ils puissent être consultés, sous la garantie toutefois d'une demande écrite et motivée, et après délibération de votre conseil sur le point d'opportunité.

En tout état de cause, messieurs, les faits incriminés, vous les connaissez, ils vous ont été dévoilés dans toute leur vérité; vous êtes en mesure d'en saisir la portée, d'en dégager à la fois les conséquences et le mobile, d'en apprécier en un mot la juste valeur. Il vous appartient de juger.

Quant à votre commission, édifiée par les faits contenus dans le

rapport, elle a l'honneur de vous proposer l'adoption des conclusions suivantes :

1° La Société de médecine de Paris, après avoir entendu le rapport de la commission d'enquête, *proteste* contre les agissements d'un grand nombre de médecins allemands pendant la guerre de 1870-1871 ;

2° La Société adresse des remercîments à toutes les personnes qui ont répondu à l'appel de sa commission d'enquête par la communication de documents précis, ainsi qu'aux rédacteurs en chef de la *Gazette des hôpitaux* et de l'*Union médicale*, qui lui ont prêté la publicité de leur journaux.

La commission d'enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre vient, en outre, messieurs, vous proposer :

1° De publier le résumé du rapport et ses conclusions ;

2° De déposer le corps du rapport et le dossier des documents sur lesquels se fondent les conclusions, en double exemplaire, dans les archives et entre les mains d'un des rapporteurs de la commission ;

3° D'adresser des remercîments aux deux rapporteurs, les docteurs Antonin Martin et Collineau.

Les membres de la commission :

A. Forget, *président;* Léon Gros, Lunier, A. Charrier, Duroziez, Voisin, Antonin Martin et Collineau, *rapporteurs.*

Ces conclusions furent adoptées à l'unanimité par la Société de médecine de Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Le concours pour l'agrégation en chirurgie à la Faculté de médecine de Paris a commencé vendredi dernier 10 mai. Le jury de concours se compose de M. Gosselin, président; MM. Broca, Pajot, Dolbeau, Tillaux, Duplay et Larrey. Les candidats sont : MM. Nicaise, Terrier, Delens, Horteloup, Lucas-Championnière, Anger (Théophile), Bergeron (Henri). Le nombre des places vacantes est de 4. La question orale (première épreuve) a pour sujet : La vessie au point de vue anatomique et physiologique.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Verneuil, docteur en médecine, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté, en remplacement de M. Laugier, décédé. (*Décret du Président de la République*).

— M. Vée, ancien pharmacien, ancien maire du V[e] arrondissement de Paris (aujourd'hui X[e] arrondissement), et qui a occupé, pendant de longues années, un poste élevé dans l'administration générale de l'Assistance publique, où il a été à même de rendre de grands services, vient de succomber à une longue et cruelle maladie, âgé de 75 ans. M. Vée, avec qui un grand nombre de médecins ont dû avoir des relations fréquentes par la nature de ses fonctions (il avait la direction des secours à domicile), a laissé une mémoire honorée et estimée de tous.

— *Prix fondé par la Société des médecins des Bureaux de bienfaisance.* — Question proposée :

« De l'organisation du service médical des Bureaux de bienfaisance de Paris. »

Ce prix était de la valeur de 300 fr.

Trois mémoires ont été envoyés pour le concours.

Aucun de ces travaux n'a paru mériter le prix ; mais la Société accorde :

1° Une mention très-honorable à l'auteur du mémoire n° 2 ayant pour épigraphe : « Cecy est un livre de bonne foy. »

2° Une mention honorable à l'auteur du mémoire n° 2 ayant pour épigraphe : « Les idées générales, bases du savoir, sont les propriétés essentielles de l'esprit... etc. »

La Société a décidé, en outre, que la même question sera remise au concours ; que les mémoires devront être adressés, avant le 1[er] avril 1873, à son secrétaire général, M. le docteur Passant, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

— *Faculté de médecine.* — M. le docteur Alfred Fournier, agrégé de la Faculté, commencera le cours complémentaire des maladies syphilitiques le jeudi 16 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital de Lourcine, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 17 mai 1872, au palais du Luxembourg, à 3 h. 1/2 très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal;

2° Communication de M. Gillebert Dhercourt sur les dangers des voyages entrepris immédiatement après le mariage ;

3° Rapport de M. Forget sur la candidature de M. le docteur Gillette au titre de de membre titulaire ;

4° Rapport de M. Charrier sur la candidature du docteur Hameau au titre de membre correspondant;

5° Rapport de M. Onimus sur la candidature de M. Blumenthal au titre de membre correspondant.

Le Directeur : D[r] E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 56. — JEUDI 16 MAI 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 16 MAI 1872. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL D'ORLÉANS. Arrachement d'un pied avec arrachement des tendons et muscles de la jambe et du nerf tibial postérieur (M. Debrou). — Quelques observations de pleurésie traitées par la thoracentèse (M. Ch. Chaillou). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Souscription nationale pour la délivrance du territoire. — Correspondance. — Nouvelles. — Petite correspondance,

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'empyème et la thoracentèse ont rempli l'ordre du jour de cette séance. MM. Béhier, Gosselin et J. Guérin ont successivement pris la parole. M. Béhier devait naturellement tenir à expliquer et à justifier, contre les critiques et les protestations de MM. J. Guérin et Chassaignac, la préférence qu'il a déclaré donner à l'ancienne opération de l'empyème ; ce qu'il a fait en se fondant sur des faits, dont l'un, assez récent, était surtout de nature à exciter vivement l'intérêt de l'Académie.

M. Gosselin, qui, dans la discussion de 1865, avait déjà défendu la pratique de l'incision avec les injections et le drainage pour adjuvants, a maintenu les mêmes principes ; mais non sans quelques concessions, un peu platoniques peut-être, pour la méthode sous-cutanée, dont il ne méconnait pas les avantages, mais qu'il n'a point encore appliquée lui-même, plus explicites et plus positives en faveur du drainage, qu'il reconnaît lui avoir rendu de grands services, mais qui laisse encore, à son avis, plusieurs *desiderata*.

Enfin, M. J. Guérin, répondant à la fois à MM. Béhier et Gosselin et à M. Chassaignac, qui l'avait mis en demeure de faire connaître les résultats de sa pratique comme il a fait connaître les siens, a rappelé quelques-uns des faits auxquels il avait fait allusion seulement dans la précédente séance, et il en a fait suivre l'exposé de quelques courtes considérations sur les principes de la méthode, qu'il a déjà amplement développés dans la discussion de 1865.

Si nous voulions tirer de ce qui a été dit dans cette séance une conclusion prématurée, nous pourrions dire dès à présent, ce qui ne serait peut-être pas au fond très-nouveau pour la galerie : qu'aucune méthode n'a le droit de se dire absolument et rigoureusement bonne pour tous les cas, à l'exclusion de toutes les autres, la meilleure ayant évidemment ses limites d'action et ses contre-indications dans des cas déterminés, celle qui est réputée la plus défectueuse par les novateurs ayant de son côté ses cas particuliers d'application. Tout est dans la distinction des cas et de leurs indications spéciales. C'est ce qu'il faudra chercher à déterminer lorsque tous les faits que peut soulever cette discussion auront été mis au jour. Nous avons dit, dans notre dernier numéro, que nous nous en référions, jusqu'à plus ample informé, aux conclusions formulées par notre collaborateur et ami M. Bouchut. Si toutefois cette discussion, en apportant des documents nouveaux, nous conduisait à modifier cette appréciation, nous n'hésiterions pas à le faire en nous inspirant de l'ensemble de tous les faits produits et du souvenir de ceux dont nous avons pu être témoin.

Après lecture du procès-verbal, M. A. Guérin, à propos des doléances exprimées dans la dernière séance sur le triste état des finances de l'Académie, a entretenu ses collègues de l'espérance qu'on pouvait avoir encore de faire introduire dans le budget de l'Instruction publique, par voie d'amendement, une proposition d'augmentation des fonds qui lui sont alloués, ce à quoi le ministre paraîtrait tout à fait favorable. Au conseil de l'Académie d'aviser.

Chaque séance a son petit incident du procès-verbal, quand il n'y en a pas deux, ce qui a été le cas hier. L'exactitude, disait-on autrefois, est la politesse des rois ; elle devrait être aussi, si elle ne l'est pas toujours, celle des académies et des corps savants en général. Il ne paraît pas que tous les correspondants de l'Académie soient également pénétrés de ce devoir. Nous ne parlons pas des devoirs scientifiques auxquels leur titre même semblerait les obliger et qu'ils ne remplissent pas tous avec un zèle très-exemplaire ; nous parlons seulement de ce simple devoir de politesse qui consiste (quand on est correspondant surtout) à répondre aux lettres qu'on vous écrit. Or, un assez grand nombre de correspondants, paraît-il, se sont abstenus de répondre à une circulaire que le conseil de l'Académie avait jugé nécessaire de leur adresser pour se rendre compte de la situation exacte du personnel de la compagnie.

Dans cette grave conjoncture, M. le président a fait appel à la presse, la priant de vouloir bien inviter ceux des retardataires auxquels pourrait parvenir cet avis, à répondre à la lettre qui leur a été adressée, afin que l'Académie sache s'ils sont encore ou non de ce monde. Pour notre compte, c'est fait.

Dr BROCHIN.

HOPITAL D'ORLÉANS. — M. DEBROU.

Arrachement d'un pied avec arrachement des tendons et muscles de la jambe et du nerf tibial postérieur.

(Lu à la Société de chirurgie, séance du 27 mars 1872.)

Le 2 mars 1872, Boitard (Constant), âgé de 15 ans, travaillant dans un moulin à papier, à Saint-Mesmin (5 kilomètres d'Orléans),

était monté sur des poutres pour graisser le moyeu de la roue pendant que celle-ci marchait, contrairement à la règle qui prescrivait de ne faire ce graissage que quand le mouvement était arrêté. En avançant sur les poutres, il marcha sur une planche non fixée, sentit que son pied droit glissait et embrassa, pour se retenir, une pièce de bois dite *ferme*, contre laquelle il se trouvait debout. Le pied droit, enveloppé d'une chaussette et logé dans un sabot, s'engagea dans l'aire ou le vide de la roue qui tournait *horizontalement*, de gauche à droite, avec une vitesse de trois tours pour deux secondes, et l'un des quatre rayons en fonte, comme la roue elle-même, faucha le pied en quelque sorte au-dessous des deux chevilles. Le sabot, presque intact, tomba sur le sol, contenant le pied avec des muscles sanglants. On fut chercher ce pauvre enfant parmi les poutres placées au-dessus de la roue; il était debout, collé contre la ferme qui avait retenu son corps et l'avait empêché d'être entraîné dans le mouvement circulaire.

L'accident était arrivé à 8 heures du matin. A 9 heures, pendant que je faisais ma visite, le blessé était apporté à mon hôpital, avec le sabot qui contenait le pied dans sa chaussette.

Le sabot présentait seulement une fente longitudinale sur son bord interne; sa bride, en cuir et assez large, n'était ni détachée, ni déchirée. La chaussette avait une ouverture large et irrégulière à son côté externe, et était encore plus déchirée en dedans.

Le pied était désarticulé à peu près comme dans la désarticulation tibio-tarsienne. L'astragale tenait encore au tibia par des brides; sa tête était en partie séparée par une fracture. Il y avait aussi une fracture linéaire et transversale entre les deux surfaces articulaires supérieures du calcanéum.

La peau était coupée presque circulairement, au-dessous des deux malléoles, par une ligne dentelée, inégale, mais sans lambeaux et assez régulière.

Le malade avait perdu peu de sang; il était refroidi et pâle, surtout à cause de l'émotion et de la douleur. Il montrait beaucoup de courage.

A la peau de la jambe, il n'y avait rien. A la cuisse, outre des marques de frottement et des éraillures d'épiderme, on voyait, à 6 centimètres au-dessus de la rotule, une plaie étroite, saignante. Le membre était gonflé à ce niveau, très-douloureux, et on y trouvait une mobilité qui donnait la certitude d'une fracture du fémur. J'agrandis un peu, avec le bistouri, la boutonnière de la peau; j'explorai avec mon doigt, et je reconnus, à travers des muscles déchirés, que l'os était fracturé un peu au-dessus de la poulie articulaire et qu'il y avait des esquilles.

Dans cet état des choses, je n'hésitai pas sur la conduite que j'avais à tenir. Je déclarai qu'il fallait faire immédiatement une amputation de cuisse. Après avoir montré ce blessé à mes confrères et collègues, MM. Brechemier et Bouglé, qui partagèrent mon avis, je pratiquai de suite l'amputation par la méthode circulaire.

La fracture était oblique, et c'était la pointe du fragment inférieur, long de 5 centimètres et très-aigu à son extrémité, qui avait percé la peau. Une fente verticale qui le parcourait descendait jusque près de la poulie articulaire. Il y avait deux esquilles non tout à fait détachées. Du sang extravasé existait sous la synoviale, en dehors de chaque condyle, surtout au condyle externe. La fracture avait dû être produite par le mouvement de torsion de la cuisse et du corps entier autour de la pièce de bois.

Voici maintenant la description des parties arrachées :

Os. — Il est inutile de revenir sur l'astragale, dont il a déjà été parlé. La malléole interne avait un éclat mince, de 1 centimètre de côté, n'intéressant qu'une partie de son épaisseur et tenant encore au périoste. La malléole externe était intacte, ainsi que toute la surface cartilagineuse de l'articulation. L'écrasement et la désarticulation de l'astragale avaient permis à la mortaise formée par le tibia et le péronée de ne pas éclater.

Muscles. — Presque tous les muscles de la jambe étaient arrachés avec leurs tendons et fixés au pied, comme il a été dit.

La partie extraite du jambier antérieur mesurait $0^m,34$ en y comprenant, avec le tendon, la partie charnue qui était forte et renflée. L'extenseur commun des orteils, dont les fibres charnues descendaient très-bas et jusqu'au lieu ordinaire de leur implantation, mesurait $0^m,37$. L'extenseur propre du gros orteil mesurait $0,^m29$. La partie charnue de ces muscles était déchirée, effilée; leurs tendons étaient et avaient leur insertion osseuse au pied, intacte. Les gaînes fibreuses dans lesquelles ils passent sur le dos du pied étaient intactes.

Le faisceau musculaire formé par le soléaire et les deux jumeaux n'avait pas été arraché avec le pied. Il était intact avec le tendon d'Achille, dont l'adhérence calcanéenne avait cédé en entraînant une couche très mince de tissu osseux. Le petit tendon du plantaire était seul resté adhérent au calcanéum et était déchiré à une hauteur de $0^m,05$.

Le jambier postérieur, le fléchisseur propre du gros orteil, le fléchisseur commun des orteils étaient arrachés, tendons et fibres musculaires. Le premier avait $0,^m35$; le second $0^m,30$; le troisième $0^m,31$.

Toutes ces longueurs, soit pour les muscles antérieurs, soit pour les postérieurs, ont été prises du point de section de la peau, au pied, au-dessous des malléoles jusqu'à l'extrémité la plus élevée. On a vu qu'elles donnent $0^m,35$ et même $0^m,37$. La longueur des os de la jambe, chez cet enfant, mesurée depuis le bord antérieur de la surface articulaire inférieure jusqu'à l'épine antérieure du tibia, ne donnait que $0^m,33$. Cette différence en plus pour les muscles tient à ce que les fibres musculaires, en s'arrachant, se sont retirées et allongées; mais elle démontre aussi, ce qui était d'ailleurs sensible à l'œil, qu'elles se sont détachées de toute la hauteur des muscles.

Les péroniers latéraux n'ont pas été arrachés, leurs tendons ont été coupés par une section nette comme avec des ciseaux, juste au niveau de la coulisse, où ils passent derrière la malléole externe. Cela suppose et prouve même que le rayon de la roue qui a fauché le pied en frappant juste au niveau de la malléole péronnière, a, de son premier choc, coupé les deux tendons ensemble. A la vérité, on ne trouve aucune fracture ni coupure sur la coulisse ostéo-fibreuse où passent ces tendons. Mais leur section nette par la barre de fonte est le seul moyen d'expliquer le non arrachement des deux muscles qui étaient restés en place.

Nerfs. Le nerf sciatique poplité interne ou tibial postérieur a été arraché avec le pied, et est déchiré à une hauteur de $0^m,24$ au-dessus du calcanéum.

Les artères sont déchirées par une section irrégulière. La tibiale postérieure est rompue au niveau de la malléole interne; la tibiale antérieure est rompue au devant de l'articulation tibio-tarsienne, à côté du nerf tibial antérieur, qui est déchiré aussi à ce niveau.

Les veines sont déchirées comme les artères et à la même hauteur.

Si l'on veut apprécier à peu près quel a été le volume des fibres musculaires arrachées avec les tendons, on peut estimer ce volume à presque la moitié ou au moins au tiers des fibres musculaires totales pour chaque muscle. En disséquant la partie restée en place et adhérente aux os et au ligament interosseux, on trouve partout des ecchymoses et de petits épanchements de sang noir résultant de la rupture des vaisseaux.

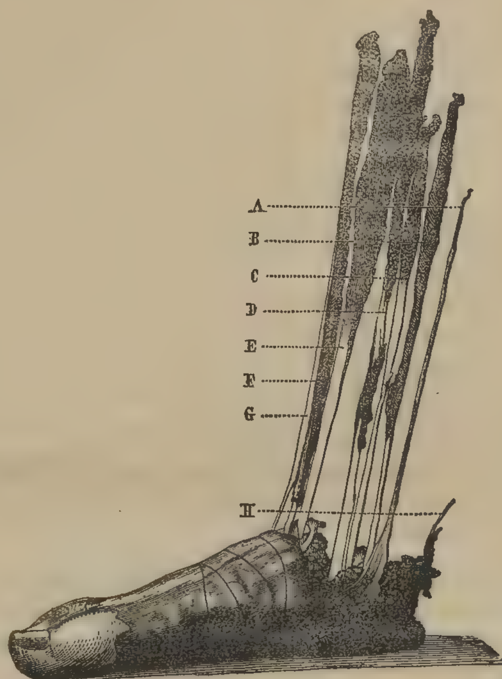
Le ligament interosseux n'a pas été déchiré.

Au total, tous les tendons ont été arrachés avec leurs muscles, à l'exception : 1° du tendon d'Achille, parce que son insertion calcanéenne a cédé et s'est détachée en emportant la couche osseuse superficielle; 2° des péroniers latéraux, parce que leurs tendons, pris entre une barre de fer et une surface osseuse résistante, ont été coupés.

Les exemples de plaies par arrachement sont assez nombreux à présent, pour qu'on puisse connaître assez bien leur mode de production et leur mécanisme. Lorsque l'effort agit sur une extrémité, telle que les doigts ou les orteils, la main ou le pied, la peau et les ligaments céderont plus vite que les tendons; et tandis que les premières parties se déchirent et se coupent, les tendons qui ré-

sistent sont tirés et entraînent avec eux des fibres musculaires déchirées et rompues. On peut admettre que cela est une règle générale. La confirmation de cette règle s'est vue assez souvent pour un doigt ou un orteil isolés, et l'arrachement du pied, dans l'observation qui précède, équivaut à plusieurs démonstrations, puisque ici six grands muscles ont été arrachés et que tous l'ont été à l'exception du tendon d'Achille dont l'attache osseuse a cédé, et des péroniers dont les tendons se trouvant coupés dès la première action de la force, ne pouvaient plus rien entraîner.

Tous les muscles à tendons peuvent donc être arrachés; c'est là encore une règle. Autrefois, j'ai fait des expériences sur le cadavre pour l'arrachement d'un doigt ou d'un orteil avec ses tendons et ses muscles (Voir *Bulletin de la Société de chirurgie*, tome II, page 594, séance du 26 mai 1852. Je viens de refaire des expériences de même genre en arrachant le pied au moyen de moufles. A chaque fois j'ai arraché tous les muscles extenseurs propre et commun, jambiers antérieur et postérieur, le fléchisseur propre du gros orteil, le fléchisseur commun et les deux péroniers latéraux.



A. Nerf sciatique poplité interne. — B. Fléchisseur commun des doigts. — C. Fléchisseur propre du gros orteil. — D. Jambier postérieur. — E. Jambier antérieur. — F. Extenseur commun des orteils. — G. Extenseur propre du gros orteil. — H. Plantaire grêle.

Dans un cas, j'ai même arraché le muscle soléaire et les deux jumeaux avec le tendon d'Achille. Toujours aussi, j'ai arraché 25 ou 20 centim. du nerf tibial postérieur, ainsi que cela a eu lieu chez mon malade, et ce résultat expérimental, concordant avec un fait clinique, prouve que l'arrachement de ce nerf accompagne régulièrement l'arrachement des tendons.

Mécanisme. — Il est bien évident que pour que l'arrachement se produise de la façon qui a eu lieu, il faut, d'une part, que le tendon résiste à l'effort plus que la peau et les ligaments; d'autre part, que les fibres musculaires soient plus attachées au tendon qu'elles ne sont adhérentes au périoste ou aux aponévroses d'insertion. Et cela est, en effet, ainsi que le montre la simple dissection, ou encore l'expérimentation sur le cadavre. Avant de se condenser en une corde qui devient tendon, le tissu fibreux s'étale en couches aponévrotiques qui fournissent de larges surfaces adhérentes aux plaies musculaires, et la totalité de ces adhérences est bien autrement étendue et forte que ne l'est l'implantation sur les os.

Au reste, dans ces arrachements, les fibres musculaires ne sont pas détachées à leurs insertions osseuses; elles se rompent dans leur continuité, cela est un fait constant. Le tendon est entier; l'aponévrose qui le termine vient entière aussi, et les fibres charnues, rompues dans leur longueur, sont distribuées plus ou moins inégalement, les unes entraînées avec le tendon, les autres restant sur les points d'insertion normale. Il y aurait à cet égard des recherches à faire pour déterminer le plus ou moins de longueur des fibres charnues entraînées et leur mode de déchirure. Très-probablement, ce mode de déchirure varie selon que l'arrachement survient dans un moment de contraction ou dans un moment de repos du muscle. Aussi l'expérience sur le cadavre n'apprend-elle pas grand'chose sur ce point, quoique dans les expériences, comme dans les faits cliniques, on trouve des fibres charnues entraînées avec le tendon et d'autres qui sont restées adhérentes aux attaches normales.

Mais il est certain que l'arrachement lui-même peut avoir lieu, soit dans l'état d'inaction musculaire, soit dans l'état de contraction.

Dans la plupart des cas rapportés, dans ceux empruntés par M. Larrey à la pratique de son père, ou dans ceux qu'il a observés lui-même, il est difficile de déterminer exactement quelle a été la part de l'action musculaire. Lorsqu'un cavalier, ayant enroulé la bride de son cheval autour de son doigt, subit un arrachement de ce doigt, il peut y avoir deux tractions, l'une par le cheval, l'autre par le cavalier, et on ne sait trop comment mesurer et partager rigoureusement les deux efforts. La recherche du mécanisme de production est, au contraire, simplifiée dans les deux faits que j'ai rapportés autrefois à la Société de chirurgie. Il s'agissait d'un homme qui, descendant de cheval, avait mis à terre le pied gauche, pendant que le pied droit était encore dans l'étrier. Le cheval, faisant un mouvement, mit son sabot sur le bout du pied gauche de l'homme. Celui-ci, après avoir dégagé le pied droit de l'étrier, voyant que l'autre était pris, fit un effort pour le dégager; de cet effort, il résulta un arrachement de la première phalange avec ses tendons. Dans ce cas, évidemment, le cheval jouait le rôle de résistance ou de point fixe; la force qui a produit l'arrachement était dans la contraction du membre de l'homme. Un tel résultat, au reste, est conforme à ce que faisait prévoir le raisonnement. Mais ce fait, serait-il seul, prouve que l'action musculaire est suffisante pour produire l'arrachement des muscles.

Chez le jeune B..., la contraction musculaire a été nulle et complétement étrangère à l'accident. Ce pauvre jeune homme avait le pied descendu dans le vide et l'effort qu'il a fait pour se coller contre une pièce de bois, tout en se propageant un peu dans la totalité du corps et dans le membre suspendu, n'a pu et n'a dû avoir aucune part à l'arrachement. On peut admettre même que les muscles de la jambe étaient plutôt relâchés que contractés.

Gravité. — L'espèce de traumatisme produit par l'arrachement n'a pas, en général, plus de gravité que les autres. Certains exemples montrent que des arrachements énormes peuvent être suivis de guérison. On se rappelle le fait de Samuel Wood, rapporté dans les transactions philosophiques de 1738 (un bras arraché tout entier), et celui de Benomont, *tome II des mémoires de l'Académie de chirurgie* (une jambe entière arrachée à un enfant). De plus, chacun de nous a vu, en ces derniers temps, des plaies considérables produites par des éclats d'obus, avec des résultats analogues avec ceux de l'arrachement, guérir contre toutes les prévisions. Même il a été noté par les divers observateurs que les arrachements des doigts ou des orteils guérissaient sans amener de graves accidents.

Néanmoins, l'arrachement du pied, que je viens de faire connaître, peut donner lieu à plusieurs réflexions. Si le malade m'avait été amené sans la pièce pathologique, c'est-à-dire sans le pied séparé, en voyant la plaie irrégulière, dépourvue de lambeau et de tout moyen de recouvrir les surfaces articulaires, je me demande quelle conduite j'aurais dû tenir. La fracture de la cuisse avec plaie et esquilles, jointe à la lésion du pied, m'a imposé ici une obligation d'amputer la cuisse, qu'aurait, je crois, tout chirurgien à ma place. Mais avec la lésion du pied seule, et sans la pièce, qu'aurait-il fallu faire? Je présume que j'aurais été assez disposé à refaire une plaie chirurgicale et à amputer au-dessus des malléoles, par le procédé de Lenoir. Or, si j'avais agi ainsi, que seraient de-

venues les sept gouttières déchirées, d'où étaient sorties les tendons et les muscles, et dont le sommet remontait jusqu'à la partie supérieure de la jambe? Chacune de ces gouttières aurait été un foyer de suppuration, communiquant avec l'air par la plaie de section, et leur ensemble aurait amené des désordres capables, assurément, de compromettre le succès d'une amputation qui, à elle seule déjà, pour des cas traumatiques, fait mourir souvent. Cependant, aujourd'hui il n'est plus permis d'en douter, après ce dernier et si éclatant exemple, tous les muscles s'arrachent dans une telle plaie, chacun laissant une gouttière, et si même on n'avait pas sous les yeux la partie arrachée, il faudrait regarder comme certain un résultat identique à celui dont je donne la description. Alors que faire, surtout en tenant compte de l'arrachement du nerf tibial postérieur dans les deux tiers de sa longueur? On ne voudra pas certainement opérer au dessus du genou et couper la cuisse; mais je crois qu'il faut établir comme règle, s'il est nécessaire d'amputer, de le faire au-dessus du lieu d'élection à la jambe, et le plus haut possible. Ce précepte est, à mon avis, une conséquence clinique du fait que je viens de faire connaître.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter. Mon malade est en bonne voie de guérison et sera bientôt guéri de son amputation de cuisse.

QUELQUES OBSERVATIONS DE PLEURÉSIE
TRAITÉES PAR LA THORACENTÈSE

Par le docteur CH. CHAILLOU, de Tourny (Eure), ancien interne des hôpitaux de Paris.

1° PLEURÉSIES SÉREUSES.

OBS. I. — *Pleurésie latente à gauche. — Déviation du cœur. Ponction. — Guérison.*

A..., 18 ans, à Heubecourt. Le 1er mars 1867, je suis appelé auprès d'une jeune fille, que je trouve travaillant encore au milieu d'un groupe formé par sa mère et ses sœurs. Elle dit ne souffrir nulle part; elle mange, elle dort, mais elle se plaint de ne pouvoir marcher au delà de quelques pas; elle sent alors une gêne considérable, qu'elle ne peut analyser, mais qui la force à s'arrêter. C'est une grande jeune fille pâle, un peu lymphatique comme ses sœurs; elle est réglée d'une façon irrégulière. La langue est nette; la respiration, lorsqu'elle est assise, paraît assez facile; la température de la peau n'est pas élevée, le pouls est calme mais faible. Peut-être cet état anémique était-il la seule cause du malaise. Je commence à explorer les organes les uns après les autres; je ne tarde pas à trouver une matité absolue en arrière dans tout le côté gauche, du souffle et de l'égophonie vers le tiers supérieur, absence complète de tout bruit respiratoire vers la moitié inférieure de la poitrine et dans l'aisselle. Absence de vibrations thoraciques. En avant, sonorité exagérée sous la clavicule, matité au niveau du sein; les battements du cœur ne se font plus sentir au côté gauche, mais on les perçoit plus facilement sous le sternum et à droite de cet os.

J'ai évidemment là une pleurésie latente, un épanchement qui s'est fait lentement, qui a dévié le cœur de sa situation normale et qui n'est venu apporter des troubles que lorsqu'il a été trop abondant. Je cherche alors à réveiller les souvenirs de la malade; elle finit par se rappeler que deux mois ou deux mois et demi auparavant, à la suite d'un refroidissement contracté en faisant une lessive, elle a senti une douleur dans le côté gauche, un peu de malaise pendant quelques jours, quelques douleurs dans l'épaule gauche; mais que tout cela s'était dissipé et qu'elle en avait même perdu le souvenir. Je préviens la famille qu'il y a une accumulation considérable de liquide dans la plèvre gauche, qu'il faut éviter tous les mouvements brusques, parce qu'ils sont quelquefois suivis d'accidents subits de syncope souvent mortels. Dès ce premier jour, je laisse entrevoir qu'un traitement médical pourra être insuffisant, qu'il faudra peut-être avoir recours à une ponction. Je prescris de promener pendant une huitaine de jours de grands vésicatoires sur le côté malade, de la tisane nitrée, un verre d'eau de Sedlitz tous les deux ou trois jours, un peu de vin de quinquina. Ce traitement est suivi jusqu'au 17 mars; il n'a été suivi d'aucune amélioration, la situation est exactement la même qu'au premier jour. Dans la nuit précédente, quelques malaises avec tendance à la syncope.

Le 18 mars, je pratique la thoracentèse par le procédé de Reybard. Après m'être assuré par la percussion et l'auscultation de la matité complète et de l'absence de bruit respiratoire, j'enfonce dans le sixième espace intercostal, sur la ligne verticale de l'aisselle, en avant du bord externe du grand dorsal, le trocart n° 2 ou trocart multiple (volume du trocart à hydrocèle), muni d'un manchon de baudruche. J'avais ouvert la peau d'un coup de lancette. Aussitôt le poinçon du trocart retiré, la canule donne issue par un jet intermittent coïncidant avec l'expiration, à un liquide séreux tout à fait analogue au sérum du sang ou à celui d'un vésicatoire. Au bout de quelque temps, la malade dit sentir se dissiper la gêne qu'elle éprouvait sans pouvoir en indiquer le siége. Plus tard, la malade éprouve quelques accès de toux qui activent l'expulsion du liquide. Je sens à ce moment le poumon frotter sur l'extrémité thoracique de la canule. A mesure que la sérosité s'écoule, je sens les phénomènes stéthoscopiques du poumon; le souffle de la partie supérieure est remplacé par un murmure respiratoire accompagné de râles crépitants, les parties où tout bruit faisait défaut donnent du souffle tubaire doux. Le cœur se déplace lentement et revient à gauche; la palpation suffit à suivre son mouvement de retour. Enfin je n'ai plus que quelques gouttes par la canule, et cependant tout à fait à la partie inférieure il reste un peu de sérosité accusée par de la respiration bronchique.

Je fais étendre la malade sur son lit; elle accuse un mieux considérable. Je préviens la famille que la sérosité pourrait s'accumuler de nouveau et nécessiter une nouvelle intervention. Le sérum rassemblé mesure *deux litres*.

Le 20 mars, l'état est toujours satisfaisant; l'épanchement ne paraît pas avoir de tendance à se reproduire. J'applique un nouveau vésicatoire, tant pour amener la résorption des dernières portions restées après l'opération, que pour tâcher de prévenir une nouvelle sécrétion. Tisane nitrée. — Ce reste d'épanchement disparaît lentement. L'état est très-satisfaisant. La jeune fille prend toujours du vin de quinquina; j'y joins des pilules d'iodure de fer et un régime fortement tonique. Il est continué pendant le mois de mai 1867. La guérison ne s'est pas démentie. J'ai eu en avril 1872 des nouvelles de cette jeune fille : elle est forte et bien portante.

OBS. II. — *Pleurésie à gauche aiguë. — Œdème de la face. Thromboses? — Mort subite.*

S... (Estelle), 22 ans. Cette jeune fille est servante à Vernon; elle est accouchée il y a six semaines. Elle est entrée à l'hôpital il y a environ huit jours pour une pleurésie à gauche; elle a voulu revenir chez ses parents, à Tourny. Je l'examine le 3 octobre 1868, au moment de son arrivée. Jeune fille forte, apparence de bonne santé habituelle. Le pouls est encore fébrile; elle ne se plaint pas de gêne pour respirer, bien que la respiration soit fréquente. Vaste épanchement pleurétique du côté gauche avec déviation du cœur, qui est repoussé vers le bord droit du sternum. La poitrine est couverte de plusieurs vésicatoires qui ne sont pas encore séchés; je ne puis donc pas employer ce moyen. Tisane nitrée et digitale.

Le 5 octobre, *vingt* grammes d'eau-de-vie allemande dans une tasse de thé.

Le 8 octobre, malaise dans la journée; le visage est rouge, vultueux, la respiration anxieuse; le soir, la face est gonflée du côté droit comme dans un érysipèle; révulsifs aux extrémités.

Le 9, œdème dur du visage; à droite pas de traces de ganglions lymphatiques engorgés, douleur à la pression des vaisseaux carotidiens. Grand malaise. Potion avec acétate ammoniaque. La respiration devient difficile.

Le 11, je la vois avec M. le docteur Vattier, médecin en chef de

l'hôpital de Vernon. Le gonflement du visage est toujours prononcé, les lèvres sont violacées, la respiration fréquente et courte. Cœur refoulé au bord droit du sternum. Nous faisons la thoracentèse pour empêcher la malade d'étouffer dans quelques heures. Ponction du sixième espace intercostal gauche avec un trocart à hydrocèle muni d'un manchon de baudruche; elle donne issue à un litre et demi de sérosité. Elle est suivie d'un soulagement immédiat. La coloration asphyxique des lèvres disparaît, le cœur est graduellement revenu à sa position. Malgré cette amélioration, je fais des réserves sur le résultat définitif. Je crains que le *gonflement du visage ne soit dû à des coagulations veineuses* pouvant, soit en se prolongeant, soit en se déplaçant, amener la mort dans un moment plus ou moins éloigné.

Le 12 octobre, le liquide ne s'est pas reproduit. Cependant la jeune fille est plus gênée que la veille au soir, sans que je puisse savoir pourquoi. La nuit se passe assez calme, mais elle meurt subitement le 13, à 4 heures du matin, en cherchant à s'asseoir.

L'autopsie n'a malheureusement pas pu être faite.

Cette terminaison funeste ne m'a pas étonné, puisque je la redoutais. Cette observation doit être rapprochée de celles rapportées par Négrié dans sa thèse sur la mort subite dans la pleurésie, Paris, 1864, pages 21 et suivantes.

J'ai regretté de ne pas avoir pratiqué la thoracentèse dès le jour où je l'ai vue. Il est probable que les caillots qui, à mon avis, ont déterminé la mort, n'étaient pas organisés. J'avais eu, de prime abord, la pensée d'opérer; mais quelques parents étaient peu intelligents. La malade était tranquille; je n'aurais pas pu, à ce moment, faire accepter la ponction, c'est le motif qui m'a empêché de la proposer.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 mai 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : 1° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Cher et dans les arrondissements de Bourges, de Saint-Amand et Castelnaudary; — 2° un rapport de M. le docteur Pilat sur une épidémie de variole dans la commune de Péronne (Nord), en 1872. (Commission des épidémies); — 3° un rapport de M. le docteur Tinay sur le service médical des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), en 1870. (Comm. des eaux minérales).

M. le ministre de l'instruction publique écrit à l'Académie pour lui accuser réception du programme des leçons élémentaires d'hygiène que, sur sa demande, elle a bien voulu élaborer, et l'informe que ce programme sera exécuté, dès cette année, dans les hautes classes des lycées.

M. le Président ajoute que M. le ministre a également émis le vœu que l'Académie voulût bien se charger de la rédaction d'un petit traité élémentaire d'hygiène à l'usage des institutions primaires.

La commission déjà nommée est chargée de ce soin.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° Une lettre de M. le docteur Tisseire (d'Azille, Aude), renfermant une réclamation de priorité au sujet de la note présentée par M. J. Guérin, au nom de M. le docteur Carcassonne, sur une modification au procédé Rousset pour la taille hypogastrique; — 2° une lettre de M. Roux, pharmacien en chef de la marine, à Rochefort, qui sollicite le titre de membre correspondant; — 3° une lettre de remercîments de M. le docteur Syntex (de Saint-Sever, Landes), lauréat de l'Académie.

PRÉSENTATIONS

M. Béclard, pour M. Gubler absent, présente au nom de M. Fraser, d'Édimbourg, une brochure intitulée : *Recherches expérimentales sur l'antagonisme entre les actions des physostigma et de l'atropine.*

M. Depaul présente : 1° De la part de M. le professeur Rizzoli (de Bologne), un volume intitulé : *Clinique chirurgicale; Mémoires de chirurgie et d'obstétrique.* Traduit de l'italien par M. le docteur Audreini. — 2° De la part de M. le docteur Fano, le second volume du *Traité élémentaire de chirurgie;* — 3° Au nom de M. le docteur Boué (de Pau), un mémoire manuscrit sur *les effets du tannin dans le traitement des épanchements purulents.*

M. Chassaignac présente, de la part de M. Duménil, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Rouen, *deux observations de guérison d'épanchement purulent de la plèvre et réflexions sur le drainage de la cavité thoracique.*

M. Larrey dépose sur le bureau une brochure de M. le docteur Ély, médecin-major, intitulée : *Paris; étude démographique et médicale.*

M. Fauvel, une brochure intitulée : *Le choléra au Maroc, sa marche au Sahara jusqu'au Sénégal en* 1868, par M. Auguste Beaumier, consul de France à Mogador.

M. le Président, à propos d'une pièce de la correspondance relative à une candidature au titre de correspondant de l'Académie, fait part à ses collègues de l'embarras où se trouve placé le conseil vis-à-vis des correspondants. Afin de se rendre compte de la situation à cet égard et de savoir s'il y a lieu et dans quelle proportion il y a lieu de procéder à l'élection de nouveaux correspondants, le conseil a fait écrire à tous les correspondants inscrits sur l'annuaire de l'Académie. Un certain nombre de correspondants seulement ont répondu. Beaucoup se sont abstenus. Parmi ceux-ci il a dû y avoir sans doute quelques décès. Mais quel est le nombre réel des correspondants vivants? voilà ce qu'on ne peut pas savoir encore. Le conseil est d'avis de faire écrire aux maires des localités où résident les correspondants qui n'ont point répondu. Mais il serait possible qu'on n'eût pas encore de ce côté entière satisfaction. Dans cette prévision, le président croit devoir, au nom de l'Académie, faire appel au concours de la presse médicale.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Béhier, qui a demandé la parole à l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur l'empyème.

M. Béhier, à l'occasion du procès-verbal, désire répondre quelques mots aux objections qu'il a soulevées, tant au sein même de l'Académie que de la part de certains confrères de la presse, en disant, dans la dernière séance, que s'il était atteint d'un épanchement purulent, il serait tout disposé à se faire pratiquer l'opération de l'empyème. L'empyème, lui a-t-on objecté, est une des opérations les plus désastreuses de la chirurgie, et qui n'a jamais donné que des statistiques néfastes, etc. L'orateur fait remarquer qu'il n'est pas le seul et n'a pas été le premier à professer cette opinion. M. Marrotte, d'une part, dans un rapport qu'il a fait à la Société médicale des hôpitaux sur la thoracentèse, et, d'autre part, MM. Woillez, Barthez et bien d'autres encore, partagent la même opinion. Quant aux statistiques, elles sont loin d'être aussi néfastes que veut bien le dire M. Chassaignac. Pour sa part, M. Béhier peut citer trois faits qui lui sont personnels : le premier se rapporte à une jeune fille chez laquelle il a pratiqué cette opération en suppléant Natalis Guillot; dans le second, il s'agit d'un malade auquel on avait appliqué un tube de caoutchouc qu'une forte inspiration avait introduit dans la poitrine. M. Richet fit une large incision et alla chercher cette sonde dans la poitrine. Enfin, le troisième est celui d'un collègue et ami de M. Béhier, qui certainement doit à cette opération seule d'être encore de ce monde. Ces trois malades ont guéri.

M. Béhier a donc de bonnes raisons de ne pas penser que cette

opération est la plus désastreuse de la chirurgie, et croit qu'il y a là quelque chose, au contraire, à défendre et à conserver.

M. GOSSELIN fait observer qu'il résulte de tout ce qui a été dit jusqu'ici sur le traitement des épanchements purulents, que la question n'est pas encore jugée, qu'elle est à l'étude, et que chacun doit apporter le résultat de son observation personnelle.

En entendant, dans la dernière séance, M. Jules Guérin rappeler à M. Chassaignac qu'il avait obtenu des succès par la thoracentèse sous-cutanée appliquée au traitement des épanchements purulents, M. Gosselin s'est demandé comment cette opération pouvait guérir ces épanchements et comment, d'une façon générale, pouvait guérir une pleurésie purulente. Une pleurésie purulente, selon toute probabilité, aux yeux de M. Gosselin, guérit par évacuation progressive et successive du liquide et le retour de la plèvre à son état normal, ou l'oblitération de la cavité pleurale par adhérence de ses parois.

Or, M. Gosselin se demande comment une simple ponction pourrait arriver à guérir de cette façon une pleurésie purulente. Il y a cependant des faits; mais autant que s'en souvient M. Gosselin, ces faits, et particulièrement ceux de M. Jules Guérin, se rapportent à des enfants. Il y a donc une première distinction importante à établir entre les enfants et les adultes. Or ici M. Gosselin n'entend s'occuper que des épanchements purulents chez l'adulte.

Il est une question préalable sur laquelle tout le monde est d'accord, c'est la ponction au trocart capillaire pour éclairer le diagnostic, ponction qui, dans un certain nombre de cas, n'est pas seulement un moyen de diagnostic, mais aussi un moyen de traitement. Mais lorsque le pus se reproduit, il ne faut plus compter sur les bons effets de la simple ponction. M. Gosselin pense qu'en pareil cas il faut avoir recours à d'autres moyens, et, parmi ceux-ci, celui que jusqu'à présent il a préféré à tous les autres, c'est le drainage de M. Chassaignac. Il considère cette opération comme donnant d'excellents résultats; c'est, du moins, ce que lui a permis de constater un certain nombre de faits qui lui sont personnels. Parmi ces faits, il croit devoir établir une distinction importante entre les pleurésies purulentes spontanées et les pleurésies purulentes traumatiques. Les résultats obtenus ne sont pas les mêmes dans ces deux espèces de pleurésies purulentes.

M. Gosselin ne pratique pas l'opération du drainage de la même façon que M. Chassaignac; il pratique d'abord, à la partie postérieure de la poitrine, une incision de 5 à 6 centimètres, incision qui a pour but de faciliter l'écoulement du pus et surtout des fausses membranes plus ou moins putréfiées qui peuvent s'être formées; et par devant il pratique la ponction; il a donc ainsi deux ouvertures, l'une étroite, mais pouvant encore favoriser l'écoulement du pus; l'autre assez large, pour livrer passage aux fausses membranes. Cette opération a, en outre, l'immense avantage de permettre de répéter fréquemment de grands lavages dans la poitrine. Une remarque importante qu'a faite M. Gosselin au sujet de ces épanchements purulents, c'est que le pus ne devient pas toujours putride, malgré la présence de l'air; et c'est ici que la distinction établie tout à l'heure entre les pleurésies purulentes spontanées et les pleurésies purulentes traumatiques devient importante. Dans les premières, en effet, il n'y a presque jamais de putridité du pus; dans les autres, au contraire, le pus devient facilement putride; il est vrai que, dans un cas observé par M. Gosselin, la putridité du pus pouvait s'expliquer par la fracture des côtes et la gangrène du poumon.

Mais il est un point sur lequel M. Gosselin n'est point fixé, et c'est pourquoi il fait à M. Chassaignac cette question : Combien de temps, dans ces cas, le tube à drainage doit-il rester en place? Dans deux cas, M. Gosselin l'a enlevé au bout de deux mois ou deux mois et demi. Chez un troisième malade, il ne l'a retiré qu'au bout de six mois; puis il s'est formé un nouvel épanchement qui s'est ouvert et est devenu fistuleux. Cette fois encore, M. Gosselin a laissé le drain pendant six mois. Huit ou dix mois après une seconde guérison, nouvel épanchement fistuleux. Cette fois le drain resta huit mois en place, puis M. Gosselin a perdu ce malade de vue. Il y a donc là pour lui un desideratum, c'est le temps que l'on doit laisser le drain. Quoi quil en soit, la présence d'un drain dans la poitrine n'offre absolument aucun danger, et M. Gosselin croit qu'il y a de grands avantages à joindre l'ancienne incision de l'empyème au drainage. Si maintenant on compare le drainage à l'opération conseillée et pratiquée en pareil cas par M. Potain, dont tout le monde connaît l'appareil si simple et si ingénieux, on voit que le drainage, tel que le pratique M. Gosselin, a sur cet appareil l'avantage de pouvoir donner issue aux fausses membranes. D'un autre côté, il faut bien le reconnaître, l'appareil de M. Potain ne permet pas l'introduction de l'air dans la poitrine. Mais, à cet avantage, M. Gosselin préfère celui de pouvoir favoriser la sortie des fausses membranes, et c'est pourquoi il a recours au drainage avec la modification qu'il vient d'indiquer.

M. JULES GUÉRIN se croit obligé de donner quelques explications au sujet des différentes opinions qui ont été émises sur le sujet actuellement en discussion. Il rappelle d'abord que ce n'est pas la première fois que cette question du traitement chirurgical des épanchements purulents est soumise à l'Académie. Une première discussion a eu lieu, sur le même sujet, il y a trente ans, qui a eu pour point de départ une maladie de Dupuytren, et après cette discussion, on était resté, comme on l'est encore aujourd'hui, très-incertain sur la valeur de l'empyème. Mais il faut bien remarquer qu'à cette époque l'empyème n'était pas ce qu'on désigne aujourd'hui sous ce nom. Cela consistait en une simple incision sans lavages ni injections d'aucune sorte, tandis qu'aujourd'hui l'empyème est une opération composée de plusieurs procédés empruntés à différentes méthodes.

Pour ce qui est de la thoracentèse sous-cutanée, M. Guérin veut répondre à des faits par des faits. Or, il a présents à la mémoire trois faits qui lui sont personnels, et sur ces trois faits, trois guérisons d'épanchements purulents par cette méthode.

Le premier se rapporte à un malade qui se trouvait dans le service de Récamier, à l'Hôtel-Dieu. A ce sujet, M. Guérin rappelle que Récamier employait déjà, en pareil cas, la ponction avec le trocart capillaire. Ce malade était un tailleur de pierres d'Arcueil; il a guéri après deux ponctions. Le second cas a été procuré à M. Guérin par M. Louis; il s'agissait du comte X..., demeurant rue de Varennes. Enfin, le troisième fait, appartenant aussi à M. Louis, se rapporte à un Américain, qui a présenté une ouverture fistuleuse après l'opération, mais qui n'en a pas moins bien guéri. Non-seulement ces trois cas ont été suivis de guérison, mais encore ils n'ont montré aucune espèce de complication.

M. Guérin fait ici un rapprochement entre le traitement des épanchements purulents par la méthode sous-cutanée et celui des abcès froids par la même méthode. Or, la guérison des abcès froids par la ponction sous-cutanée est aujourd'hui un fait connu de tout le monde.

Il expose ensuite les observations qu'il a pu faire sur le premier malade, le tailleur de pierres d'Arcueil, au sujet du retour du poumon à son état normal après la guérison d'un épanchement et de la restauration des formes de la poitrine.

M. Guérin compare ensuite les différents procédés opératoires, et, tout en rendant de nouveau justice au drainage, il fait ressortir les avantages de la thoracentèse sous-cutanée. Quand il y a un drain dans la poitrine, il n'y a, dit-il, que le trop plein qui sort; en outre, ce procédé ne garantit pas de l'action de l'air : ce sont là deux inconvénients sérieux qui infirment la véritable valeur de cette méthode. L'appareil de M. Guérin répond, au contraire, à toutes les indications, comme l'a, du reste, parfaitement démontré M. Béhier, et c'est pourquoi M. Guérin croit inutile d'y insister plus longtemps. La méthode des épanchements séreux et purulents par la guérison sous-cutanée est un fait incontestable, et qu'il se fait fort de prouver à tous les chirurgiens qui voudraient s'en rendre compte.

La séance est levée à 5 heures moins un quart.

SOUSCRIPTION NATIONALE
POUR LA
LIBÉRATION DU TERRITOIRE

M. J.-B. Gauché, élève externe à l'hôpital Saint-Antoine. 5 fr.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le directeur,

Je lis, dans le numéro du 30 avril de la *Gazette des hôpitaux*, ces lignes tirées d'un article du docteur Kraus (de Vienne), sur les maladies de la prostate :

« Nous demandons au lecteur de prendre note que nous avons le premier montré qu'il y a une affection blennorrhagique des conduits prostatiques, et qu'avant nous aucun auteur n'a étudié ni décrit l'état de la prostate dans les maladies blennorrhagiques.

« Nous connaissons tout ce qui a été écrit sur les maladies de cet organe à fonctions si obscures, et nous voulons nous assurer la priorité, pour le cas où tel ou tel auteur arriverait par hasard à des résultats analogues, et profiterait de nos recherches sans citer notre nom. »

En lisant ce passage, ce sera un nouveau regret pour tous les anciens élèves de Küss, ancien professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, et mort député de l'Alsace à l'Assemblée de Bordeaux le jour de la cession de son pays à l'Allemagne, ce sera, dis-je, un regret pour eux de se rappeler que cet homme d'observation si exacte et si patiente n'ait pas écrit ces beaux cours de physiologie qui nous enthousiasmaient si souvent.

Ancien préparateur d'anatomie de la Faculté de Paris, puis professeur de clinique du service des vénériens à Strasbourg, ce fait d'une « affection blennorrhagique des conduits prostatiques » n'avait pu lui échapper : aussi, dans son cours de physiologie, nous disait-il, avec son style toujours imagé et saisissant, que lorsque cette affection avait été traquée sur tout le parcours de l'urèthre, elle se réfugiait dans cette retraite des conduits prostatiques, et que, pour l'anéantir, il fallait souvent porter le feu jusque dans sa dernière demeure, voulant parler de la cautérisation au moyen du porte-nitrate caché.

Il y a bien sept à huit ans que j'ai été frappé de cette figure ; je débutais dans mes études médicales, et cependant ce souvenir m'en est resté profondément gravé dans l'esprit.

Si M. le docteur Kraus (de Vienne) n'a pas trouvé la paternité de ses idées dans les actes officiels des auteurs qui ont écrit, il la trouvera dans le témoignage des élèves de notre regretté professeur Küss.

Si vous croyez devoir publier dans votre journal cette petite réclamation, je vous en laisse juge, et je vous prie de vouloir bien agréer l'expression de ma parfaite considération.

Dr Flamarion.

Nogent (Haute-Marne), le 9 mai 1872.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hospice de la Salpêtrière. — M. Luys commencera ses leçons sur les fonctions et les maladies du cerveau, dimanche, 19 mai, à 9 heures, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

M. Charcot commencera ses leçons sur les maladies du système nerveux, mardi 21 mai, à 9 heures, et les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure.

— A prendre de suite, par suite de décès, une bonne clientèle à Cheny (Yonne). Rapport : 9 à 10,000 francs. — S'adresser à M. Prevost, rue du Petit-Carreau, 10-12. Paris.

— On désire acheter une clientèle à Paris.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur C..., à Fontenay-le-Château. — Reçu votre envoi.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 57. — SAMEDI 18 MAI 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 18 MAI 1872. — N° 57.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
	Trois mois.	8 fr. 50 c.
	Six mois.	16 —
	Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Parallèle entre les méthodes opératoires sanglantes et les méthodes non sanglantes (écrasement linéaire et galvano-caustie). Péritonite mortelle à la suite d'un simple toucher vaginal. — Quelques observations de pleurésie traitées par la thoracentèse (M. Ch. Chaillou). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Parallèle entre les méthodes opératoires sanglantes et les méthodes non sanglantes (écrasement linéaire et galvano-caustie) (1).

Depuis l'époque où s'arrête le parallèle que nous avons emprunté à M. Broca, les procédés galvano-caustiques, avons-nous dit, ont eu de nombreuses applications. La plupart se trouvent exposées dans une thèse de M. A. O. Castiau sur la galvano-caustique thermique, soutenue en 1870. Voici les principales :

On s'est servi de la galvano-caustique ou galvano-caustie avec succès pour cautériser l'intérieur des trajets fistuleux; on l'a employée également contre les divisions du voile du palais, pour cautériser le sommet de l'angle de la division. On a cautérisé également les petites perforations palatines. Elle a donné aussi des succès dans les cas de rupture du périnée, de la cloison recto-vaginale.

M. Tavignot a employé la galvano-caustie pour les maladies oculaires. Il s'en est servi pour l'opération de la pupille artificielle, pour enlever des tumeurs des paupières, dans le strabisme musculaire; il a guéri l'ectropion en faisant, à travers un repli de la paupière, deux ou trois ponctions avec un fil de platine chauffé ensuite par la pile. M. Tavignot a encore appliqué la galvano-caustie pour le traitement de la tumeur lacrymale et à la cure des rétrécissements de l'urèthre.

Nous avons cité, en passant, l'application que M. Mandl a faite de l'anse galvano-caustique pour l'ablation d'un polype du larynx. On a enlevé de la même façon des portions de la muqueuse anale ou uréthrale faisant prolapsus, des bourrelets hémorrhoïdaires, des tumeurs érectiles; on a fait par le même procédé la castration, l'amputation du pénis et celle de la langue. M. A. Amussat a fait, à l'aide du même moyen, l'opération de la taille sus-pubienne. Parmi les nombreuses opérations de ce chirurgien par cette méthode, nous citerons surtout celles qu'il a pratiquées sur le col de l'utérus.

Depuis 1852, M. le docteur Amussat avait eu d'assez fréquentes occasions d'employer la galvano-caustie dans le traitement des engorgements avec ulcération du col de l'utérus. Il s'était proposé d'utiliser également ce mode de cautérisation dans le traitement du cancer; mais diverses circonstances, soit le développement considérable de la maladie chez les femmes qui lui avaient été adressées, soit l'impossibilité de déterminer exactement les limites du mal, l'avaient obligé d'ajourner son projet. Ce n'est que dans ces dernières années qu'il a eu l'occasion d'en faire l'application. Dans une brochure publiée l'année dernière (1), M. Amussat a exposé les résultats de cinq opérations de ce genre, qu'il a pratiquées de 1867 à 1870. Chez l'une de ces cinq malades, atteinte d'une tumeur cancéreuse implantée sur la lèvre postérieure du col de l'utérus et épuisée par de fréquentes hémorrhagies, l'opération a amené le seul résultat qu'on pût espérer de l'intervention chirurgicale : la cessation des hémorrhagies qui menaçaient incessamment son existence, une cicatrisation régulière de la plaie et une prolongation d'existence jusqu'à nouvelle récidive sur un autre point. Chez une autre malade, atteinte de végétations fongueuses de l'utérus, l'amputation du col au moyen de la galvano-caustie n'a fait qu'enrayer momentanément les progrès du mal, qui a fini par reprendre le dessus en envahissant successivement la cavité utérine. Des trois autres, deux ont été débarrassées de leur tumeur cancéreuse, sans qu'il y eût aucune apparence de récidive plus de deux ans après l'opération chez les deux premières, et environ dix mois après chez la troisième, la dernière opérée. Chez toutes sans exception, on a obtenu la cicatrisation de la plaie résultant de l'opération.

Enfin une lettre, adressée à l'Académie de médecine, dans sa séance du 30 avril dernier, par M. le docteur Jaubert, nous a appris que M. Amussat avait pratiqué, il y a deux ans, une opération de trachéotomie, à l'aide de la galvano-caustie, chez un enfant de 13 ans, pour un corps étranger (un caillou) dans la trachée.

Tel est, sauf quelques omissions, le bilan de la méthode galvano-caustique. Nous avons déjà dit quels étaient, pour la plupart de ces cas, les avantages qu'on en espérait et ceux que l'on en a obtenus, comparativement aux opérations sanglantes; avantages qui se résument sous ces trois chefs principaux : douleur moindre, absence d'hémorrhagie, chance plus grande de préservation des accidents consécutifs. Quelques-uns de ces

(1) Voir la Revue de samedi, 27 avril.

(1) *Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique.* Paris, 1871.

avantages lui sont communs, avons-nous dit, avec la méthode d'écrasement linéaire. L'écraseur et l'anse galvanique peuvent, en effet, s'appliquer à peu près dans les mêmes cas. L'anse a toutefois cet avantage sur la chaîne de l'écraseur, de pouvoir être plus facilement conduite dans des profondeurs ou autour d'organes où celle-ci ne pourrait être que difficilement portée, dans le larynx et dans le pharynx, par exemple. L'anse a surtout, sur la chaîne de l'écraseur, l'avantage important, dans d'assez nombreuses circonstances, d'agir plus rapidement; c'est le cas, notamment, pour la trachéotomie.

Nous ne reviendrons pas sur le reproche qui a été fait, à juste raison, à la galvano-caustie d'exiger un appareil coûteux, gênant, d'un transport et souvent d'un maniement difficiles. On a vu déjà qu'une grande partie de ces inconvénients avaient disparu, grâce à des perfectionnements récemment introduits dans ces appareils.

Il avait été fait également à cette méthode deux autres objections qui pouvaient paraître plus sérieuses. On a signalé deux sortes d'accidents possibles, ou même réalisés dans les premiers essais : la fusion du fil et l'hémorrhagie que l'on avait précisément pour but d'éviter. La fusion du fil est arrivée, en effet, mais lorsqu'on a élevé la température au rouge blanc. Or non-seulement il n'est pas nécessaire, pour le plus grand nombre des opérations en question, d'élever à ce point la température, mais c'est au contraire une des conditions essentielles d'une bonne application de la méthode, de ne chauffer le couteau ou l'anse galvanique qu'au rouge sombre. Des expériences déjà multipliées ont appris, en effet, qu'avec le couteau galvanique chauffé à blanc les vaisseaux restent béants, et que le sang en sort à plein canal. A la température rouge, au contraire, les plaies ne saignent pas; les artères et les veines sont fermées, oblitérées par une sorte d'invagination récurrente. C'était d'ailleurs le précepte qu'avait déjà formulé Middeldorpff dès le principe de la pratique galvano-caustique.

Cependant M. Sédillot a cru, depuis, pouvoir enfreindre ce précepte, mais sous une condition qui assure les mêmes bénéfices : sous la condition d'opérer avec une grande lenteur. « Je suis parvenu, dit-il, à diviser les plus grosses tumeurs sans perdre de sang. Il suffit, pour obtenir ce résultat, de faire agir les instruments, chauffés au rouge blanc, avec une extrême lenteur. » Il a enlevé ainsi des tumeurs dermoïdes de la vulve d'une grande épaisseur et d'énormes végétations très-vasculaires, sans perdre une goutte de sang. Il a pratiqué avec le même succès une amputation de la verge. Vu le danger possible de la fusion, surtout lorsqu'on se sert du fil ou de l'anse coupante, il nous paraît beaucoup plus sage de s'en tenir au premier précepte.

En résumé, de toutes ces applications nouvelles de galvano-caustie, il résulte évidemment que, sans espérer, et sans qu'il y ait lieu même de le désirer, que cette méthode se substitue jamais pour la généralité des opérations aux procédés sanglants, il est certain qu'elle se partagera, à l'avenir, avec la méthode de l'écrasement linéaire dont elle balance les avantages, un grand nombre des cas dans lesquels il importe par-dessus tout de se mettre à l'abri des pertes de sang.

Péritonite mortelle à la suite d'un simple toucher vaginal.

Nos lecteurs n'ont pas oublié les cas intéressants, terribles, de polypes fibreux ulcérés de l'utérus, chez lesquels une seule exploration a été fatale aux malades, et dont M. le professeur Verneuil a entretenu récemment la Société de chirurgie.

M. le docteur Gillette nous communique, à cette occasion, un fait que les observations de M. Verneuil lui ont remis en mémoire, et qui peut jusqu'à un certain point en être rapproché. Dans ce fait que M. Gillette a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de la Clinique, lorsqu'il y était interne (en 1862), il s'agissait d'une femme entrée à l'hôpital pour un léger abaissement de l'utérus, et chez laquelle un simple toucher vaginal fut la cause d'une péritonite suraiguë, qui amena la mort en quarante-huit heures.

Voici la relation de ce malheureux exemple, retracée en partie de mémoire et en partie à l'aide de quelques notes recueillies sur place, que notre confrère M. Gillette a bien voulu nous remettre et dont il nous garantit en tous points l'exactitude.

— Une femme d'une quarantaine d'années, ayant eu un enfant dix ans auparavant, demanda à entrer pour quelque temps à l'hôpital, au mois de janvier 1862, ne se plaignant que d'un malaise général et d'un peu de pesanteur périnéale, résultant d'un léger abaissement de la matrice. Encore réglée, cette femme avait, depuis un an environ, surtout à l'époque de la menstruation, des hémorrhagies assez abondantes. On la laissa reposer quelques jours, puis on pratiqua le toucher vaginal, qui fit constater, en effet, un abaissement peu prononcé de l'utérus, et ne détermina pas de vives douleurs : la malade ne fut pas examinée au spéculum.

Le lendemain, cette femme fut prise d'une péritonite suraiguë, avec son cortége de symptômes habituels, aussi complet que possible. Elle mourut quarante-huit heures après le début de ces accidents.

Voici ce que nous révéla l'autopsie :

Outre les lésions de péritonite généralisée, nous trouvons une couche pseudo-membraneuse épaisse sur les annexes de l'utérus, du côté gauche. La trompe gauche et son pavillon sont manifestement congestionnés, et leur rougeur persiste même après le lavage. Dans le voisinage de l'ovaire gauche, qui, comparé à l'autre, est plus tuméfié et plus rouge, entre cet organe et la trompe, nous rencontrons une petite cavité remplie de pus et de fausses membranes; tout à côté, existe un petit abcès sous-péritonéal, concret, de la grosseur d'un grain de blé. Ces lésions ovariques et péri-ovariques semblent être évidemment le point de départ de la péritonite. La muqueuse utérine est le siége d'un ramollissement fongueux.

N'avons-nous pas tout lieu de supposer ici, comme M. le professeur Nélaton en avait émis l'idée dans une de ses cliniques, avant la mort de la malade qui fait le sujet de cette observation, que nous avons eu affaire à une de ces *affections latentes* des annexes de l'utérus (trompe, ovaire, tissu péri-ovarique, etc.) qui, ayant leur origine, leur point de départ dans l'état pathologique de la matrice (fongosités, inflammation chronique, corps ou polypes fibreux, etc.), paraissent revêtir d'abord un caractère insidieux, forcent les malades à venir consulter pour des douleurs vagues, mais persistantes, du côté des fosses iliaques, et sont suivies très-rapidement des résultats les plus funestes, après quelque manœuvre opératoire bien simple, le toucher par exemple, au grand désappointement du chirurgien qui a été consulté ?

Dans ce cas, un état congestif plus considérable est occasionné par cette exploration, si légère qu'elle soit, et le processus inflammatoire, se propageant par la muqueuse à travers la trompe,

vient réveiller le travail latent qui existait déjà du côté des annexes, et développe en quelques heures une péritonite mortelle.

Récamier fit, en ville, deux autopsies de femmes, chez lesquelles il avait pratiqué le curage, et, dans les deux cas, il trouva l'ovaire réduit à une coque d'où le pus, qui y était contenu, s'était échappé par suite d'une perforation spontanée, et avait contaminé le péritoine. Dans ces deux faits, il n'est pas admissible que ce soit dans l'espace de vingt-quatre ou quarante-huit heures qu'il y ait eu une destruction complète du parenchyme ovarien ; il existait bien évidemment là un travail intérieur latent, de date plus ou moins ancienne, qui, à la suite d'une manœuvre quelconque, a pris des proportions considérables et a occasionné la péritonite.

Ces exemples fâcheux nous prouvent que le chirurgien, comme règle de conduite, ne doit entreprendre une opération d'aucun genre sur la matrice d'une malade qui présente, depuis peu de temps, une recrudescence de ces douleurs iliaques, car c'est là un signe présomptif d'une affection latente occupant les annexes de l'organe de la gestation ; ils nous montrent, enfin, qu'il faut être assez circonspect dans l'examen des utérus douloureux, et que l'abaissement forcé de cet organe par des érignes ou autres instruments, à l'effet de procéder à un examen plus approfondi ou de faciliter l'exploration et, par suite, le diagnostic des tumeurs pelviennes, peut ne pas être toujours aussi inoffensif que plusieurs chirurgiens modernes semblent l'affirmer.

— Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous souscrivons de tous points aux sages réflexions et aux prudents conseils que ce fait a inspirés à notre confrère.

Dr B...

QUELQUES OBSERVATIONS DE PLEURÉSIE

TRAITÉES PAR LA THORACENTÈSE (1)

Par le docteur Ch. Chaillou, de Tourny (Eure), ancien interne des hôpitaux de Paris.

1° Pleurésies séreuses.

Obs. III. — *Pleurésie aiguë à droite, épanchement rapidement abondant. — Dyspnée vive. — Thoracentèse. — Guérison.*

Marie D..., 16 ans, à Tilly. C'est une jeune fille présentant toutes les apparences d'une bonne constitution. Elle n'a jamais eu aucune maladie.

21 décembre 1868. Elle a été prise, l'avant-veille, de frisson avec grand malaise. Douleur vive au côté droit, fièvre, pouls fréquent, peau chaude, respiration gênée par la douleur. Toux amenant quelques filets de sang. Pas de signes stéthoscopiques caractéristiques. Boisson pectorale, potion stibiée à dix centigrammes, vésicatoire. Toux sèche les jours suivants. — Le 23 décembre, souffle bronchique léger à la partie inférieure du poumon droit. Égophonie, absence de vibrations. La malade est plus calme. Tisane nitrée. — Le 25 décembre, je constate qu'en 48 heures l'épanchement a pris des proportions considérables. La respiration est très-fréquente (34 R.). Je préviens la mère que je serai peut-être forcé de donner issue au liquide accumulé dans la poitrine. Le lendemain, 25 décembre, la respiration est encore plus difficile qu'hier. Thoracentèse, ponction dans le 6e espace intercostal avec le trocart n° 2, armé de baudruche. Il s'écoule un litre et demi de sérosité transparente; le soulagement est immédiat; le murmure vésiculaire reparaît. Trois jours plus tard, je constate quelques traces de liquide, tout à fait à la base de la poitrine; il augmente un peu les jours suivants, sans être assez abondant pour gêner la respiration, encore moins me donner l'idée d'une nouvelle ponction. Un traitement médical composé de badigeonnages à la teinture d'iode, de diurétiques et de deux purgatifs un peu énergiques, suffisent à assurer la guérison.

Obs. IV. — *Affection du cœur : rétrécissement mitral avec insuffisance. — Épanchement pleurétique à gauche. — Thoracentèse. — Accidents cérébraux plus tard. — Mort.*

L... (Guillaume), âgé de 68 ans, à Pressagny, est un vieillard décrépit que j'ai vu une première fois le 8 décembre 1869. Il est atteint d'une pleurodynie, qu'une ventouse scarifiée et un vésicatoire volant font disparaître. J'ai reconnu en même temps chez lui une affection cardiaque : impulsion assez forte, augmentation de volume, souffle rude au premier temps, avec maximum à la pointe; pouls petit, avec des irrégularités, sans dureté. Hypertrophie du cœur déterminée par un rétrécissement, avec insuffisance de l'orifice mitral.

Il me rappelle le 5 juin 1870. Il se plaint encore d'une douleur de côté. Il est oppressé, mais l'asystolie n'en est pas encore la cause. Il a de la fièvre, une toux sèche. L'auscultation et la percussion indiquent facilement un épanchement du côté gauche, qui a déjà repoussé le cœur vers le bord droit du sternum. Suivant le conseil de Blachez, je fais la thoracentèse avec le trocart explorateur de ma trousse. Je remplace la baudruche, qui me manque par un manchon souple de taffetas agglutinatif. Le liquide s'écoule en jet filiforme à tous les mouvements d'expiration. Quelques accès de toux à la fin. Le seul reproche que je puisse faire à ce procédé, c'est la longueur du temps employé pour l'évacuation, ce qui fatigue le malade et le médecin. Je retire un litre et demi de sérosité, mais il a fallu une heure et quart environ pour le laisser couler. Le malade est moins oppressé ensuite. Je constate l'existence du souffle rude que j'ai trouvé il y a six mois. Je préviens la famille, d'abord, que l'épanchement peut se reproduire, et que la maladie du cœur viendra, au bout d'un temps que je ne puis fixer, amener la mort. Vésicatoire volant pour enlever la douleur. Digitale.

Quelques jours après le 9 juin, je revois le malade. Il est dans une situation satisfaisante ; le liquide ne s'est pas reproduit. Un mois et demi après, le 13 août 1870, le malade meurt avec des accidents paralytiques, probablement dus à une embolie cérébrale. L'autopsie n'a pas été faite.

Obs. V. — *Pleuro-pneumonie à gauche. — Thoracentèse, soulagement. — Mort.*

C..., charretier, 30 ans, à Ecos. C'est un homme vigoureux, qui n'a jamais été malade. Du 15 au 22 août 1870, il a passé les jours et les nuits à donner des soins à son père, vieillard atteint de pneumonie adynamique à laquelle ce dernier a succombé.

Le 26 août 1870, il me rappelle pour lui-même. Il est courbaturé; céphalalgie, frissons, fièvre assez vive, inappétence, langue épaisse et blanche; rien à l'auscultation. Sulfate de soude et tartre stibié. Les jours suivants, il est pris d'un point de côté à gauche; diminution de la sonorité; absence de vibrations; égophonie. L'épanchement augmente rapidement. Expectoration de crachats, rares d'abord, très-abondants ensuite. Le 2 septembre, le malade est tellement oppressé, que je cherche à évacuer le liquide. Je ponctionne, au lieu d'élection, avec le trocart explorateur enveloppé de baudruche (c'est le seul trocart que j'aie sur moi). Quelques cuillerées à café de sérum s'écoulent. Je ponctionne à quelques centimètres en arrière; même résultat. Des fausses membranes obstruent sans doute l'extrémité de la canule.

Le lendemain, je recommence la ponction avec *l'aiguille n° 2 et l'aspirateur de Dieulafoy*. Elle donne issue à un litre et quart de sérosité qui renferme une grande quantité de fibrine. Le malade est très-soulagé, mais la respiration n'est pas complétement libre. A l'auscultation, l'égophonie a disparu; le souffle bronchique sonore,

(1) Suite. — Voir le numéro du 16 mai 1872.

les vibrations thoraciques augmentées montrent que l'on n'est plus en présence du tissu hépatisé. Je fais promener sur la poitrine de nouveaux vésicatoires, des badigeonnages à la teinture d'iode. Potions avec kermès. (Je trouve le malade trop fatigué pour lui donner une potion stibiée.)

L'épanchement ne reparaît pas sensiblement, mais la résolution de la pneumonie ne se fait pas, et le malade meurt avec des signes d'asphyxie dans la soirée du 8 septembre. L'autopsie n'a pas été faite.

Obs. VI. — *Pleurésie à droite chez un jeune enfant. — Deux ponctions exploratrices. — Sans résultat. — Guérison.*

A..., 2 ans 1/2, à Richeville. Le 4 décembre 1870, je vois cet enfant. Le droit est développé, volumineux, complétement mat à la percussion; souffle voilé, éloigné; égophonie dans la partie supérieure (égophonie lorsque l'enfant crie, je n'ai pas besoin de le dire). L'enfant est très-oppressé. Je crains qu'il ne succombe. Je ne sais pas, d'autre part, si je pourrai le surveiller convenablement, car des détachements ennemis sillonnent à chaque instant ces parages et peuvent défendre l'accès de la route de Paris à Rouen. Je fais avec le trocart explorateur, muni d'un appendice de baudruche, deux ponctions qui amènent chacune quelques gouttes de sérum; puis l'écoulement s'arrête. Aucune amélioration, aucune aggravation; résultat complétement nul. L'aspiration, dans ce cas, eût été d'un grand secours. Je prescrivis alors des applications de vésicatoires, des badigeonnages à la teinture d'iode, quelques diurétiques. L'enfant guérit lentement.

(Sera continué.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Les *Archives générales de médecine et de chirurgie*; — Le *Marseille médical*; — Le *Journal d'ophthalmologie*.

M. Perrin présente, au nom de M. Poncet, deux brochures intitulées : *Siége de Strasbourg*; *Des amputations sous-périostées.*

RAPPORT

Quelques considérations sur l'opération de la cataracte. — M. Panas lit un rapport sur un travail de M. le docteur José Laurenço (de Bahia).

Dans le travail qui vous a été communiqué par M. Laurenço de Magalhaës, l'auteur se montre partisan de l'éclectisme en matière d'opération de la cataracte, en même temps qu'il cherche à réhabiliter l'ancienne opération à lambeau. Passant en revue les divers procédés de kératotomie linéaire ou à lambeau combinés à l'iridectomie, M. Laurenço condamne l'excision de l'iris comme exposant, dit-il, à des inflammations consécutives, par suite d'une trop grande quantité de lumière qu'elle laisse tomber sur la rétine; et à l'appui de son dire, il cite une observation tirée de sa pratique. Là, réside suivant l'auteur, la grande objection adressée à l'opération de Graefe; car, pour ce qui est des difficultés de l'exécution de celle-ci, il dit ne les avoir pas rencontrées. Lorsque les yeux sont petits et enfoncés dans l'orbite, notre confrère est pour la kératotomie externe, d'après le procédé de M. Galezowski, ce qui nous paraît sujet à discussion. Tels sont les points principaux que l'auteur touche dans son travail. Voici quelles sont maintenant les impressions que la lecture de celui-ci a laissé dans l'esprit de votre rapporteur.

Sans doute la kératotomie classique est une bonne opération, témoins les succès nombreux qu'elle a fournis depuis Daviel jusqu'à nos jours; seulement il s'agit de savoir si les procédés linéaires avec ou sans iridectomie ne constituent pas, quant au nombre des guérisons obtenues, une méthode opératoire plus parfaite, et c'est ce que notre confrère n'a pas cherché à établir ou à combattre par des faits.

M. Laurenço pense que l'iridectomie expose l'œil à une trop vive lumière, d'où il résulterait une phlegmasie profonde destructive pour cet organe; mais comme il ne s'appuie que sur un seul fait qui, lui-même, est en contradiction avec les résultats favorables fournis par l'iridectomie appliquée au traitement du glaucome et des taies de la cornée, il est nécessaire d'attendre une démonstration plus complète. L'auteur nous paraît être, du reste, en contradiction avec lui-même lorsqu'il donne, dans certains cas, la préférence au procédé de M. Galezowski, qui, au point de vue des imperfections optiques, ne laisse rien à envier à aucun autre des procédés opératoires connus jusqu'à ce jour.

M. Laurenço ne trouve pas le procédé de Graefe d'une exécution difficile, ce qui prouve hautement en faveur de son habileté opératoire. Mais il n'en est pas moins vrai que des accidents, tels que le prolapsus de l'humeur vitrée, et l'épanchement d'une quantité notable de sang dans l'œil, se montrent encore assez souvent, pour qu'en Allemagne et ailleurs on cherche à éviter ces imperfections.

Pour notre compte, tout en étant partisan du procédé de Graefe, nous croyons qu'il est permis de chercher à faire mieux. C'est ainsi qu'à l'hôpital de Moorfields, on fait l'incision toute entière dans la cornée, ainsi que nous avons pu le constater par nous-mêmes; que notre collègue M. Perrin, dans une de ses dernières présentations, nous disait avoir suivi chez son opéré un procédé de Graefe, légèrement modifié; que M. Liebreich s'écarte actuellement, et de beaucoup, des règles posées par son maître, au point de faire une kératotomie très-distante de la périphérie et sans iridectomie. Nous-mêmes, enfin, nous nous sommes livrés à des tentatives qui, nous l'espérons, ne seront pas dénuées d'intérêt pratique pour l'opération de la cataracte.

M. Laurenço ne se montre pas partisan de l'opération de M. Liebreich, qu'il a vu pratiquer à Londres par l'inventeur.

M. Laurenço nous apprend en outre, qu'en Angleterre, la division de la capsule est souvent pratiquée d'une façon insuffisante, mais c'est là une question qui ne touche pas directement au procédé suivi dans l'exécution de la kératotomie, et qui dépend bien plus de la manière dont on s'y prend pour ouvrir la capsule.

En résumé, M. Laurenço touche, dans son travail, aux questions les plus importantes concernant l'opération de la cataracte par les nouveaux procédés. Nous devons lui en savoir grand gré. Seulement, n'ayant pas des éléments suffisants à sa disposition, il est tout naturel qu'il ne soit parvenu à résoudre que de très-loin le problème qu'il s'était posé. Nous ne doutons pas toutefois que ce qu'il n'a pu faire maintenant, il saura le réaliser plus tard, et ses autres titres, que nous vous demanderons la permission de rappeler ici, en sont les meilleurs garants.

M. le docteur Laurenço a publié, en effet, ce qui suit :

Thèse inaugurale sur la syphilisation; — Études bibliographiques sur les altérations du nerf optique; — Description d'un nouveau procédé de symblépharon; — Intoxication atropique par les collyres; — De la diplopie monoculaire; — Deux travaux sur le kératoconus; — Traitement de la blépharite par l'épilation des cils, etc.

Votre commission a l'honneur de vous proposer, en conséquence :

1° De déposer favorablement le travail de M. Laurenço dans les archives de la Société;

2° De prendre en considération sa demande de candidature comme membre correspondant étranger.

LECTURE

Note sur le traitement des hydropisies locales par les injections alcooliques. — M. Monod lit un travail sur ce sujet. (Sera publié.)

COMMUNICATION

Lympho-sarcomes. — M. TRÉLAT. Je viens appeler l'attention de la Société sur un fait de généralisation de tumeur ganglionnaire qui n'est point l'adénie décrite par Trousseau. On a reconnu que ces lésions existaient avec ou sans leucocythémie. On s'est demandé ensuite s'il y avait derrière cette multiplication de ganglions malades un cancer primitif des ganglions, puis on a cherché si le mal était une hypertrophie, une hyperplasie ou un sarcome. Aujourd'hui, les exemples du même genre que l'observation que je vais vous soumettre sont déjà en nombre, témoin une récente observation de M. Lannelongue, publiée par M. Castiaux, et les faits antérieurs signalés par Virchow, dans son *Traité des tumeurs*. L'on voit d'abord apparaître une tumeur en un siége variable, principalement au cou, chez un individu robuste. On croit avoir affaire à une tumeur ganglionnaire simple, et on est exposé, en enlevant cette tumeur, à faire une opération inutile et même dangereuse, car le corps est souvent garni de tumeurs semblables, et qui sont tout à fait analogues au sarcome.

Toutes les tumeurs ganglionnaires ne sont pas de cette nature. Il y a des adénoses locales, si l'on peut ainsi dire, et qui existent chez les scrofuleux, et il en est de même des adénites des tuberculeux.

De l'observation que je vous présente, je tire à l'avance cette conclusion, qu'il importe de résoudre cette question : Doit-on, comme Trousseau, considérer les engorgements ganglionnaires multiples qui ne sont ni de la scrofule ni de la tuberculose, et les appeler l'adénie, ou bien les envisager comme une généralisation d'une tumeur sarcomateuse capable de s'étendre dans tous les points du système lymphatique? Pour moi, je considère que c'est là une grosse question à mettre à l'étude. En fait de tumeurs de ce genre nous sommes exposés à des opérations inutiles. Je dis inutiles parce que ces sortes de tumeurs se généralisent d'une façon latente. Il y avait, en effet, chez mon malade, bien que rien ne l'annonçât, des lymphadénomes dans la rate et le mésentère. Le mal se serait généralisé d'ailleurs très-probablement si mon malade n'avait point succombé pendant l'opération et par suite du chloroforme, ainsi que cela a semblé admis ici lorsque j'ai parlé antérieurement de ce malade.

OBSERVATION. — P... (Louis), 37 ans, ajusteur, entre le 21 septembre 1871 salle Saint-Gabriel, n° 39, service de M. Trélat.

Cet homme est grand, vigoureux; il a toujours eu une excellente santé.

Il y a deux ans, il s'aperçut de la présence de deux petites tumeurs, de la grosseur d'une petite noisette chacune, à l'angle droit de la mâchoire inférieure. Quoiqu'il ne ressentit aucune souffrance, il consulta néanmoins plusieurs médecins, qui lui prescrivirent des pommades et des tisanes. Le développement de ces tumeurs fut presque nul jusqu'au 1er janvier 1871. A partir de cette époque, elles prirent un accroissement considérable, tout en restant aussi indolentes que par le passé. Outre qu'elles augmentaient en volume, elles s'accroissaient en nombre, si bien qu'elles occupèrent bientôt toute la partie latérale droite du cou; la déglutition fut entravée, mais la respiration s'effectua comme par devant.

Ce malade, que nous avons interrogé à plusieurs reprises sur le début et la marche de sa tumeur, nous a toujours affirmé qu'il ignorait absolument la cause de son affection organique, et qu'il ne pouvait se rendre compte de son développement rapide à partir du 1er janvier dernier. A cette époque et pendant l'armistice qui eut lieu au mois de février suivant, il résidait à Rouen, où il faisait des éperons pour la cavalerie française. Il n'avait donc éprouvé ni privations, ni souffrances particulières, et n'avait eu aucune maladie récente ni aiguë ni chronique. Il n'avait aucune trace de scrofule présente ou passée et aucune marque de syphilis.

Voyant qu'il n'obtenait aucune amélioration au moyen des pommades qu'on lui avait conseillées, il s'adressa, dans le courant du mois de mars, à un médecin prussien qui l'engagea à se faire opérer. Effrayé, il se rendit à Paris au mois de juillet, et il alla à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Le chirurgien qu'il vit insista pour qu'il se soumît à une opération. Il s'y refusa; mais, quelque temps après, s'apercevant de la présence d'une petite tumeur à la partie antéro-supérieure de la cuisse droite, juste en avant du droit antérieur, il se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié.

Quelques jours après son admission dans le service, M. Trélat enleva la petite tumeur de la cuisse droite pour connaître histologiquement sa texture, car le malade ne s'en plaignait nullement. Au bout d'une semaine, la cicatrisation était effectuée.

Cette petite tumeur, grosse comme une demi-noisette, arrondie, régulière, un peu ferme, absolument sous-cutanée, recouverte par une peau normale, ressemblait à une tanne ou à un petit lipome. Elle attira notre attention en raison de son apparition récente, et son examen contribua singulièrement à établir le pronostic général.

C'est à ce moment que remonte le premier examen du sang du malade. Il fut de nouveau étudié plus tard, lors de l'ablation de la tumeur cervicale. Il ressort de ces deux examens qu'il n'y avait chez notre malade aucune trace de leucocythémie.

Elle occupe la partie supérieure droite de la région du cou, sans empiéter sur la face; elle remonte jusque vers la parotide et semble se prolonger au-dessous de la mâchoire inférieure. Néanmoins, le toucher par la bouche ne permet pas de constater de saillie sur les parois de cette cavité.

J'ajouterai que la tumeur ne s'avance pas tout à fait jusqu'à la ligne médiane du cou. En bas, elle ne dépasse pas le milieu du muscle sterno-cleido-mastoïdien. En un mot, elle semble complétement limitée aux ganglions lymphatiques sous-maxillaires. Cette tumeur est globuleuse; elle présente à sa surface plusieurs bosselures, elle n'est pas très-mobile et ne dépasse pas en profondeur le plan superficiel des muscles du cou. Sa grosseur peut être comparée à celle d'une tête de fœtus à terme; sa coloration rouge doit être attribuée à la présence des cataplasmes qu'on place matin et soir, des pommades qu'on y a appliquées et des examens répétés auxquels le malade a été soumis. Sa consistance est inégale; en certains points, elle est manifestement fluctuante; une ponction exploratrice faite sur l'un de ces points donne issue à du sang noir collecté au sommet de la tumeur (4 octobre). Partout ailleurs, elle est dure. La pression, les mouvements imprimés en sens divers ne déterminent pas la moindre souffrance. Les douleurs spontanées sont nulles; le malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans la mastication et la déglutition. On est obligé de le nourrir avec de la bouillie et du vin; aussi n'est-il pas étonnant qu'il ait maigri depuis quelque temps. Néanmoins, l'état général est excellent; le malade se lève, se promène dans la cour; il a pu être conduit rue Saint-Martin, à la photographie des hôpitaux, la veille de son opération. L'examen des organes respiratoires et abdominaux n'offre rien de spécial.

Prenant en considération la vigoureuse constitution du malade, l'absence de toute diathèse, l'âge relativement avancé au moment de l'apparition de la tumeur, le développement rapide de celle-ci, son indolence absolue, son inertie comme phlegmasies consécutives ou intercurrentes, la composition normale du sang, M. Trélat diagnostiqua une hyperplasie ganglionnaire étrangère à la scrofule et procédant avec une rapidité d'invasion qui, dans une certaine mesure, la rapprochait des tumeurs malignes.

Les divers examens histologiques et la nécropsie établirent que si cette manière de voir n'était pas toute la vérité, elle s'en rapprochait beaucoup; de très-près sous le rapport du diagnostic, insuffisamment au point de vue du pronostic.

Si ce dernier avait été connu exactement, le chirurgien se serait sans doute abstenu d'opérer; mais, vu le diagnostic porté en présence du progrès de la tumeur, de la gêne fonctionnelle qu'elle causait et de la volonté du malade, il se décida à en pratiquer l'ablation.

Opération. 5 octobre. — Le malade a été anesthésié par le chloroforme. Une fois la résolution obtenue, le chirurgien fit une incision qui, naissant à quelques centimètres de la symphise du men-

ton, gagne le bord postérieur du muscle sterno-cleido-mastoïdien. La peau ayant été divisée avec soin dans toute la région occupée par la tumeur, le chirurgien procède à la dissection des ganglions sarcomateux; il détruit avec ses doigts les adhérences solides qui existent avec l'angle de la mâchoire inférieure, arrache les prolongements qui gagnent la base du crâne et la région parotidienne; enfin, il sépare la tumeur des muscles sterno-mastoïdiens et hyoïdiens. Cette ablation s'est effectuée sans trop de difficulté; peu de sang a coulé; quelques ligatures ont été jetées sur les petits vaisseaux ouverts. La plaie qui a été pratiquée est énorme; au fond, on aperçoit nettement les battements de la carotide, qui soulève la jugulaire interne; en haut, on voit l'angle de la mâchoire inférieure dénudé dans une certaine étendue; en dehors, le sterno-mastoïdien qui est entièrement ménagé; en dedans, le plan des muscles hyoïdiens intacts.

Examen de la pièce. — A la coupe, elle présente les colorations les plus diverses; la plus grande partie est d'un blanc bleuâtre. Dans certains endroits, elle est jaunâtre; ailleurs, elle est d'un noir foncé. Semi-dure dans la majeure partie de sa masse, elle présente en un point, celui qui correspond à la ponction exploratrice, un magma sanguin qui disparaît sous le doigt, et qui se laisse entraîner par un filet d'eau.

En somme, cette tumeur semble manifestement constituée par l'agglomération d'une multitude de ganglions lymphatiques altérés.

On panse ensuite la plaie avec la liqueur de Pagliari, et le malade est porté dans son lit.

6 octobre. — Pas de fièvre, point d'hémorrhagie.

17 octobre. — La plaie se cicatrise très-rapidement; l'état général est bon.

19 octobre. — Apparition au fond de la solution de continuité d'une couche blanc-grisâtre, qu'on cautérise avec une solution de perchlorure de fer.

20 octobre. — On aperçoit au voisinage de la plaie, sur le sterno-mastoïdien, une petite tumeur ganglionnaire très-mobile, ayant la grosseur d'une noisette, et complétement indolente.

30 octobre. — Elle augmente de volume très-rapidement. La vaste plaie de l'opération faite le 5 octobre est entièrement cicatrisée.

15 novembre. — Cette tumeur est grosse comme un marron d'Inde; M. Trélat se promet de l'enlever le lendemain matin.

16 novembre. — L'opération fut exécutée à onze heures et demie du matin, après avoir préalablement endormi le malade par le chloroforme.

M. Trélat communiqua, dans la séance du 21 février dernier, les détails de cette opération et du terrible accident qui emporta le malade au commencement de son exécution. Il n'y a pas lieu de revenir sur ces faits.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

27. Massul. Recherches sur les propriétés physiologiques de quelques composés de cyanogène.

28. Loustau. Voies urinaires. Étude sur la divulsion des rétrécissements du canal de l'urèthre (procédés de MM. Holt et Voillemier).

29. Sauveroche. Considérations sur un cas de fracture comminutive de l'humérus par arme à feu, suivie de conservation du membre.

30. De Ferré. Des luxations métatarso-phalangiennes du gros orteil avec déchirure des téguments.

31. Moine. Quelques recherches sur les modifications de forme et de dimension du thorax dans la pleurésie aiguë.

32. Laguérie. De la pneumatose et de la ponction intestinale.

33. Willigens. Quelques considérations sur l'œdème.

34. Febvre. Observation de scotôme central sans lésion appréciable à l'ophthalmoscope.

35. Barry. De l'emploi de l'ophthalmoscope en chirurgie et en médecine.

36. Mussat. De la trachéotomie préventive dans les fractures du larynx.

37. Roch. Quelques observations d'hydropisie des gaînes tendineuses dans la syphilis secondaire.

38. Lausiès. De la phthisie dans l'armée.

39. Charreyre. Des froidures.

40. Compérat. Des hallucinations de la vue et de l'ouïe considérées comme éléments de diagnostic dans les délires toxiques et de persécutions.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 14 mai 1872, M. le docteur Remy, médecin en chef de l'ambulance de Saint-Avold, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— *L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques* a tenu sa première séance le 12 de ce mois au Cercle des sociétés savantes, sous la présidence de M. le docteur Barth.

Le tiers environ des membres adhérents résidant à Paris avaient répondu à l'appel du comité d'organisation.

Après une très-chaleureuse allocution de M. le docteur Barth, l'assemblée a procédé à la discussion et à l'adoption des statuts et du règlement proposés par les soins d'une commission spéciale.

Quelques-uns des articles des statuts ont donné lieu à des discussions intéressantes auxquelles ont pris part MM. Chaperon, Testelin, Ern. Bertrand, Bergeron, Richelot, Th. Roussel, Roubaud, marquis de Béthisy, Fauvel, Colmet Daage, Alf. Maury, Motel, Désavenières et Lunier.

L'assemblée a procédé ensuite à la nomination des membres du bureau et du conseil d'administration. Tous les membres présentés par le comité d'organisation ont été élus, la plupart à l'unanimité. En voici la liste :

Président : M. Hippolyte Passy, de l'Institut.

Vice-présidents : MM. Barth, président de l'Académie de médecine; — Dumas, de l'Institut; — Laboulaye, de l'Institut, député; — Renouard, de l'Institut, procureur général à la Cour de cassation.

Secrétaire-général : M. L. Lunier, inspecteur général du service des aliénés.

Secrétaires généraux-adjoints : MM. Bertrand (Edmond), juge-suppléant; — Ach. Foville, médecin-adjoint de la Maison de Charenton.

Secrétaires des séances : MM. Magnan, médecin à l'Asile Sainte-Anne; — docteur Decaisne, publiciste.

Bibliothécaire-archiviste : M. A. Motet, médecin aliéniste.

Trésorier : Gustave Maugin, avoué de 1re instance.

Lorsque M. Barth eut proclamé le résultat du scrutin, M. Hippolyte Passy prit place au bureau comme président.

Après avoir tracé à grands traits le programme des travaux de la Société avec cette éloquence du cœur qui n'appartient qu'aux hommes de bien, M. Passy a demandé que l'on se mît à l'œuvre et que l'on s'occupât d'urgence de la nomination des commissions, notamment de celle qui doit s'occuper de l'organisation des sociétés locales.

Après une courte discussion, à laquelle ont pris part MM. Roussel, Pujos, Ach. Foville, Vidal, Bergeron et Lunier, l'Assemblée a décidé que cette question serait mise en tête de l'ordre du jour de la première réunion mensuelle du conseil d'administration, qui aura lieu le mercredi 5 juin.

— En réponse à la lettre de M. Flammarion, insérée dans notre dernier numéro, nous sommes heureux d'annoncer que le cours de pathologie du regretté professeur Kuss, de Strasbourg, va être publié (à la librairie J.-B. Baillière et fils) par les soins d'un de ses élèves les plus distingués, M. le docteur Mathias Duval, prosecteur de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— La *Revue médico-chirurgicale*, publiée par l'Association médicale de Buénos-Ayres, signale, tous les quinze jours, l'état sanitaire de ce pays, qui offre avec le nôtre une certaine analogie de conditions climatériques tempérées.

Nous résumons ici les renseignements fournis sur les deux premiers mois de 1872.

La santé publique s'est maintenue exceptionnellement bonne pendant la durée de janvier et de février. On avait eu d'abord quelques craintes de voir reparaître l'épidémie de fièvre jaune qui a fait de si grands ravages en 1871 ; mais ces appréhensions semblent aujourd'hui calmées, bien que le moindre accident éveille au plus haut degré l'attention du public et des autorités. Une longue discussion sur un point douteux de diagnostic en fait foi dans la Revue.

Les nouvelles de Rio-Janeiro et de Pernambuco n'ont pas, jusqu'à présent, le caractère qu'on leur avait attribué au début.

La chaleur a été assez forte, mais des pluies fréquentes et abondantes l'ont promptement diminuée, et les maladies de la saison, c'est-à-dire les coryzas, les bronchites et les pneumonies, sont sans gravité.

La variole sévit cependant toujours avec assez d'intensité, aussi bien en ville qu'au dehors. Elle revêt, dans un bon nombre de cas, la forme hémorrhagique grave, et détermine alors la mort avec rapidité.

Le chiffre quotidien des décès est tombé très-souvent au-dessous de la moyenne habituelle, qui est de 16 à 17.

— M. le docteur Lailler commencera, à l'hôpital Saint-Louis, ses conférences cliniques sur les affections cutanées, vendredi 24 mai, à 8 heures et demie du matin, et les continuera tous les vendredis, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chimie organique élémentaire. Leçons professées à la Faculté de médecine par M. Édouard GRIMAUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.— 1 vol. in-18 avec figures dans le texte. Paris : 4 fr. 50. — Germer-Baillière.

Contribution à l'histoire médico-chirurgicale du siége de Paris. L'ambulance militaire de la rue Violet, par le docteur Ch. GIRARD. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. Parent, rue Voltaire, 12

N° 58. — MARDI 21 MAI 1872. 45e ANNÉE. MARDI 21 MAI 1872. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔPITAL DU GROS-CAILLOU. Kyste hydatique du foie ; pleurésie concomitante du côté droit ; ouverture et extraction totale du kyste ; guérison (M. Widal). — De la guérison des névroses convulsives par la médication bromurée (M. Belltyn-Halles). — Observations et statistiques pour servir à l'histoire des amputations (M. L. Robuchon). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. WIDAL.

Kyste hydatique du foie. — Pleurésie concomitante du côté droit. — Ouverture et extraction totale du kyste. — Guérison.

S...-É... (Joseph), soldat au 2e régiment du train d'artillerie, entra à l'hôpital militaire du Gros-Caillou le 3 septembre 1871, pour une fièvre typhoïde d'intensité moyenne, dont la durée ne dépassa pas trois septenaires.

Dès le 12 septembre, on avait constaté chez le malade l'existence au côté droit d'un épanchement pleurétique, caractérisé par une matité occupant les deux tiers inférieurs du thorax, de l'égophonie, un souffle pleural siégeant derrière l'omoplate et quelques bruits de frottement sensibles dans la fosse sus-épineuse. Cet épanchement, qui n'avait jamais provoqué ni fièvre, ni dyspnée, ni point pleurétique, s'était développé à l'insu du malade. Lié sans aucun doute à l'affection dont nous allons parler, il a dû précéder de beaucoup l'invasion de la fièvre typhoïde.

Le 22 septembre, le malade est en pleine convalescence. Il est amaigri et son teint présente cette pâleur terreuse et *mate* que M. Roger a constatée chez les personnes atteintes de kyste hydatique du foie.

Le 23, tout en palpant le ventre encore ballonné du malade, nous remarquons pour la première fois que la région hépatique est le siége d'une tuméfaction assez marquée, et dont l'apparition doit être de date récente, car elle nous avait échappé jusque-là, malgré l'examen journalier de la région abdominale. Le malade lui-même ne s'en était pas aperçu.

La tumeur, à base très-large, s'étend du milieu de l'hypochondre jusque sur l'épigastre. Son étendue verticale est de 13 centimètres, et dépasse de trois travers de doigt le rebord de la dernière fausse côte; son point le plus saillant correspond à la moitié droite de l'épigastre. Rénitente, non fluctuante, peu ou point douloureuse à la pression, elle rend un son mat à la percussion sans provoquer de frémissement. Mais lorsqu'on y applique la main, sans appuyer, on perçoit un mouvement vibratoire, une espèce de frottement difficile à définir, sensible surtout pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration. L'auscultation de la tumeur y fait entendre un bruit de frottement ascendant et descendant, semblable aux frottements pleuraux. Fait-on asseoir le malade, la matité de la tumeur hépatique s'étend aussitôt jusqu'au mamelon droit, en se confondant avec celle de l'épanchement pleural, qui est venu refluer en avant. Lorsque le malade est couché, la matité antérieure du thorax fait place à un son tympanique très-prononcé, provenant sans doute de ce que le poumon, refoulé et comprimé par l'épanchement, vient se porter en avant et derrière la paroi pectorale.

Au premier aspect de la tumeur, nous pensâmes à l'existence soit d'un abcès du foie, soit d'un épanchement pleurétique purulent cherchant à se faire jour dans l'hypochondre. Mais la sensation de frottement vibratoire particulier perçue dans la tumeur, l'absence de fièvre, de fluctuation et de tout signe d'inflammation locale, enfin la gêne mal définie éprouvée par le malade dans le côté droit depuis plus de *six ans*, toutes ces circonstances nous portèrent à diagnostiquer un *kyste hydatique du foie*.

Afin de lever tout doute, une ponction exploratrice est pratiquée à la date du 24 septembre, à l'aide de la seringue aspiratrice de Dieulafoy. Un liquide séreux, de couleur légèrement citrine, jaillit dans le corps de pompe. L'acide nitrique y détermine un précipité albumineux à peine sensible; le microscope n'y fait rien découvrir de particulier. L'opération est suivie, vers le soir, d'un mouvement fébrile avec 40 degrés de température et 108 pulsations. Aussitôt après la ponction de la tumeur hépatique, le niveau postérieur de la matité thoracique a *baissé* d'un *centimètre et demi*.

Le lendemain de la ponction, le frottement perçu jusque-là dans la tumeur a complétement disparu, pour ne plus se reproduire. La tumeur n'a pas sensiblement diminué de volume.

Le 2 octobre, le ventre est plus ballonné que d'habitude; l'appétit fait défaut, la tumeur est très-sensible à la pression; une traînée rougeâtre, érythémateuse, descend de l'épigastre vers l'ombilic. (Onction mercurielle et cataplasme *loco dolenti*.)

Le 5 octobre, la tumeur du foie est devenue très-saillante et pointue, mais elle n'est plus douloureuse ni rouge; la matité postérieure du thorax est remontée à son niveau primitif.

Le 6, deux nouvelles ponctions successives avec la seringue aspiratrice. Le liquide fourni par la première aspiration est purulent, sans doute parce que le trocart est tombé sur un abcès sous-cutané déterminé par la première ponction, et auquel il faut rapporter les symptômes inflammatoires constatés antérieurement au niveau de la tumeur. Le trocart, enfoncé plus profondément dans la tumeur, en fait jaillir cette fois une très-petite quantité de liquide séro-purulent, qui recouvre à peine le fond de la seringue, dont le corps de pompe, brusquement fendu, fonctionnait imparfaitement. Le niveau de la matité postérieure du thorax n'a pas baissé après cette ponction.

Le soir, le malade présente une température de 40°,4 avec 120 pulsations, et, fait digne d'être noté au point de la valeur séméiotique de la température, le malade, malgré l'élévation du thermomètre, n'éprouve aucun malaise et mange de bon appétit. Il en est de même les jours suivants, bien que le mouvement fébrile se reproduise tous les soirs jusqu'au 14 octobre, c'est-à-dire pendant huit jours.

Le 18, on remarque que la sonorité tympanique constatée à la

partie antérieure de la poitrine et qui disparaissait pour faire place à la matité, lorsque le malade se mettait sur son séant, persiste maintenant dans toutes les positions. En d'autres termes, l'épanchement pleural a perdu sa mobilité et a reflué vers la partie postérieure de la cavité pleurale, emprisonné sans doute par une cloison pseudo-membraneuse. Aussi la matité postérieure s'étend maintenant jusqu'à l'épine de l'omoplate, et le souffle s'entend à la partie la plus élevée du thorax.

Cependant le teint du malade est devenu moins terreux, son faciès est plus naturel, son ventre souple, ses forces renaissent et lui permettent de se lever.

Nous nous décidons dès lors à ouvrir le kyste hydatique à l'aide du caustique.

Le 20 octobre, on applique sur le point culminant de la tumeur une couche de pâte de Vienne, qui détermine une eschare de 4 centimètres de diamètre, comprenant toute l'épaisseur du derme.

Le 25, on excise l'eschare, qu'on remplace par une nouvelle couche de caustique.

Le 30, excision de la deuxième eschare et application d'une troisième couche de pâte de Vienne, qui, cette fois, en raison de la profondeur de l'ouverture obtenue, doit attaquer la paroi même de la tumeur hépatique.

La nouvelle eschare, comme ses aînées, est sèche et entourée d'un cercle inflammatoire, sans suppuration. Convaincu que les adhérences entre le foie et la paroi abdominale devaient être suffisamment établies, nous allions inciser l'eschare pour donner issue au contenu du kyste, quand, dans la nuit du 6 au 7 novembre, l'escharre se détacha en partie spontanément, et une quantité énorme d'un liquide séreux s'écoula de la plaie avec une abondance telle, que la chemise du malade et son lit en furent inondés; des débris de membranes hydatiques jaunâtres et transparentes furent trouvés dans le lit.

Le 8 novembre, nous constatons que la matité postérieure du thorax s'est abaissée de *près de six centimètres;* le souffle pleural est moins intense et la respiration s'entend dans les deux tiers inférieurs du poumon, accompagnée de quelques frottements pleuraux.

La tenenr du foie est presque complétement affaissée; la matité pleurale mesure encore près de 12 centimètres en hauteur et s'étend toujours jusque vers le milieu de l'épigastre.

Le 13, le liquide fourni par le kyste, plus purulent que séreux, est toujours très-abondant. Une éponge préparée est placée dans la plaie, qui tend à se rétrécir de plus en plus.

Le 14, un long stylet introduit dans le kyste fait constater que ce dernier s'étend du côté du poumon à une profondeur de 15 centimètres, et que sa largeur de droite à gauche mesure près de 12 centimètres.

La matité du foie ne dépasse plus les fausses côtes que d'un travers de doigt; à gauche, elle s'arrête à la naissance de l'épigastre. Les jours suivants, la matité hépatique disparaît complétement dans la moitié de la région et fait place à une sonorité exagérée due à l'air qui est venu remplir le kyste. Lorsqu'on fait tousser le malade, cet air, chassé par l'expiration, s'échappe bruyamment du foyer. Le malade a repris de l'embonpoint, se lève et se promène; appétit vorace.

Injection quotidienne d'eau alcoolisée, puis d'alcool pur, dans le foyer de suppuration. Le 22, issue, à la suite de l'injection, de deux débris d'hydatides sous forme de petites membranes blanches et transparentes.

Le 23, après une injection d'alcool, on voit poindre à l'ouverture du foyer une vésicule blanche qui grossit de plus en plus à mesure qu'on engage le malade à en favoriser l'expulsion par la contraction des muscles abdominaux. Cette vésicule, qu'on prend d'abord pour une hydatide volumineuse et qui a les dimensions d'un œuf de pigeon, n'est autre chose que le kyste hydatique lui-même, qu'à l'aide de pinces on parvient à extraire, petit à petit, dans sa totalité, mais non sans le rompre en plusieurs endroits. C'est une vaste poche, de forme ovalaire, mesurant près de 15 centimètres dans sa partie la plus longue, chagrinée à l'extérieur, lisse en dedans comme une membrane séreuse. Les parois, épaisses de 2 millimètres et d'une blancheur mate qui les fait ressembler à de l'albumine coagulée, sont recouvertes intérieurement de débris d'échinocoques, dont le microscope fait reconnaître les crochets.

Les jours suivants, les injections alcooliques sont continuées; un drain est introduit dans le foyer, que l'on comprime à l'aide de compresses graduées pour favoriser le rapprochement de ses parois.

La cavité se rétrécit de plus en plus, et chaque jour une moindre quantité d'alcool est nécessaire pour la remplir. Dès le 4 décembre, la paroi abdominale a subi un retrait sensible au niveau de la région sous-hépatique.

Le 10 décembre, une injection de teinture d'iode pure est poussée dans la cavité hépatique, sans qu'il en résulte aucun accident ni la moindre douleur pour le malade. L'injection iodée, renouvelée depuis à plusieurs reprises, a amené l'oblitération complète du foyer trois mois après l'ouverture du kyste.

Le foie a repris à peu près ses dimensions normales; le lobe droit ne mesure plus que 8 centimètres en hauteur et s'arrête au niveau de l'hypochondre; le lobe gauche paraît atrophié et n'a qu'une étendue verticale de 3 à 4 centimètres.

Le poumon droit, recouvert sans doute d'une coque pseudo-membraneuse, est sonore et respire facilement dans les trois quarts supérieurs de sa hauteur; en bas, absence de bruit respiratoire et *persistance de la matité.*

L'observation qui précède nous paraît intéressante à plus d'un titre. Et d'abord, l'extension subite prise par la tumeur dans le cours de la fièvre typhoïde ne tenait-elle pas à l'influence même que cette maladie exerce sur la glande hépatique? Le foie, congestionné, hypertrophié par la fièvre, a dû faire saillir brusquement sous la peau la tumeur développée dans son sein, et qui, sans cette circonstance, aurait pu rester encore longtemps inaperçue.

La sensation d'un frottement vibratoire perçue seulement pendant les mouvements respiratoires pouvait être prise, à la rigueur, pour le signe d'une péritonite sèche localisée, d'autant plus que la percussion de la tumeur ne donnait pas lieu au frémissement caractéristique. Seulement, la percussion était opérée ici non par le doigt de l'observateur, mais par le jeu du mouvement respiratoire ébranlant la masse hydatique. De là cette sensation vibratoire qui, pour ressembler à un frottement, n'était pas moins un véritable frémissement hydatique.

Notre observation offre, croyons-nous, le premier exemple de l'extraction totale d'un kyste hydatique du foie avec guérison. Les recherches auxquelles nous nous sommes livré ne nous ont fait découvrir rien de semblable, et, dans le livre si complet de M. Davaine (*Traité des Entozoaires*), nous n'avons trouvé qu'un seul fait qui ait quelque analogie avec le nôtre. Il s'agit d'un kyste hydatique du foie présenté à la Société de biologie, en 1849, par M. Lebret, et observé sur un enfant de 9 ans, kyste qui fut ouvert à l'aide du caustique. « L'élève chargé du pansement voyant saillir un jour un lambeau plus résistant que d'habitude, le saisit et amena les débris considérables d'une poche lisse en dedans, chagrinée en dehors. Il s'ensuivit une péritonite aiguë qui emporta l'enfant. A l'autopsie, on trouva une poche remplie d'un liquide purulent et tapissée d'une fausse membrane facile à détacher. Les adhérences du foie et de la paroi abdominale étaient rompues au niveau de la fistule provoquée par le caustique. » Était-ce bien le kyste que l'élève avait retiré? Et qu'était-ce alors que cette *membrane facile à détacher* qui tapissait encore la cavité trouvée à l'autopsie? Quoi qu'il en soit, l'extraction d'une membrane faite par un élève maladroit a déterminé, dans ce cas, la rupture des adhérences et a abouti, non à la guérison, mais à une péritonite mortelle. Dans notre observa-

tion, l'issue du kyste a été spontanée et non le résultat d'une traction violente ; elle a été favorisée très-probablement par la pénétration accidentelle de l'injection alcoolique entre le kyste hydatique et la paroi hépatique. La sortie de la poche hydatique n'a entravé en rien la guérison, malgré le contact direct de l'air avec la paroi du foie. Enfin, des injections de teinture d'iode pure ont pu être portées impunément sur ce même tissu, et, loin d'y déterminer une inflammation dangereuse, elles en ont provoqué la cicatrisation. Ce résultat n'est-il pas de nature à faire tenter avec moins de crainte l'emploi des injections iodées dans le traitement des abcès du foie?

Quant à la pleurésie chronique, qui a marché de front avec notre kyste hydatique, on peut se demander si elle était réelle ou bien simulée par l'extension du kyste dans la cavité pleurale avec rupture ou refoulement du diaphragme, ainsi qu'on l'a observé quelquefois.

L'épanchement pleurétique, dû sans doute à une irritation de voisinage, existait certainement, non parce qu'il y avait matité, souffle et égophonie (un kyste prééminent dans la plèvre peut provoquer les mêmes symptômes), mais parce que cette matité n'était pas limitée à un certain espace et que son niveau était le même dans tout le pourtour du thorax ; parce que le déplacement facile de la matité, suivant les positions données au malade, indiquait la présence d'un liquide mobile dans la plèvre ; parce qu'enfin, après l'évacuation complète et l'oblitération de la cavité hépatique, la persistance du souffle et de la matité témoignait aussi de la persistance d'un épanchement.

D'un autre côté, l'épanchement, refoulé sans doute par le kyste du foie vers la partie supérieure de la plèvre, a dû être moins considérable qu'il ne le paraissait, car il est resté de niveau à mesure que la tumeur hépatique se vidait, sans toutefois disparaître complétement. C'est ainsi qu'après la première ponction, la matité pleurale est descendue de 1 centimètre et demi, et de 6 centimètres après l'évacuation complète du kyste. Il y a donc eu à la fois épanchement réel et épanchement simulé quant à sa quantité.

Ajoutons, en terminant, que le malade qui fait le sujet de cette observation est Provençal, et que dans sa famille on fabrique et consomme une grande quantité de saucissons d'Arles. Ces saucissons, composés, comme on le sait, d'un mélange de viande de bœuf ou de cheval, de chair de porc et de lard, ne subissent aucune cuisson et sont mangés *crus* après trois mois de salaison. Nous ne signalons ce fait qu'à titre de coïncidence, sans en vouloir tirer aucune conclusion quant à la question encore si obscure de la genèse hydatique chez l'homme.

DE LA GUÉRISON DES NÉVROSES CONVULSIVES

PAR LA MÉDICATION BROMURÉE

Par le docteur Belltyn-Halles, de New-York.

On a reproché à la médecine américaine de ne pas avoir suivi l'élan scientifique du continent, de n'avoir ni principes ni doctrines, et de ne se singulariser que par des inventions chirurgicales audacieuses. Ce reproche pouvait être fondé il y a vingt-cinq ans, mais il ne l'est plus aujourd'hui. Nous savons très-bien faire maintenant notre profit des produits thérapeutiques, des recherches et des découvertes qui captivent en Europe la faveur publique ; nous sommes éclectiques, et qu'une chose nous vienne de l'Angleterre, de la France ou de l'Allemagne, nous ne la mettons pas moins en pratique avec empressement, pourvu qu'elle soit bonne, vraiment utile et facilement applicable. Que l'on voie plutôt ce qui s'est passé depuis quelques années à l'occasion de la médication bromurée.

On n'a nulle part employé les bromures alcalins avec autant de faveur et avec aussi peu de discernement qu'à New-York. Le bromure de potassium a commencé la réputation de ces agents sédatifs si remarquables du système nerveux ; mais le bromure d'ammonium a été préconisé bientôt et a dû céder lui-même la place au bromure de sodium. Une certaine perturbation s'en est suivie dans toutes les habitudes thérapeutiques, et un bromure alcalin quelconque a individuellement suppléé l'autre. Le sel bromique employé alors n'étant jamais à l'état de pureté chimique, des accidents multiples sont survenus du côté du tube digestif, et, malgré quelques résultats très-sérieux obtenus dans la pratique, le discrédit commençait volontiers à s'attacher à la médication bromurée.

Sur ces entrefaites, la France est intervenue dans le débat et a imposé sa loi médicale aux États-Unis. Nous avons connu alors les belles expériences physiologiques de Martin-Damourette et Pelvet, les travaux cliniques de Legrand du Saulle à l'hospice de Bicêtre, la lecture de Moutard-Martin à l'Académie de médecine, et le succès incontesté, parmi tous les produits bromurés qui ont été imaginés dans ces derniers temps, du sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur. A partir de ce jour, la médecine américaine a su à quoi s'en tenir et a abandonné les tâtonnements timides et incompétents du passé. C'est sous la bannière thérapeutique des observations de Paris que nous nous sommes enrégimentés, nous et nos élèves.

Le sirop de Henry Mure au bromure de potassium est maintenant très-connu et très-employé à New-York. Sa vogue tient certainement à ce qu'il est préparé avec de l'excellent sirop aux écorces d'oranges amères et à ce qu'il renferme mathématiquement *deux* grammes d'un sel bromique irréprochable par cuillerée à soupe. Au lieu de déterminer, comme tant d'autres produits analogues, de l'irritation gastrique, de l'inappétence et de la diarrhée, il est stomachique, agréable, apéritif et tonique. On l'a beaucoup imité ici et l'on en a fait de nombreuses contrefaçons.

En voyant les névroses convulsives si aisément enrayées par l'usage de la préparation importée de France et en comparant les résultats si favorables qui sont dus au bromure de potassium, eu égard à ce que l'on obtient avec les bromures d'ammonium ou de sodium, qui ne sont cependant pas sans une certaine action dans le traitement des affections cérébrales et mentales, je me demande comment la presse médicale du continent n'a pas enregistré un bien plus grand nombre de succès en matière de chorée, d'hystérie et d'épilepsie.

Bidd (de Philadelphie), Janssen, Riedel, Kesteven, Mancias, Maudsley, Legrand du Saulle, Ritscher, Melandez et Tuke, ont guéri dans leurs établissements hospitaliers respectifs un très-grand nombre de convulsifs, et c'est à peine si un événement aussi considérable dans la science se trouve apprécié et résumé dans les Revues médicales qui nous arrivent de l'autre côté de l'Atlantique. La politique passionne les nations, et le génie d'un peuple se borne à inventer des armes capables de tuer le plus d'hommes possible. Les conquêtes pacifiques de la science et les améliorations qui ne portent que sur la santé publique n'ont d'attrait que pour le petit nombre! La guerre est la pire de toutes les folies ; elle est sans excuse et sans guérison.

Je crois fermement à la curabilité des névroses convulsives par la médication bromurée. Ma pratique spéciale m'a notamment permis, dans ces dernières années, de mettre en traitement cinq choréiques, quatorze hystériques et une soixantaine d'épileptiques. Or, je n'étonnerai pas les médecins qui se sont occupés sérieusement de l'action des bromures alcalins, en disant que l'épilepsie a été guérie dans plus de la moitié des cas, mais à la condition formelle de ne point suspendre le médicament pendant deux ou trois ans, au minimum. Le sirop de Henry Mure au bromure de potassium, chimiquement pur, qui m'a fourni ces résultats si surprenants, m'a été utile aussi pour combattre la danse de saint Guy et l'hystérie,

bien que je doive convenir que je lui ai associé, chez les choréiques et chez les hystériques, un certain nombre d'agents thérapeutiques, tels que les bains sulfureux, le quinquina, le fer, la valériane, l'éther, la gymnastique et l'hydrothérapie. Les épileptiques n'ont absolument pris que le sel bromique. Ceux de ces malades qui n'ont pas guéri, ont été la plupart améliorés, et je n'ai renoncé à toute expérimentation que chez quatre hommes et une femme, qui m'ont paru tout à fait réfractaires.

Je n'ai rien innové, je le répète. Je m'en suis tenu aux recherches et aux conseils pratiques des médecins français, qui me paraissent avoir, dans la question, une supériorité exceptionnelle. Mais j'affirme, en terminant, que le choix de la préparation bromurée a une importance capitale.

OBSERVATIONS ET STATISTIQUES

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES AMPUTATIONS (1)

Par M. le docteur L. Robuchon.

Nous avons voulu, avant tout, démontrer par des faits l'importance capitale d'une bonne hygiène pour les amputés. On ne saurait assez insister sur les *conditions générales* que met en relief un travail récent de Simpson sur la mortalité des amputés traités dans les hôpitaux, grands, moyens ou petits, et de ceux traités à la campagne. Malheureusement cette question, qui est devenue comme un axiome pour tous les chirurgiens, semble n'être pas comprise des administrateurs, dont l'autorité annihile par trop souvent l'action des hommes de l'art.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1872 (2). — Présidence de M. Trélat.

Autopsie. — Outre les particularités relatives aux veines du cou et de la poitrine, au poumon et au cœur, toutes relatives au mécanisme de la mort et sans relations avec la maladie, on nota les points suivants :

Rate. Elle est considérablement hypertrophiée; son volume est plus que doublé; néanmoins elle a conservé sa forme naturelle. Sur son bord antérieur se trouvent, à quelques centimètres de distance l'une de l'autre, deux tumeurs rondes, grosses chacune comme un marron d'Inde. La supérieure est un peu plus volumineuse que l'inférieure; elles s'énuclent l'une et l'autre sans la moindre difficulté. Sur la face externe de l'organe, on remarque deux petites gibbosités dures, résistantes à la pression du doigt. Une section opérée dans ce tissu conduit à deux tumeurs ayant l'aspect de ganglions lymphatiques, chacune d'elles égalant en volume une grosse noisette. Elles adhèrent plus intimement que les précédentes au parenchyme splénique, si bien que quand on les arrache, on entraîne des fragments de l'organe. A vrai dire, leur mollesse facilite peu leur énucléation. A la coupe, elles offrent une coloration laiteuse, identique à celle des ganglions lymphatiques ramollis. Les deux tumeurs marginales sont consistantes, leur tissu est d'un blanc bleuâtre; elles présentent en certains points de petites taches brunes et jaunâtres.

Mésentère. Il n'offre rien de spécial à son insertion à la colonne vertébrale; mais lorsqu'il arrive au voisinage de l'intestin grêle, il est soulevé par deux amas ganglionnaires, beaucoup plus volumineux que ceux que nous venons de décrire, ils sont en outre très-mous. A la coupe, l'un d'entre eux est fortement pigmenté, ce qui lui donne un peu l'aspect d'une truffe. L'autre est fluctuante. La bouillie qu'on en retire est jaune blanchâtre.

Foie. Hypérémié.

Cerveau. Pas d'œdème sous-arachnoïdien.

Moelle. Saine.

Voici maintenant les notes qui nous ont été remises par M. Malassez, interne distingué des hôpitaux, sous-chef du laboratoire du Collége de France, où les examens ont été faits en commun par MM. Ranvier et Malassez :

Examen microscopique. — En râclant la surface de la coupe, on obtient une bouillie grisâtre, parfaitement miscible à l'eau, et formant avec elle un liquide lactescent.

Examiné au microscope, on y trouve des granulations graisseuses et des éléments cellulaires en grand nombre. Ces cellules sont de forme et de volume différents : les unes sphériques, petites, mesurant de 4 à 7 millièmes de millimètres. Elles sont granuleuses et, traitées par l'acide acétique, elles deviennent transparentes et laissent voir dans leur intérieur 1, 2 ou 3 petits noyaux. Les autres, et ce sont les plus nombreuses, sont plates ou polyédriques; leur volume, très-considérable, varie entre 15, 20 et même 23 millièmes de millimètres. Parmi ces cellules, les plus petites ont un seul noyau; les plus grandes en ont 2, 3 et quelquefois 4. Ces noyaux sont ronds ou ovoïdes et mesurent 9 millièmes en moyenne; ils contiennent un ou plusieurs malléoles, ronds ou allongés et assez volumineux.

Sur des coupes fines (la pièce ayant été durcie dans l'acide picrique et l'alcool), on retrouve en certains points le tissu ganglionnaire dans un état à peu près normal (fin réticulum, et dans les mailles de ce réticulum, cellules lymphatiques).

En d'autres points, on voit au milieu de cellules lymphatiques normales, quelques-unes de ces volumineuses cellules précédemment décrites. Enfin, et c'est ce qui se trouve sur la plus grande étendue des coupes, les cellules ont presque complétement disparu et sont remplacées par les grandes cellules.

Mais, comme le réticulum n'a pas disparu, et qu'on le voit entourant et séparant des groupes de ces grandes cellules, la coupe a un aspect aréolaire qui pourrait la faire prendre au premier abord pour une coupe de tissu carcinomateux. Cependant, si on vient à comparer cette coupe avec une coupe de carcinome glanglionnaire vrai, on constate de grandes différences : au lieu d'un simple réticulum, il y a dans le carcinome des parois alvéolaires qui, si petites quelles soient, sont toujours plus épaisses qu'un réticulum, si développé qu'il soit. Puis, les vaisseaux au lieu d'être en rapport direct avec les éléments cellulaires, sont situés dans l'épaisseur des parois alvéolaires.

Quant aux parties périphériques, elles présentent un développement nouveau de tissu fibreux formant comme une coque autour du ganglion.

En résumé : cette tumeur est un sarcome développé dans les ganglions lymphatiques, un sarcome ganglionnaire, ce que quelques auteurs ont désigné sous le nom de lympho-sarcome; expression mal définie, qui, comme celle d'ostéo-sarcome, peut être prise dans deux sens différents, soit qu'on veuille exprimer une formation sarcomateuse pure développée dans les ganglions ou dans un os, soit qu'on veuille exprimer une formation sarcomateuse se transformant dans le sens du tissu ganglionnaire ou du tissu osseux, quelque soit du reste son point de départ.

Les unes sont complétement semblables à celles de la cuisse ; ce sont les plus petites de celles qu'on trouve à la périphérie de la masse ganglionnaire.

Les autres n'en diffèrent que par une dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée des éléments, et par la présence d'hémorrhagies plus ou moins abondantes, plus ou moins anciennes.

La plupart d'entre elles adhèrent les unes aux autres, par suite de leur accroissement et de l'union de leurs coques fibreuses. Puis, comme le processus sarcomateux finit par envahir la coque fibreuse,

(1) Paris, 1872. In-4°. — Prix : 2 fr. 50.

(2) Fin. — Voir le dernier numéro.

on peut voir des tumeurs voisines adhérentes par leur coque et communiquant ensemble par leurs parties centrales.

Tumeur secondaire de la rate. — Mêmes éléments sarcomateux. Il reste à rechercher s'il existe là un réticulum analogue au réticulum lymphatique, à déterminer par conséquent si cette tumeur secondaire est un sarcome ou bien un lymphadénome sarcomateux.

Après avoir fait des nouvelles recherches, MM. Ranvier et Malassez envoient la note complémentaire que voici :

On voit, en résumé, que les tumeurs secondaires sont complétement semblables, comme structure, à la tumeur primitive ; or, si l'on admet que le travail pathologique qui a produit la formation des tumeurs secondaires est le même que celui qui a produit l'altération ganglionnaire primitive, on est amené à dire que la tumeur primitive était, non pas un sarcome ganglionnaire, car les tumeurs secondaires auraient été des sarcomes, mais des lympho-sarcomes vrais, c'est-à-dire des tumeurs composées de tissu lymphatique et d'éléments regardés comme sarcomateux.

Depuis, nous avons examiné un certain nombre de tumeurs, nées également dans les ganglions et s'étant généralisées de la même façon. Au point de vue de la structure, les unes étaient des lymphadénomes vrais, les autres des tumeurs à cellules semblables ou cellules lymphatiques, mais à gros réticulum.

Comparant alors ces cas et votre lympho-sarcome, il nous a semblé qu'il y avait entre eux plus de caractères communs que de caractères différentiels. Toutes, en effet, sont construites sur le type lymphatique : réticulum d'une part, cellules de l'autre ; les différences ne portant que sur le développement plus ou moins considérable de l'un ou de l'autre de ces éléments.

On pouvait donc rapprocher ces tumeurs les unes des autres, et les considérer toutes comme des lymphadénomes, et chacune d'elles comme une variété de lymphadénomes.

Il y aurait d'après cette manière de voir : 1° des lymphadénomes à type pur, ayant une structure tout à fait semblable à celles des ganglions lymphatiques : fin réticulum et cellules lymphatiques ; 2° des lymphadénomes s'écartant plus ou moins de la structure normale des ganglions lymphatiques et qui seraient : les uns, à grosses cellules (lympho-sarcome des auteurs) ; les autres, à gros réticulum (variété non décrite et que MM. Ranvier et Malassez ont constatée sur les pièces de M. Castiaux).

Peut-être trouvera-t-on encore d'autres variétés.

Enfin, en complétant ces données par les indications fournies par d'autres histologistes, il semble rationnel d'admettre que :

1° Les cas d'adénie ne paraissent pas différer de certains cas de lymphadénomes ;

2° Suivant l'opinion de MM. Potain, Cornil et Ranvier, les cas de leucocythémie peuvent être regardés comme des cas d'adénie dans lesquels est survenue une complication : l'augmentation des globules blancs de sang.

Aussi on peut se demander si tous ces faits ne sont pas des manifestations diverses d'une même maladie, qu'on pourrait appeler la *lymphadénie*. Resterait alors à déterminer à quoi tiennent les différences qui existent entre ces manifestations ; ce qui appelle de nouvelles études.

M. PERRIN. M. Trélat pense-t-il que l'évolution du lympho-sarcome soit semblable à celle de l'adénie décrite par Trousseau? Quant à la question chirurgicale, je me demande si l'on a des signes distinctifs entre les hypertrophies simples et les cas cités par M. Trélat, capables d'indiquer quand l'on ne doit pas enlever les ganglions. Je suis à mon aise pour parler de ces indications ; car, pour moi, je crois qu'en présence de tumeurs ganglionnaires, l'abstention est la meilleure pratique.

M. TRÉLAT. J'ai, dans cette communication rapide, omis plusieurs points sur lesquels je reviendrai lorsque la question sera reprise. Je répondrai à M. Perrin que l'adénie peut être rapprochée du lympho-sarcome, et que ces maladies ne sont, ni l'une ni l'autre, la leucocytose. Ainsi que l'ont montré MM. Potain, Ranvier et Virchow ; la leucocytose peut exister ou manquer dans l'adénie.

M. Perrin demande s'il y a des signes distinctifs capables de faire reconnaître l'adénome. Ici je comble une lacune de ma communication. Oui, il y a des signes : l'âge adulte, l'absence de signes d'une diathèse antérieure, le début insensible, un développement de la tumeur ne causant pas de douleurs, puis l'accroissement rapide qui ferait croire qu'il s'agit d'un cancer, tels sont les signes qui permettraient de reconnaître les lympho-sarcomes.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : Armand DESPRÉS.

VARIÉTÉS

UNE LETTRE D'OUTRE-TOMBE (1)

Aux syphiliographes du dix-neuvième siècle, JEAN DE VIGO, *salut.*

Chers successeurs, chers confrères,

Les communications sont difficiles et rares entre votre monde et celui que j'habite depuis plus de trois siècles. Une occasion, toutefois, se présente pour mettre en défaut la surveillance de mes sévères gardiens. Je la saisis; et j'ai quelque espoir que cette missive puisse arriver en vos mains, si elle parvient à franchir les lignites de notre sombre empire.

Aussi bien, depuis longtemps je désirais causer avec vous, autant pour rendre un hommage mérité aux hommes et aux travaux de votre siècle que pour vider de vous à moi une petite querelle : pour vous demander compte du dédain en lequel vous semblez tenir nos écrits, pour élever en faveur de nos droits, de nos droits à nous, pauvres vieux oubliés, une aussi tardive que juste revendication.

N'allez pas vous méprendre, toutefois, sur l'objet et le but de cette lettre d'outre-tombe. Notre intention, à moi comme à mes contemporains, au nom desquels je vous écris, notre intention, dis-je, n'est pas de vous amoindrir à notre profit et de nous approprier ce qui est votre légitime bien. Détachés dans notre monde des intérêts et des vanités terrestres, n'ayant en vue que le respect du *cuique suum*, nous ne réclamerons strictement, soyez-en sûrs, que la justice qui nous est due.

Cela dit, j'entre aussitôt en matière.

Une de vos plus chères prétentions, messieurs du dix-neuvième siècle, c'est d'avoir introduit l'ordre et la méthode dans ce que vous appelez le *chaos* primitif des affections vénériennes, d'avoir distingué « dans ce pêle-mêle où tout n'était que confusion avant vous » des espèces morbides différentes, et surtout d'avoir reconnu l'essence propre, l'individualité pathologique du mal français. A vous entendre, tout n'était avant vous que ténèbres et ignorance ; mais vous êtes venus, et la lumière s'est faite, et la science s'est constituée. Si bien que notre lot, à nous comme à tous ceux qui vous ont précédés, c'est de n'avoir rien compris à ce que nous observions, c'est d'avoir tout confondu, c'est d'avoir vécu scientifiquement dans une anarchie profonde. Par Esculape, notre patron en ces lieux, la prétention est trop forte et l'accusation trop injuste pour ne pas exiger de notre

(1) M. Alfred Fournier continue ses intéressantes publications sur la syphilis. Nous détachons aujourd'hui de son JEAN DE VIGO, *Le mal français* (un vol. in-12. — Prix : 4 fr), les quelques pages suivantes qui servent d'introduction.

part une riposte sévère. L'occasion se présente de faire revivre nos droits méconnus; je ne la laisserai pas échapper.

Ah! que votre siècle, jeunes confrères, ait trouvé les affections vénériennes dans un désarroi véritable, qu'avec un peu d'exagération vous avez qualifié du nom de «chaos», cela je vous l'accorde. Qu'un chirurgien justement illustre de votre temps ait rétabli l'ordre dans ce pêle-mêle, ait distingué ce qu'on avait eu tort de confondre et divisé ce qu'on avait arbitrairement réuni, cela encore, je le reconnais, et nul plus que moi n'applaudit à cette restauration scientifique qui a valu à son auteur un grand et légitime renom. Mais respect à l'histoire, je vous prie. Plusieurs siècles se sont écoulés de nous à vous, *plusieurs siècles*, entendez-vous bien. Chacun d'eux a produit son œuvre et chacun a ses droits. Pourquoi les confondre tous, comme vous le faites, dans une réprobation générale? Distinguez, s'il vous plaît. Condamnez les erreurs de l'un sans les attribuer à un autre, qui n'en peut mais, et rendez à chacun en particulier la justice qui lui est due. Cette récrimination vous paraît-elle vague ou obscure? Soit; je vais essayer de la rendre plus précise et plus claire.

Vous avez sauvé de l'anarchie les affections vénériennes, c'est entendu. Mais cette anarchie est-elle notre fait à nous, à nous les médecins du quinzième et du seizième siècle, à nous les *ouvriers de la première heure?* Il vous plaît de nous l'attribuer, ou du moins de nous en faire partager la responsabilité commune avec tous ceux qui vous ont devancés. Or, cette responsabilité, permettez-nous de la décliner énergiquement et de la laisser à qui de droit; à qui de droit, c'est-à-dire à nos successeurs, aux siècles qui nous ont suivis, voire même au vôtre pour une certaine part. Loin d'être coupables, en effet, des confusions et des erreurs dont vous nous gratifiez injustement, nous tenons à honneur d'avoir compris et distingué les premiers ce que vous avez compris et distingué plus tard, et ce que d'autres après nous eurent le tort de méconnaître et de confondre. Nous tenons à honneur, pour spécifier nos prétentions, d'avoir compris la diversité des affections vénériennes, d'avoir distingué dans ce groupe complexe des espèces morbides différentes, et plus particulièrement encore d'avoir affirmé l'essentialité propre de la maladie nouvelle que nous vîmes surgir de notre temps, le mal français.

Si je voulais discuter avec vous ces divers points, ce ne serait plus une lettre, ce serait un dossier complet que j'aurais à vous adresser. Limitons donc le débat, et pour aujourd'hui, si vous le voulez bien, ne parlons que de la dernière et de la plus importe de ces maladies, celle à qui notre contemporain Fracastor a donné le nom de Syphilis.

Je conçois, chers confrères, toute la satisfaction que vous assurez à votre amour-propre en vous répétant à vous-mêmes que vous avez été les premiers à séparer et à distinguer la syphilis, en tant qu'espèce morbide, de toutes les autres affections vénériennes. Mais la prétention est étrange, en vérité. Il faut, pour l'avoir émise, que vous ne nous ayez jamais lus, et il me vient un soupçon désobligeant pour notre vanité : c'est que nos pauvres livres doivent dormir chez vous d'un sommeil profond et chronique sur des casiers couverts d'une poussière respectée. Si peu, en effet, qu'il vous eût pris l'envie de les feuilleter, vous auriez vu ceci : c'est qu'à l'époque où ce mal parut pour la première fois parmi nous, loin de le confondre avec les affections vénériennes qui nous étaient familières, nous le décrivîmes tous comme un mal absolument spécial et nouveau, dont nous n'avions jamais entendu parler, que nous ne connaissions ni par nous-mêmes ni par les écrits de nos prédécesseurs. Ce mal ne nous parut assimilable à aucune autre maladie, et nous le considérâmes tous comme une individualité pathologique nouvelle. Ouvrez nos livres, et vous verrez la syphilis naissante qualifiée par nous des dénominations de *morbus novus, morbus incognitus, inauditus, monstruosus, etc.*, toutes épithètes assez significatives, je pense, et qui ne sauraient vous laisser le moindre doute sur notre pensée (1). Ouvrez nos livres, et vous y trouverez encore une preuve matérielle de la distinction profonde, radicale, que nous avions établie d'emblée entre la maladie nouvelle et les autres affections vénériennes préexistantes; vous y trouverez des chapitres absolument distincts consacrés d'une part à la description du mal français, et à celle des autres affections vénériennes d'autre part. Cette preuve matérielle, typographique, est-elle de nature à vous convaincre, et que voulez-vous de plus probant?

Je n'insiste pas; l'évidence est formelle. Donc, longtemps avant votre siècle, nous connaissions la multiplicité des affections vénériennes; et longtemps avant vous, notamment, nous sûmes distinguer l'individualité nosologique de la vérole. Vous n'avez pas été les premiers à dire : « Les maladies vénériennes sont multiples aussi bien que différentes, et, pour être l'une de ces maladies, la vérole n'en est pas moins distincte de toutes les autres comme caractère et comme nature. » Cela, vous avez eu à le redire dans votre siècle, à le redire après nous et à le soutenir contre de nombreux opposants; mais cela, sachez-le bien, nous l'avions vu et dit avant vous; et sur ce point en particulier nous étions tout aussi avancés en l'an 1500 que vous l'êtes au dix-neuvième siècle, veuillez ne pas le méconnaître.

Seconde querelle. Vous vous flattez d'avoir été les premiers à découvrir ce que vous appelez les grandes lois, les lois primordiales de la vérole, à savoir : le début de la maladie par une lésion d'apparence locale au point même où s'est exercée la contagion, en ce point seul et non ailleurs; — l'isolement consécutif de cette lésion, qui, pour un certain temps, constitue l'expression unique de la maladie; — l'explosion à terme fixe, après cette période en quelque sorte muette, d'accidents multiples et divers, témoignant par leur dissémination d'une sorte d'empoisonnement de l'organisme, d'une disposition morbide générale; — et enfin la distribution de ces accidents suivant un certain ordre, lequel établit entre eux une véritable hiérarchie chronologique et divise la maladie en une série de stades ou périodes. — Toutes ces vérités, vous vous attribuez complaisamment le mérite de les avoir découvertes et promulguées. Eh bien, soit dit à votre grande surprise, tout cela nous le connaissions dès le quinzième et le seizième siècle; tout cela nous l'avions énoncé dans nos écrits. — Vous en doutez? Force m'est alors d'entrer dans les détails et de produire mes preuves.

(A suivre.)

---

(1) Voir au besoin les témoignages de : J. Grunpeck; — A. Benedict; — J. Benedict; — F. de Villalobos; — C. Gilini; — A. Montagnana; — P. Pinctor; — J. Widman; — Nicolas Léonicène; — G. Torella; — A. Beniveni; — W. Hock de Brackenaw; — J. Catanée; — Cl. Clementinus; — P. Trapolin; — M. Brocard; — P. Bembo; — P. Meynard; — Ulrich de Hutten; — Jacques de Béthencourt; — L. Phrisius; — P. A. Matthiole; — A. Ferry; — J. Fracastor; — J.-B. Fulgose, etc.

CORRESPONDANCE

Paris, le 16 mai 1872.

Très-honoré confrère,

M. Kraus a écrit dans votre journal que personne avant lui n'avait montré qu'il y a une affection blennorrhagique des conduits prostatiques, etc.

Voici ce que Béraud dit dans son *Atlas d'anatomie chirurgicale topographique* (planche LXVII), à propos de l'application à la pathologie et à la médecine opératoire :

« Quand l'urèthre est le siége de la blennorrhagie, on voit souvent l'inflammation progresser d'avant en arrière et se confiner dans un des orifices qui précèdent, ou arriver aussi jusqu'aux organes glandulaires dont ils dépendent; c'est ainsi que l'on s'explique les orchites, les prostatiques et les inflammations des glandes de Méry, survenant pendant le cours d'une blennorrhagie. »

Cette rectification me paraît indispensable à vos lecteurs.

Veuillez agréer l'expression de ma haute considération.

Dr J. Béraud.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

41. Courbon. De l'érysipèle scrofuleux.
42. Romain. Des contusions et plaies contuses de la vulve; indications qu'elles présentent.
43. Blanc. De l'arthritite déformante.
44. Muron. Pathogénie de l'infiltration de l'urine.
45. Mascarél. Considérations sur le siége des lésions traumatiques avec proposition d'une nouvelle classification.
46. Jan Kerguistel. Recherches sur la valeur séméiologique de l'augmentation de volume du grand trochanter dans les fractures extra-capsulaires du col du fémur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 13 mai 1872, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade d'inspecteur général : M. Roux (Jules), directeur du service de santé.

Au grade de directeur : M. Arlau (François-Joseph-Charles), médecin en chef.

Au grade de médecin en chef : MM. Gallerand (René-Ernest), médecin professeur; — Proust (Jean-François-Armand), médecin principal (promu au titre colonial).

— Le docteur Lebret est nommé inspecteur honoraire des eaux minérales.

— Les candidats pour le concours d'agrégation en chirurgie sont, pour trois places vacantes :

MM. Théophile Anger, Benjamin Anger, Horteloup, Lucas Championnière, Nicaise, Henri Bergeron, Terrier, De Lens.

Et en accouchement pour une place vacante :

MM. Chantreuil, Charpentier, De Soyre.

La question écrite qui a été donnée à ces derniers est la suivante :

« De la circulation chez l'embryon, le fœtus et l'adulte. »

— Le docteur Grimaud, ex-médecin inspecteur de Niederbronn (Bas-Rhin), est nommé inspecteur de l'établissement thermal de Baréges (Hautes-Pyrénées), en remplacement du docteur Lebret, démissionnaire.

— M. V. Cornil commencera des conférences cliniques à l'Hôtel-Dieu, samedi 25 mai, à 9 heures, dans l'amphithéâtre n° 3, et les continuera les mardis et samedis, à la même heure.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur F..., à Clermont-Ferrand : — Reçu vos envois. — La première observation sera publiée sous peu de jours.

M. le docteur L..., à Saint-Léger-sur-Beuvray : — Reçu votre envoi.

M. le docteur P..., à Noirmoutiers : — Le 30 avril 1873.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments ou autres objets).

L'étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Dictionnaire de la langue française, par E. Littré (de l'Institut). — La 27e livraison (Sou-Ten) vient de paraître. — Prix : 3 fr. 50. — L. Hachette et Ce.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. Traitement du croup par l'émétique (M. Bouchut). — Quelques observations de pleurésie traitées par la thoracentèse (M. Ch. Chaillou). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le petit débat soulevé sur la digitaline, à l'occasion de la lecture de M. Boudet sur ce sujet, s'est continué dans la séance d'hier, par une réplique de M. Gubler aux observations présentées par M. Devergie dans la précédente séance. M. Devergie avait demandé à M. Gubler des explications sur une apparente contradiction qu'il croyait voir entre le dernier dire de son collègue et les résultats de ses premières expériences. M. Gubler a répondu hier en quelques mots. Mais au moment où la discussion paraissait devoir se développer, il y a été coupé court sur l'observation très-juste que, la question ayant été déférée à l'étude d'une commission, il n'y avait pas lieu à y insister pour le moment.

Ce petit débat ayant pris déjà une bonne partie d'une séance qui devait être considérablement abrégée par un comité secret, on a dû renvoyer à mardi prochain la suite de la discussion sur l'empyème et la thoracentèse. Les quelques instants restés disponibles ont été utilement employés par une lecture de M. Félix Voisin sur un de ses sujets favoris d'étude, l'identité des causes du suicide, des crimes et de la folie, et par une présentation très-intéressante de M. Demarquay, relative à un cas de hernie congénitale étranglée, réduite, grâce à l'évacuation préalable des matières contenues dans l'anse intestinale étranglée, à l'aide de la seringue aspiratrice.

L'Académie s'est formée ensuite en comité secret, pour entendre la lecture du rapport de la section de pathologie médicale sur les candidats à la place vacante dans cette section. Les candidats, d'abord nombreux, se sont trouvés réduits à quatre par la retraite successive de plusieurs d'entre eux ; quatre vaillants candidats dont il suffit de dire les noms pour rappeler des travaux et des titres connus et appréciés de tous : MM. Bernutz, Jaccoud, Villemin et Woillez. Si nos renseignements sont exacts, voici dans quel ordre l'Académie aurait arrêté la liste de présentation : en première ligne, M. Bernutz; en deuxième ligne, M. Woillez, et en troisième ligne, et *ex æquo*, MM. Jaccoud et Villemin. A mardi prochain l'élection.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. BOUCHUT.

Traitement du croup par l'émétique.

Voici une nouvelle observation de croup guéri par l'émétique, qu'il faut ajouter à celles que l'on trouve dans les numéros 146 pour 1871 et 50 pour 1872 de la *Gazette*.

Marie D..., âgée de 5 ans et demi, entrée, le 22 avril 1872, au n° 1 de la salle Sainte-Catherine, service de M. Bouchut, sortie guérie le 5 mai.

Cette enfant a un frère qui vient d'avoir le croup, et qui a été amené à l'hôpital, où il a subi une opération suivie de succès.

Quinze jours environ après son frère, Marie D... a été prise de toux, de rhume, puis, au bout de quelques jours, la toux a changé de caractère, elle est devenue rauque, sèche, croupale ; la voix s'est enrouée, puis s'est éteinte ; la respiration s'est embarrassée, est devenue pénible, et l'enfant a été amenée à l'hôpital.

Les deux amygdales sont semées de points jaunâtres, membraneux, et il y a quelques îlots de même nature sur la face postérieure du pharynx. Pas d'engorgements des ganglions du cou.

Respiration un peu serratique, sifflante : 28 par minute ; voix éteinte ; toux fortement croupale. La résonnance de la poitrine est bonne, et l'air pénètre dans les poumons, car l'on y entend le murmure vésiculaire.

Il n'y a pas eu d'accès de suffocation, et il n'y a pas d'anesthésie

Urines normales. — Pouls régulier : 120. — Température axillaire : 37°,4.

Traitement. — Injections de coaltar saponiné au 40e dans le pharynx. — Tartre stibié, *cinq* centigrammes, et peu à boire. — Potages épais.

Le 24. — Pas de vomissements ; une selle en diarrhée.

Toux rauque, plus grasse, tendant à devenir catarrhale. — Voix éteinte. — Respiration vésiculaire normale.

Les fausses membranes du pharynx ont un peu diminué. — T. A. M., 38°.

Tartre stibié, *cinq* centigrammes. — Même traitement d'ailleurs.

Le soir, visage rouge animé. — Peau chaude mordicante. — T. A. 40°. Pouls : 120.

L'enfant est abattue, n'a pas vomi, a eu une selle liquide ; elle tousse de la même façon, et offre quelques râles dans la poitrine. — Pouls : 120.

Le 25. — L'enfant est mieux, mais la voix et la toux ont les mêmes caractères. — T. A. M., 37,5. — T. A. S., 40°.

Même traitement par le tartre stibié.

Le 26. — Même état, même traitement, et, pour aliment, un œuf. — T. A. M., 37°,5. — T. A. S., 38°.

Le 27. — La toux est tout à fait catarrhale, mais la voix est toujours éteinte. Il n'y a plus de fausses membranes dans la gorge. On continue le tartre stibié. — T. A. M., 38°. — T. A. S., 38°,2.

Le 28. — L'enfant est pâle et fatiguée ; le pouls est très-petit.

Elle a toujours la toux un peu rauque, catarrhale, et la voix éteinte. T. A. M., 38°. — T. A. S., 39°.

Même traitement. — Un œuf.

Le 29. — Plusieurs vomissements; une selle naturelle. La toux reste catarrhale, et la voix revient. L'enfant est plus vive, rose, joue assise sur son lit, et semble guérie. On supprime le tartre stibié. — T. A. M., 38°,4. — T. A. S., 38°,2.

Le 30. — L'amélioration se maintient. — T. 37°,6.

Le 1er mai. — L'enfant est guérie; elle ne tousse plus, mais sa voix revient lentement. La guérison se maintient, et la sortie a lieu le 5 mai.

QUELQUES OBSERVATIONS DE PLEURÉSIE

TRAITÉES PAR LA THORACENTÈSE (1)

Par le docteur Ch. Chaillou, de Tourny (Eure), ancien interne des hôpitaux de Paris.

1° Pleurésies séreuses.

Obs. VII. — *Pleurésie latente avec épanchement énorme. — 2 litres 1/2 de sérum. — Thoracentèse. — Guérison.*

B..., 45 ans, à Boury (Seine-et-Oise). La femme de ce malade a été atteinte d'une pleurésie purulente; nous la retrouverons dans les cas de ce genre.

Le 9 octobre 1871, nous lui enlevons la lèvre inférieure pour un cancroïde. Le 25 janvier 1872, je suis demandé par mon excellent confrère M. le docteur Cluzeau pour pratiquer avec lui la thoracentèse à ce malade. Il était allé quelques jours auparavant de Boury à Gisors (5 kilomètres environ), à pied, consulter M. le docteur Cluzeau. En arrivant, il était très-oppressé, il se plaignait d'une gêne dans le côté droit; on constata un épanchement énorme et pour lequel le traitement médical paraissait insuffisant. Le début remontait à cinq ou six semaines.

Couché et au repos, le malade est médiocrement oppressé; matité complète dans tout le côté droit, excepté sous la clavicule, dans l'espace de 3 à 4 centimètres, où il y a, au contraire, de la sonorité exagérée (bruit skodique); partout respiration absente ou souffle très-voilé. Égophonie. Le foie est fortement abaissé. Les espaces intercostaux élargis. Voussure appréciable à l'œil nu et qui, à la mensuration, donne en faveur du côté droit une augmentation de 2 centimètres. En présence d'un épanchement aussi abondant, nous craignons des accidents mortels de syncope; nous croyons le traitement médical insuffisant. Ponction et aspiration avec l'aiguille n° 2 de l'instrument Dieulafoy. L'évacuation est assez longue; le liquide rassemblé mesure *deux litres et demi*. Le soulagement s'est fait sentir dès le milieu de l'opération; quand elle est terminée, le murmure vésiculaire, un peu affaibli, se fait entendre partout; la sonorité est revenue, elle est atténuée par le développement encore incomplet du poumon, et probablement aussi par quelques fausses membranes. Je n'ai pas revu le malade. Mon confrère m'avait promis de m'informer si la guérison était entravée. J'ai su indirectement qu'il allait bien.

Obs. VIII. — *Pleuro-pneumonie double. — Tuberculisation à marche rapide. — Thoracentèse pour diminuer momentanément la dyspnée. — Mort.*

C..., 36 ans, couturière, à Écos. Femme d'assez grande taille, toussant habituellement tous les hivers; elle travaille trop assidûment et se nourrit mal. Elle m'appelle le 18 octobre 1871, croyant avoir une simple bronchite. Je lui trouve de la fièvre, avec un point de côté; un peu de souffle bronchique. Un épanchement se développe à droite; il diminue beaucoup après l'application de vésicatoires; mais une douleur dans le côté gauche est le début d'une pleurésie de ce côté. Quelques crachats sanglants. Le liquide ne disparaît complétement ni d'un côté ni de l'autre. Il survient bientôt de la fièvre intermittente, avec sueurs profuses, une véritable fièvre hectique. La malade maigrit avec une rapidité étonnante. Les crachats sont purulents, avec stries sanglantes; ils exhalent une odeur gangréneuse. Quelques jours avant la mort, l'épanchement du côté droit augmente; il amène une dyspnée avec suffocation, pour laquelle la malade demande un peu de soulagement. J'aspire, avec *l'appareil de Dieulafoy*, 400 grammes de sérosité; j'en aurais tiré davantage si, dans une secousse de toux, la malade n'avait pas déplacé l'aiguille: je ne juge pas à propos de faire une nouvelle piqûre. Les deux jours qui suivent, les phénomènes d'asphyxie recommencent, mais sans suffocation. Lentement, la malade meurt le 18 novembre 1871.

La thoracentèse était là palliative; il ne viendra à personne la pensée d'accuser cette piqûre *in extremis* d'avoir fait développer une phthisie galopante.

Obs. IX. — *Pleurésie aiguë avec épanchement peu abondant, mais chez un homme disposé aux syncopes. — Thoracentèse. — Guérison.*

M..., 40 ans, maréchal à Panilleuse. Malgré sa profession assez rude, il est très-impressionnable; une douleur de dent, un malaise, un pansement insignifiant, l'ont fait plusieurs fois tomber en syncope en ma présence.

Le 3 février 1872, il se plaint de fatigue, il est couché. Douleur légère dans le côté droit, léger mouvement fébrile, pas de sommeil, appétit nul, langue épaisse, nausées; il n'a pas été à la selle depuis plusieurs jours; rien d'anormal à l'auscultation. Eau de Sedlitz. Injection de morphine au point douloureux. Quelques jours après, il me fait dire qu'il va beaucoup mieux, mais qu'il a toujours des nausées. Émétique, *dix* centigrammes.

Je le revois le 8 février. Plus de fièvre; persistance du point de côté. Appétit revenu. Cauchemar la nuit. Il s'est levé plusieurs fois; mais, à peine debout, une syncope imminente le fait recoucher. Matité du côté droit. Souffle et égophonie. Absence de vibrations. En un mot, épanchement moyen du côté droit. Il n'y a pas péril. Cependant le malade supporte mal cette maladie: les étouffements quand il s'assied, les cauchemars, les tendances à la syncope me font craindre des accidents; d'ailleurs, le malade est un pauvre diable chargé de famille, qui a peu le temps de se soigner et qui pourrait faire des imprudences. Ces considérations me décident. Ponction avec l'aiguille n° 2 de *l'aspirateur de Dieulafoy*. J'enlève *cinq cents* grammes de sérosité. Vésicatoire pour enlever la douleur. Tisane nitrée.

Le *surlendemain*, le malade se lève, ainsi que les jours suivants; il sent les forces revenir. L'auscultation ne révèle qu'un bruit de frottement râpeux, preuve incontestable que le liquide ne s'est pas reproduit. La guérison ne s'est pas démentie.

Tels sont les cas d'épanchements pleurétiques traités par la thoracentèse qu'il nous a été donné d'observer depuis quelques années. Nous pourrions en ajouter un dernier, où il y a eu une récidive véritable, où, huit jours après la première ponction, nous avons dû en faire une seconde; nous ne relatons pas ce fait à cette place, parce que l'épanchement pleurétique n'était qu'un des éléments de la maladie; que le plus grave était, chez ce malade, un épanchement *péricardique*, qui a nécessité lui-même une opération.

Si nous analysons rapidement les quelques cas que je viens de rapporter, nous en trouvons un (observation VI) où une double ponction n'a été suivie d'aucune amélioration, puisqu'elle n'a donné issue qu'à quelques gouttes de liquide. En tout cas, là comme dans toutes les autres, la thoracentèse en elle-même, opération excessivement simple, n'a amené aucune complication; dans aucun d'eux on ne peut l'accuser d'avoir aggravé

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 16 et 18 mai 1872.

l'état du malade, dans aucun elle n'a été suivie d'accidents qu'on puisse lui imputer.

La thoracentèse a été employée comme moyen curatif cinq fois (Observations I, II, III, VII, IX). Tantôt l'indication était impérieuse, parce que l'on avait affaire à ces pleurésies latentes, sournoises, qui se développent lentement, presque sans gêne, permettent, comme dans les faits rapportés plus haut, de boire, de manger, de faire même quelques promenades éloignées, mais qui peuvent déterminer des syncopes mortelles. On ne pouvait pas hésiter davantage dans l'observation II; cette jeune fille était à demi asphyxiée. L'opération a été faite trop tard. J'ai dit, à la fin de la relation de cette malade, quelles circonstances m'avaient empêché d'agir plus tôt.

La thoracentèse a été employée simplement comme remède, au même titre qu'une application de ventouses dans les observations III et IX. Elle a donné dans ces deux cas, dont le premier prenait des allures inquiétantes, un résultat complet, et la durée de la maladie a été singulièrement abrégée, de même que dans les nos I et VII, où sa nécessité était absolue.

La thoracentèse a été palliative dans les observations IV, V, VIII; l'épanchement pleurétique coïncidait avec une affection du cœur, une pneumonie, une phthisie à marche rapide. On peut revendiquer comme une guérison l'épanchement accompagnant ce rétrécissement mitral, puisque le malade est mort un mois et demi après des accidents cérébraux venant compliquer l'affection cardiaque, sans que le liquide se soit reproduit dans la plèvre. Là où l'épanchement compliquait une pneumonie, une phthisie galopante, l'évacuation du sérum pleural a donné quelques heures de tranquillité.

Parmi les causes qui ont déterminé la mort dans les observations II, IV, V, VIII, trois étaient palpables : une affection du cœur, une pneumonie, une tuberculisation aiguë des deux poumons sont des causes de mort trop évidentes. Il n'en est pas de même de l'observation II. Cette jeune fille de 22 ans, dont la santé n'était pas encore rétablie, puisqu'elle est accouchée quelques semaines auparavant, est atteinte depuis douze à treize jours d'une pleurésie aiguë du côté gauche, puis elle est prise d'un œdème dur du visage, ayant, avec un érysipèle, une certaine ressemblance; le cœur est dévié; la dyspnée devient considérable. La thoracentèse enlève une grande cause de gêne, cependant on conserve des doutes sur la guérison, malgré un mieux très-prononcé, et quelques heures après, sans reproduction de liquide, la jeune fille meurt subitement. Je crois qu'il existait pendant la vie des coagulations dans les branches de la veine temporo-faciale et se continuant dans la jugulaire interne; des caillots semblables se sont-ils développés dans l'artère pulmonaire, ou les premiers ont-ils été transportés? c'est ce qu'en absence d'autopsie, je ne pourrais affirmer. En tout cas, ce fait peut certainement prendre place à côté des observations du docteur Daga (*Gazette des Hôpitaux*, 1863); celle de Blachez (*Union médicale*, 1862), que l'on trouve du reste réunies dans la thèse de Négrié, 1864, avec celles qu'il a recueillies ou qu'on lui a communiquées.

Quant au procédé opératoire, j'ai employé la canule de Reybard trois fois sans aucune difficulté. Le trocart capillaire employé par Blachez a l'avantage d'être toujours sous la main, parce qu'il est dans la trousse; mais s'il a l'avantage d'évacuer lentement le liquide, il suffit de peu de chose pour en obstruer la lumière. Deux fois j'ai ponctionné sans rien obtenir; j'ai recommencé le lendemain avec l'*aiguille de Dieulafoy*, et j'ai enlevé un litre et quart de sérosité. L'*aspirateur* que tout le monde connaît aujourd'hui a le grand avantage, une fois la pointe de l'aiguille cachée dans les tissus, de permettre d'avancer lentement, progressivement et sans crainte de blesser le poumon, jusqu'au liquide que l'on veut enlever, puisqu'il se précipite tumultueusement dans la pompe de cristal aussitôt que les orifices de l'aiguille ont pénétré dans la cavité pleurale distendue.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

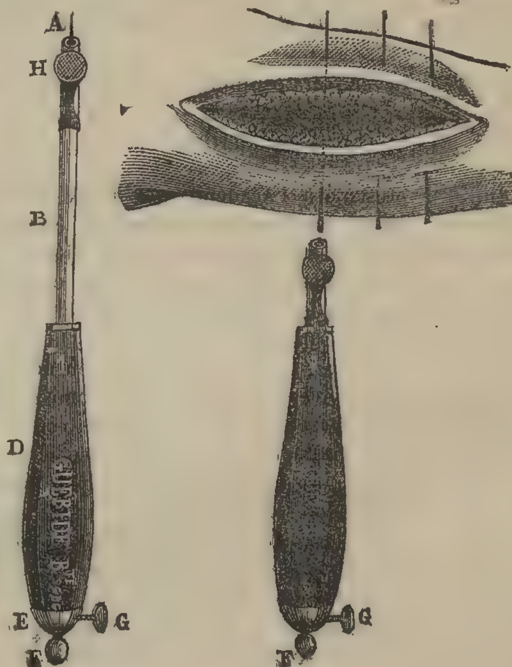
M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rapport de M. le docteur Fouquet (de Vannes) sur les épidémies, les épizooties et les travaux du conseil d'hygiène du Morbihan en 1871. (Commission des épidémies.)

M. le ministre des affaires étrangères envoie une lettre du consul général de France aux États-Unis, accompagnée d'une caisse contenant des échantillons de bois et d'écorce de Condurango. (Commission des remèdes nouveaux.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° Une note de M. le docteur Burq sur une application nouvelle de la métallothérapie au traitement du diabète. (Comm.: MM. Gubler et Marey); — 2° Un mémoire anonyme sur les inhumations prématurées et sur les moyens de les prévenir. (Commission du prix d'Ourches); — 3° Une lettre de remerciements de M. le docteur Autellet (de Civray), lauréat; — 4° Une note descriptive concernant un instrument nommé propulseur ou chasse-épingle, construit par M. Guéride sur les indications de M. le docteur Cintrat.

A l'aide du propulseur ou chasse-épingle, on peut aisément transpercer les tissus très-résistants avec une tige de peu de consistance et de longueur indéterminée. C'est ainsi que dans la suture entortillée on pourra se servir des plus fines épingles pour traverser les parties les plus dures de la peau, comme il en a été fait plusieurs fois déjà et avec succès.



L'instrument est si peu compliqué que les deux figures ci-jointes peuvent dispenser de description; et son maniement est si simple

qu'il suffira d'avoir un instant le propulseur dans la main pour en deviner le fonctionnement.

— M. GUBLER présente : 1° de la part de MM. les docteurs Martin-Damourette et Pelvet, une étude sur la ciguë et son alcaloïde ; — 2° Une note de M. le docteur Day sur une modification de la pile de Daniel ; 3° en son nom, un exemplaire de la *Revue scientifique* contenant la leçon d'ouverture de son cours sur les eaux minérales de France.

M. AMÉDÉE LATOUR présente, au nom de M. le docteur Garrigou, un volume intitulé : *Monographie de Bagnères-de-Luchon.*

M. LARREY présente : 1° une brochure sur la pleurésie et la thoracentèse, par M. le docteur Lereboullet ; — 2° Une étude sur les conseils de révision et la nouvelle organisation militaire, par M. le docteur Dionis des Carrières ; — 3° Un mémoire sur les amputations sous-périostées, par M. le docteur Poncet ; — 4° Une brochure sur la ponction de l'intestin, par M. le docteur Isnard (de Marseille) ; — 5° Un ouvrage sur les eaux et les boues minérales de Barbottan (Gers), par M. le docteur de Larbès.

M. LE PRÉSIDENT annonce que l'Académie se formera en comité secret, à 4 heures et demie, pour entendre la lecture d'un rapport de M. Sée, au nom de la section de pathologie médicale, sur les candidats à la place vacante dans cette section, l'élection devant avoir lieu dans la séance prochaine.

M. le président déclare ensuite trois vacances dans les sections d'anatomie et physiologie, d'hygiène, et de médecine opératoire, en remplacement de MM. Longet, Lecanu et Laugier, décédés.

LECTURES

M. GUBLER, à l'occasion du procès-verbal, lit une note en réponse aux observations présentées dans la dernière séance par M. Devergie, relativement à l'action comparative de la digitaline cristallisée et de la digitaline amorphe.

M. Gübler maintient les conclusions qu'il avait déjà posées, à savoir : que dans l'état actuel de la science il n'est pas possible d'établir la supériorité de l'une ou de l'autre des deux digitalines, et que, s'il s'en rapportait à ses propres expériences sur les animaux, ce serait la digitaline amorphe qui mériterait la préférence.

Après un échange d'explications entre MM. Devergie, Vulpian et Gübler, la question est renvoyée à la commission chargée de poursuivre les expériences.

M. F. VOISIN donne lecture d'un travail intitulé : *De l'identité de quelques-unes des causes de suicide, des crimes et de l'aliénation mentale.*

Cette lecture, inachevée, sera continuée dans une autre séance.

PRÉSENTATIONS

M. DEMARQUAY présente à l'Académie un jeune homme de 21 ans, auquel il a réduit une hernie congénitale étranglée, le mardi 7 mai, après avoir pratiqué l'aspiration du liquide et des gaz contenus dans l'anse intestinale étranglée. Voici en quels termes M. Demarquay rapporte les circonstances de ce fait :

Ce jeune homme avait été passer, avec sa famille, la journée du dimanche 5 mai à Versailles. Le soir, après une journée de fatigue, il fut pris de coliques vives accompagnées de vomissements. Il constata de plus qu'il s'était produit une tumeur assez volumineuse dans l'aine gauche. Les douleurs et les vomissements persistant le lundi, un médecin fut appelé, et déclara qu'il fallait conduire ce jeune homme dans le service chirurgical de la maison de santé, ce qui eut lieu le lundi 6, dans la soirée. L'interne de garde, après avoir pratiqué le taxis sans succès, mit sur la hernie une vessie remplie de glace et attendit au lendemain. La nuit fut mauvaise ; le malade fut très-agité et eut plusieurs vomisssements sur la nature desquels je ne suis point fixé. Le mardi 7 mai, au matin, je vis mon malade. Il avait les traits altérés ; la fièvre s'était allumée. La tumeur herniaire était volumineuse, allongée, suivant le canal inguinal. Le testicule était au contact de l'intestin. Nous avions donc affaire à une hernie inguinale gauche congénitale étranglée.

J'étais très-préoccupé de l'état de ce jeune homme, d'autant plus que je n'ai encore guéri aucune de ces hernies par l'opération. Je cherchai à réduire la hernie par le taxis. Le malade fut profondément endormi, et je fis le taxis avec soin ; mais ce fut sans résultat. Je me décidai alors à faire l'aspiration des liquides intestinaux et des gaz. Un trocart fin fut placé au centre de la tumeur, et, grâce à l'aspirateur de M. Potain, nous vîmes les liquides de l'intestin passer dans le vase servant de récipient. J'enlevai environ 120 grammes de liquide intestinal, sans compter les gaz. La tumeur s'affaissa complétement. J'enlevai alors le trocart, et je restai quelques minutes sans toucher à l'intestin, afin de voir si de nouveaux liquides ou de nouveaux gaz n'afflueraient pas dans l'intestin étranglé.

Aucune tuméfaction ne se produisant dans la tumeur, je me mis en demeure de pratiquer le taxis avec le plus grand soin, afin de prévenir tout accident. Il me suffit de presser de bas en haut, très-légèrement, pour sentir l'intestin rentrer dans la cavité abdominale. Le malade a été gardé au repos et à la diète ; l'opium, à dose fractionnée, fut administré, et il ne survint aucun accident abdominal. Le testicule seul fut enflammé, par suite des pressions dont il avait été l'objet.

Ce fait m'a beaucoup frappé, et je propose d'appliquer de nouveau ce mode de traitement :

1° A toutes les hernies congénitales et aux hernies récentes qui s'étranglent au moment de leur formation ;

2° Aux hernies anciennes, parfaitement réductibles peu de jours avant l'étranglement, et dans les hernies ombilicales récemment étranglées ;

3° Cette aspiration des liquides et des gaz, ayant pour but de rendre le taxis plus facile, ne devra être pratiquée que de bonne heure, à une époque où on a à peu près la certitude de réduire dans la cavité abdominale une anse intestinale non altérée et susceptible de reproduire ses fonctions.

A 4 heures et demie, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Sée sur les candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1872. — Présidence de M. LÉON GROS.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Rapport sur les baraques et hôpitaux, avec la description des postes militaires (Département de la guerre. Cabinet du chirurgien en chef. Washington, décembre 1870). — *Revue médicale de Toulouse*, janv.-fév. 1872. — *Bulletin médical du Nord de la France et de la Société centrale de médecine du département du Nord.* — *Bulletin de la Société de médecine pratique*, 1870-1871. — *Revue médicale de Toulouse* (ligature de l'artère linguale dans un cas de tumeur de la langue, par le docteur Gouzy, membre correspondant). — *Marseille médical*, déc. 1870, janv. 1871. — *Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus veineux intra-pe viens*, par M. Gillette, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. — Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, articles : MAXILLAIRE, OS, ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE, par M. Gillette. — *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques.* Thèse inaugurale de M. Gillette, 1867. — *Quelques faits d'obstétricie*, par M. le docteur Putégnat. — Une lettre de M. le docteur Costilhes, demandant le titre de membre honoraire.

A propos du procès-verbal, M. Perrin fait remarquer qu'il est

d'avis, malgré les objections qui lui ont été présentées, que la mortalité pour les déments ordinaires est plus grande dans les asiles que dans les familles, et que, dans ces dernières conditions, les malades reçoivent des soins qu'il est impossible de leur donner dans les asiles.

M. VOISIN dit qu'il y a deux catégories de déments : ceux qui sont dans l'aisance et ceux qui n'y sont pas. Pour les malades indigents, il est impossible de les soigner à domicile, car, surtout pour les gâteux, la nécessité de changer de linge très-souvent entraîne trop de frais. Quant aux eschares qu'on observe souvent, elles ne sont pas dues toujours aux mauvais soins, mais elles sont le résultat de l'affection organique, et elles se produisent souvent sans que le malade se soit alité.

M. MOTET fait observer que s'il est vrai que certains paralytiques qui n'ont que de la démence sont quelquefois pris de nostalgie dans les asiles, cela est néanmoins très-rare. D'un autre côté, c'est une erreur de penser que la vie soit abrégée dans les asiles; le contraire a lieu, car un très-grand nombre de paralytiques vivent huit, dix ans et même plus.

M. LUNIER. Il y a, de la part de M. Perrin, une erreur qui repose sur quelques faits particuliers que M. Perrin a tort de généraliser. D'ailleurs, certains paralytiques généraux peuvent parfaitement rester chez eux, mais il est certain que s'ils sont internés, ils ne meurent pas plus vite.

M. PERRIN reconnaît que les malades indigents sont évidemment mieux soignés dans les asiles; mais pour les malades riches, l'asile leur a ouvert une porte trop facile, ce qui permet aux parents de se décharger des devoirs de la famille.

M. COLLINEAU relit le résumé de l'enquête faite sur la conduite du corps médical allemand pendant la guerre.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Giraldès, Lagneau, Perrin, Chaussit, de Ranse, Lunier, Voisin, Forget, Durand-Fardel, Léon Gros, l'ordre du jour suivant est adopté :

« La Société de médecine de Paris, après avoir entendu le rapport de sa commission sur l'enquête, proteste contre les agissements d'un grand nombre de médecins allemands pendant la guerre de 1870-71. »

Elle décide à l'unanimité :

1° De publier le résumé du rapport et ses conclusions;

2° De déposer le corps du rapport et le dossier des documents en double épreuve dans les Archives et entre les mains du rapporteur de la commission;

3° D'adresser des remerciements à toutes les personnes qui ont répondu à l'appel de la commission d'enquête par la communication de documents précis, ainsi qu'aux rédacteurs en chef de la *Gazette des hôpitaux* et de l'*Union médicale*, qui lui ont prêté la publicité de leurs journaux.

La Société vote également des remerciements à M. Antonin Martin et à M. Collineau, rapporteur.

M. DELASIAUVE lit un mémoire sur les modifications à apporter au rapport sur la loi de 1838.

Messieurs, la question qui s'agite devant vous n'est pas nouvelle; elle a pris des physionomies diverses selon les circonstances. Avant la loi de 1838, le public ne réclamait guère contre les séquestrations abusives. Il en existait cependant un grand nombre; mais elles étaient dissimulées, parce qu'elles s'opéraient sans contrôle, soit dans des habitations particulières, soit dans des maisons religieuses où ne pénétraient point les regards profanes. Presque seuls, ayant été consultés ou les apprenant par voie indirecte, les médecins spécialistes en avaient parfois connaissance; ils les déploraient, et c'est une des graves considérations qu'ils faisaient valoir à l'appui de la nécessité d'une loi qui fixât le sort des aliénés abandonnés jusque-là, leur assurât protection, et déterminât les conditions d'admission et de régime auxquelles ils devaient être soumis. Esquirol, en particulier, a fortement insisté là-dessus.

Dans le monde, on était surtout frappé du manque de placement. L'idée de fureur et d'incurabilité qu'on avait de la folie se conciliait avec celle des cabanons et des chaînes. Par contre, les formes partielles étant méconnues, gens du monde et magistrats se scandalisaient quand la science, au nom de la monomanie, s'efforçait de soustraire un insensé à l'imputabilité d'un acte répréhensible.

A peu près vaincu sur ce point, le préjugé a pris d'étranges proportions en ce qui concerne les séquestrations. Si l'opinion tolère, non sans restriction, l'acquittement d'un prévenu qui jouit d'une raison apparente, elle considère le séquestré dans le même cas comme une victime de la malveillance, de la cupidité ou de l'arbitraire; en sorte que, selon les causes d'émotion publique, nous pouvons être taxés tour à tour ou d'une indulgence antisociale, ou d'une coupable atteinte à la liberté individuelle.

Arme terrible des détracteurs, ce dernier grief remonte du médecin à la loi de 1838. Est-il fondé? Est-il vrai que cette loi nous attribue un droit exorbitant, et ouvre ainsi carrière à de fréquents et criminels abus? Ses auteurs, législateurs ou aliénistes, auraient agi singulièrement contre leur but. Jamais intentions plus pures, attention plus scrupuleuse, n'ont présidé à une élaboration législative. En patronant l'aliéné comme malade, en consacrant à son bien-être et à son traitement des asiles confortables, on n'a rien négligé pour trouver le point conciliateur entre les exigences de la sécurité publique et la sauvegarde de ses prérogatives personnelles.

Je ne veux point rappeler ce que tant d'aliénistes ont dit des heureuses conséquences de la loi de 1838; ce serait, marchant sur les brisées de votre commission, stérilement reproduire les faits dont elle vous a présenté un résumé si saisissant. Que pourrais-je surtout ajouter à la défense victorieuse qu'elle a opposée à nos ardents critiques? Aucun de leurs arguments n'est resté debout. Elle a montré le vide de leurs pompeuses déclamations avec une énergie de conviction qui se trahit, nettement empreinte, dans les passages suivants.

Après avoir justifié par d'amples raisons l'article 8, si conspué, M. le rapporteur s'écrie : « Nous ne connaissons pas, messieurs, une seule des objections formulées contre la loi qui ne puisse être de même réduite à néant par un examen sérieux. »

Plus loin, à propos des sorties, où la faculté de les provoquer est si libéralement départie aux magistrats, aux familles, aux amis, votre commission termine ainsi son paragraphe : « Quand on songe que, depuis sa mise en vigueur, cette loi a été appliquée en France plus de 300,000 fois, sans qu'aucune condamnation ait jamais été prononcée par les tribunaux à la suite de réclamations qui leur ont été déférées par des aliénés qui se prétendaient injustement séquestrés, on est en droit de dire que la loi est bonne, qu'elle est tutélaire pour tous et qu'elle sauvegarde équitablement les graves intérêts auxquels elle avait à pourvoir. »

Ces paroles sont catégoriques. Si les allégations dirigées contre la loi manquent de fondement, la conclusion à en tirer, c'est qu'il semblerait plus fâcheux qu'utile d'y apporter des modifications, du moins en ce qui touche aux points attaqués. Casimir Pinel et moi, dans nos articles du *Journal de médecine mentale*, en avions jugé ainsi. Point de mal, point de remède. Nous avions bien constaté quelques défectuosités, mais ne se rattachant nullement à la liberté individuelle. Acceptable en principe, corollaire des obligations imposées aux départements, le domicile de secours offre, dans l'application, des inconvénients qui appellent l'atténuation. Peut-être aussi, par trop d'égards pour les susceptibilités des familles, n'a-t-on pas entouré d'assez de garanties les intérêts de fortune des malades, de ceux, notamment, admis dans les asiles privés. En plus d'un lieu et sous plus d'une forme, il y aurait enfin à étendre et à perfectionner le cercle de l'assistance.

Le clan de nos détracteurs ne s'en doute guère. Si, au lieu de se complaire dans de banales déclamations, ils consentaient à s'instruire, ils se convaincraient des progrès accomplis par nos soins, de ceux dont nous poursuivons sans cesse l'étude ou dont nous demandons la réalisation aux autorités administratives. Ce que, d'ailleurs, la loi n'a pas stipulé formellement, elle ne l'empêche pas. Par les ordonnances et les règlements, le pouvoir est assez armé pour subvenir aux lacunes que l'expérience lui révèle.

Vos commissaires savent cela parfaitement. Je m'attendais donc que, logiques et conformément à la pensée commune, ils viendraient vous déclarer qu'il n'y avait ni opportunité ni urgence à amender la loi de 1838; qu'elle se prêtait à toutes les améliorations, et qu'au surplus, dût-on y introduire quelques changements, ceux-ci appartenaient à un ordre tout différent des dispositions que réclamaient d'aveugles préjugés.

Or, à ma grande surprise et par une contradiction que j'ai peine à m'expliquer, c'est un parti contraire qu'ils ont pris. Non-seulement ils proposent un surcroît préventif pour la liberté individuelle, qui n'en a pas besoin, mais ils se taisent systématiquement sur les quelques défectuosités que, sans conteste, il serait bon de faire disparaître, comme s'il était indifférent de montrer aux gens la grosse bête, qu'ils négligent pour chasser la petite, imperceptible même au microscope.

Quelles considérations si pressantes les ont donc déterminés? Je ne saurais, quant à moi, y reconnaître l'importance qu'ils leur accordent. Le rapporteur croit prudent de tenir compte de l'opinion publique. « Elle a été égarée, » c'est vrai; « mais l'émotion a été assez générale et assez forte pour qu'on ne la dédaigne pas. »

En bonne conscience, est-ce là un argument sérieux? Qu'on satisfasse la fantaisie d'un enfant criard pour l'apaiser, cette condescendance est vulgaire. Notre mission est de dévoiler les préjugés, non de les caresser. Serait-il séant de traiter en bambins ceux à qui sont destinées nos observations? Que nous importent de vaines criailleries? De la lumière naît la force. Songeons que nous nous adressons à des intelligences d'élite, à des ministres, à des représentants, à des fonctionnaires supérieurs, et que vis-à-vis d'eux, pour notre dignité comme pour la leur, notre langage doit être ferme, sincère, sans ambages.

Ce qu'on propose, d'ailleurs, comporte-t-il, même en apparence, le moindre grain d'utilité? L'affolement public rend, dit-on, notre responsabilité lourde, et l'on voudrait que, dès le début, ostensiblement, les magistrats fussent appelés à la partager par un concours « qui serait moins le contrôle que la sanction élevée de nos actes! »

En matière de précautions, le superflu peut être nuisible. Aliénistes, si nous avons été ennuyés, c'est un peu notre faute. *Principiis obsta...* Nous n'avons su ni nous concerter ni répondre. Que pouvaient, contre la ligue du journalisme si longtemps monopolisé, quelques voix isolées? Des réclamations collectives, énergiques, méthodiques, incessantes, eussent bientôt triomphé du parti pris. La voie reste toujours ouverte. Faisons la clarté, incontinent les hiboux rentreront dans l'ombre.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

47. Budin. Considérations sur plusieurs cas de tétanos traumatique observés à l'hôpital Cochin pendant les années 1870-1871.

48. Sotériadès. Étude sommaire sur l'uréthrotomie externe (sans conducteur), pour un rétrécissement traumatique du canal de l'urèthre.

49. Thézel. De l'exstrophie de la vessie.

50. Legendre. Des adénopathies chez les scrofuleux.

51. Basset. De la pneumonie lobulaire chez l'adulte.

52. Bienvenüe. Considérations sur l'emploi chirurgical du cautère électrique.

53. Le Bunetel. Étude sur l'atrophie musculaire progressive.

54. Boyron. Essai sur la distribution géographique de la fièvre intermittente et de la phthisie pulmonaire au point de vue de leur antagonisme.

55. Pintaud-Desallées. Essai sur quelques affections générales ou locales susceptibles de compliquer la cataracte; indications et contre-indications à l'opération.

56. Gschwender-Oswald. Étude sur la trichinose chez l'homme.

57. Piéchaud. Essai sur les phénomènes morbides de la pression intra-oculaire.

58. Godinat. Considérations sur les fièvres palustres et sur la pneumonie intermittente.

59. Siebert. Quelques considérations sur les tumeurs du médiastin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le ministre de la marine vient de décider qu'à l'avenir et aussitôt le concours médical de la présente année 1872 :

1° Les médecins aides-majors d'infanterie de marine qui sont aux colonies depuis trois ans et au delà seront relevés et suivront, pour le service d'outre-mer, un tour réglé comme celui des adjudants-majors de l'infanterie de la marine;

2° Les médecins aides-majors de l'artillerie de la marine concourront pour le service colonial avec ceux des régiments d'infanterie de la marine et seront désignés pour le départ d'après leur ancienneté de séjour en France. Après trois ans de séjour consécutifs dans dans les colonies, ils seront relevés pour être replacés indifféremment dans le régiment de l'artillerie ou dans l'un de ceux de l'infanterie de la marine, suivant les vacances à remplir.

— Aujourd'hui paraît chez l'éditeur J. Rothschild, 13, rue des Saints-Pères, le nouvel ouvrage de M. Champfleury : *les Enfants* (1 vol. Prix : 3 f. 50).

Livre de tendresse et d'enseignement, particulièrement utile à la génération actuelle, à la famille, aux hommes, aux femmes, à ceux à qui dans vingt ans l'avenir demandera beaucoup.

Qui ne connaît la *Branche de lilas*, réimprimée par toute la presse de France et de l'étranger? C'est un des petits drames touchants qui traversent ce livre, où sont passés en revue, sans miévrerie et sans pédantisme, la gamme des sentiments domestiques et divers projets d'éducation; mais ce qui fera surtout la fortune du livre *les Enfants*, c'est la langue douce et pénétrante que M. Champfleury fait entendre aux mères de toutes les classes.

— A prendre de suite, par suite de décès, une bonne clientèle à Cheny (Yonne). Rapport : 9 à 10,000 francs. — S'adresser à M. Prevost, rue du Petit-Carreau, 10-12. Paris.

— On désire acheter une clientèle à Paris.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur G..., à Neuffontaines (Nièvre). — Ce journal a cessé de paraître.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité élémentaire d'histologie, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie. 1re partie, comprenant l'élémentologie et les tissus, avec 217 figures sur bois. — La deuxième et dernière partie paraîtra dans deux mois. Prix de l'ouvrage complet : 14 francs.

L'année scientifique et industrielle, par Louis Figuier. 15e année (1870-1871). — 1 vol. in-18 jésus. Prix : 3 fr. 50. — L. Hachette et Ce.

Les Merveilles de la chimie, par Martial Deherrypon. — Paris, 1872, 1 vol. in-18 jésus avec gravures. Prix : 2 fr. 25. — L. Hachette et Ce.

Étude sur le cancer primitif du larynx, par le docteur E. Blanc, — In-8° avec 1 planche en lithographie. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du cancer de l'utérus au point de vue de la conception, de la grossesse et de l'accouchement, par le docteur Gustave Chantreuil. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur la variole. Épidémie 1870-1871 observée à l'hôpital de Genève, par le docteur Revilliod. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Adrien Delahaye.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé à l'état de solution chloro-albumineuse, par le docteur Staub. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Principes de biologie appliqués à la médecine, par le docteur Ch. Girard. — In-18 jésus. Prix : 2 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Étude sur les causes de la mort dans la variole, par le docteur Huchard. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'aquapuncture, par le docteur Joannès Servajan. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité élémentaire de chimie organique, par M. Berthelot, professeur au Collége de France et à l'École de pharmacie. — 1 vol. in-8°. — Chez Dunod, quai des Grands-Augustins, 49.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le volume. — Chez A. Delahaye, place de l'École-de-Médecine.

De la Contagion, par le docteur Dieulafoy. In-8°. — Prix : 3 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Deux faits pour servir à l'histoire de la pleurésie purulente et de l'opération de l'empyème. — De la substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants continus énergiques ou temporaires dans les paralysies, les contractures musculaires et les tensions de nutrition (M. Le Fort). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Deux faits pour servir à l'histoire de la pleurésie purulente et de l'opération de l'empyème par l'incision.

A l'occasion de la question importante de pratique en ce moment pendante devant l'Académie de médecine, la question de l'empyème et de la thoracentèse, un appel d'observations nouvelles a été fait par M. Gosselin du haut de la tribune académique, appel dont la *Gazette des hôpitaux* s'est faite l'écho et que nous avons repris pour notre propre compte.

Répondant à cet appel, M. le docteur Ch. Jalabert, de Carcassonne, nous communique les deux faits suivants de pleurésie purulente, tous deux traités par l'incision de la paroi thoracique, tous deux suivis de guérison, mais avec fistule persistante.

Voici dans leurs traits principaux ces deux faits, laissant à notre correspondant, M. le docteur Jalabert, le soin de les rapporter lui-même.

1re OBSERVATION. — Une femme d'environ 35 ans, d'une constitution peu forte, est prise d'un violent point de côté à gauche. Je constate les signes ordinaires de la pleurésie avec épanchement. Je prescris des vésicatoires et des diurétiques. Après quelques jours de ce traitement, l'épanchement diminue, le bruit respiratoire est de nouveau perçu à des niveaux de plus en plus inférieurs, et, enfin, jusqu'à la base de la poitrine ; la fièvre cesse ; la malade entre en convalescence.

Mais, à la suite d'un nouveau refroidissement, le point de côté reparaît, l'épanchement se reproduit, attesté par la gêne respiratoire, l'obscurcissement du son à la percussion en arrière dans toute la hauteur de la poitrine, la dilatation des espaces intercostaux, l'ampliation générale de ce côté du thorax, l'égophonie, la diminution considérable des vibrations thoraciques pendant la phonation. A cet ensemble de signes, je ne puis méconnaître la présence du liquide, et cependant la respiration, un peu voilée il est vrai, continue de se faire entendre dans toute la hauteur en arrière. Je suppose, pour expliquer cette circonstance, que des adhérences produites dans l'intervalle des deux épanchements ont fixé le poumon à sa base et l'ont empêché de remonter lors du second épanchement.

Je reprends le traitement ordinaire des collections pleurales séreuses : vésicatoires, évacuants, etc., mais cette fois sans succès. La malade dépérit chaque jour, tandis que le liquide augmente manifestement de quantité. Au bout de quelques semaines, elle est dans le marasme, et la respiration ne s'exécute que péniblement.

Je méditais le parti à prendre, quand la malade me signala une tumeur qui s'est produite au-dessus du sein gauche, au niveau du second espace intercostal. Cette tumeur, du volume d'un œuf de poule, est rouge, chaude, rénitente, douloureuse, inflammatoire enfin. Le lendemain elle est augmentée de volume et fluctuante ; elle semble osciller par les mouvements respiratoires. Plus de doute, je me trouvais en présence d'un épanchement purulent cherchant à se faire jour.

Le lieu était certainement mal choisi, la déclivité de l'ouverture étant une très-importante condition de la guérison dans ces sortes de cas.

Je songeai donc à pratiquer l'opération de l'empyème au lieu d'élection ; mais, avant de prendre cette grave détermination, je priai mon ami M. le docteur Espallac, chirurgien en chef de notre Hôtel-Dieu, de voir la malade avec moi.

Ici je note avec soin une circonstance qui me paraît très-digne d'intérêt : c'est que la tumeur était devenue franchement pulsatile ; une large expansion se produisait en elle à chaque battement du cœur.

On n'a publié, si je ne me trompe, qu'un petit nombre de faits de ce genre : deux qui appartiennent à Graves, un à Stokes, un à Aran. Il est donc bon de les recueillir.

Bien que le diagnostic ne pût guère être douteux en présence de cette succession de phénomènes, nous ajournâmes notre opération. Au bout de deux jours, parut une seconde tumeur dans le sixième espace intercostal, à peu près au lieu d'élection ; elle était du volume d'une noix, fluctuante et pulsatile. Le lendemain, troisième tumeur de même volume, fluctuante, mais non pulsatile, dans le même espace, un peu en arrière.

Nous pratiquâmes une ponction exploratrice avec un trocart fin dans cette dernière tumeur, et la canule ayant donné du pus, nous y substituâmes une sonde cannelée, qui nous servit à pratiquer une incision transversale d'environ 3 centimètres, et intéressant toute l'épaisseur de la paroi thoracique. Un flot de pus coula aussitôt. Il en était sorti environ deux litres et demi, lorsque, craignant une syncope, nous appliquâmes le doigt sur la plaie pour suspendre l'écoulement. Quand, au bout de dix mi-

nutes, nous voulûmes le reprendre, des caillots s'étaient formés dans la plaie et l'empêchaient de se reproduire. Nous jugeâmes opportun de profiter de cette circonstance pour donner aux organes thoraciques et particulièrement au cœur le temps de s'habituer à ce changement de pression, et nous nous contentâmes d'appliquer un pansement simple, légèrement compressif.

Le lendemain, le pus coulait abondamment ; les tumeurs non ouvertes s'étaient affaissées ; la femme respirait sans peine. Son état général alla s'améliorant peu à peu. Après quelques semaines, elle était hors de danger, mais elle conserva toujours, ai-je dit, sa fistule thoracique. Du reste, cette dernière influait si peu sur sa santé, qu'étant devenue enceinte quelques mois après, elle put non-seulement arriver à terme, mais encore allaiter son enfant.

Cette observation remonte à six ans ; la femme qui en est le sujet a succombé il y a deux ans, mais à une affection complétement étrangère à sa pleurésie et à sa fistule.

2e Observation. — Un homme de haute taille et robuste, âgé de 30 ans, était convalescent d'une vomique pulmonaire ayant succédé à une pneumonie de la base du poumon droit, quand il fut pris d'un frisson violent et d'un point de côté très-intense un peu au-dessous et en dehors du mamelon gauche. C'était le début d'une pleurésie avec épanchement de ce côté. Un vésicatoire calma la douleur, mais n'eut aucune prise sur l'épanchement. Dans l'espace de deux mois environ, il en fut appliqué plusieurs sans résultat.

Cependant l'état général s'était aggravé chaque jour ; l'amaigrissement était considérable, les forces perdues, la respiration fort gênée, la fièvre vive ; de petits frissons irréguliers semblaient indiquer la nature purulente de la collection, laquelle était assez grande pour faire saillir en dehors les espaces intercostaux inférieurs et repousser un peu le cœur à droite.

Encouragés par le fait précédent, et la mort d'ailleurs paraissant imminente si nous n'intervenions pas, nous résolûmes, M. le docteur Espallac et moi, de nous faire jour jusqu'à la plèvre au moyen des caustiques, vu la répugnance du malade pour le bistouri. Un morceau de potasse caustique fut appliqué dans le sixième espace intercostal. Mais, quelques jours après, l'eschare tenant encore et l'oppression étant devenue excessive, sous prétexte de détacher cette eschare, je plongeai au travers d'elle le bistouri jusque dans la poitrine, et en le retirant je pratiquai une incision d'environ 3 centimètres. Le pus coula en abondance, chassé violemment par de fortes quintes de toux.

Cependant, le calme se rétablit bientôt, la respiration se fit facilement. A partir de ce moment, l'état du malade s'améliora, la fièvre tomba peu à peu, les forces revinrent, malgré l'écoulement continu du pus, mais en quantité de plus en plus faible.

Enfin, au bout de trois ou quatre mois, le malade put reprendre son travail, et il ne conserve de sa maladie que sa fistule et une déformation considérable du côté gauche du thorax, qui le fait marcher fortement incliné de ce côté.

Tels sont, ajoute notre correspondant, les deux faits que j'ai cru devoir faire connaître. Ils sont insuffisants, certes, pour fixer la question, mais ils contribueront pour leur part à montrer que l'opération de l'empyème par l'ancienne méthode n'est pas aussi absolument mauvaise qu'on le dit. Que les procédés nouveaux constituent un progrès, c'est possible ; mais, en cas d'empêchement, pour défaut d'instruments par exemple, on peut, me semble-t-il, recourir avec quelque confiance à la simple incision.

On voudra bien remarquer que, dans les deux faits ci-dessus, il n'a été pratiqué d'injection d'aucune sorte, les malades s'y étant refusés. Peut-être la teinture d'iode eut-elle amené la guérison des fistules ; mais, quant aux injections détersives, elles n'ont jamais été nécessitées par la fétidité du liquide qui ne s'est pas produite. Est-ce hasard ? Est-ce, comme on l'a dit, parce que cette fétidité est particulière aux épanchements de cause traumatique ? Je ne saurais le décider ; mais j'incline fortement à croire que la libre sortie du liquide, favorisée par une large incision, agrandie au besoin pendant le traitement, prime de beaucoup les autres conditions de succès. »

Nous livrons sans commentaire, pour le moment, ces deux faits, ainsi que les courtes réflexions dont M. Jalabert les a fait suivre, comme des documents qui pourront être utilisés dans la discussion, nous conformant en cela à son propre désir.

DE LA SUBSTITUTION DES COURANTS CONTINUS FAIBLES

MAIS PERMANENTS AUX COURANTS CONTINUS ÉNERGIQUES OU TEMPORAIRES, DANS LES PARALYSIES, LES CONTRACTURES MUSCULAIRES ET LES TENSIONS DE NUTRITION.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 20 mars 1872, par M. Le Fort.)

Messieurs, dans la dernière séance, j'ai eu l'honneur de vous présenter deux malades guéris par l'application permanente, ou du moins très-longtemps prolongée, de faibles courants électriques, l'un d'une paralysie de l'avant-bras, l'autre d'une paralysie avec contracture des muscles du mollet et de la plante du pied. Je n'ai pu que soumettre ces malades à votre observation, l'heure étant trop avancée pour me permettre de vous entretenir de leur histoire, et surtout du traitement auquel ils ont dû leur guérison.

Voici d'abord l'observation de ces deux malades.

Obs. I. — *Entorse du poignet et des articulations carpo-métacarpiennes du côté droit. Paralysie des muscles de la main et de l'avant-bras.*

Le nommé Victor G..., âgé de 18 ans, tapissier, entra à l'hôpital Lariboisière le 8 janvier 1872. Environ quinze jours auparavant, à la suite d'un mouvement exagéré de torsion de la main pour soulever un meuble un peu lourd, il ressentit un craquement dans le poignet, accompagné d'une vive douleur, et il lui fut dès lors impossible de travailler. On lui fit des applications d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée, et l'on pratiqua même sur la face dorsale de la main une incision superficielle qui donna issue à un peu de sérosité louche.

A l'arrivée du malade, je constate un œdème général de la main, un empâtement considérable ayant son centre au niveau de l'articulation du deuxième métacarpien avec la carpe, et une vive douleur à ce niveau, très-augmentée par la pression. Je me bornai à faire appliquer un bandage compressif et un badigeonnage iodé.

Deux jours après (10 janvier), l'œdème et la douleur commencent à diminuer, et l'amélioration continue les jours suivants sous l'influence des mêmes moyens, auxquels j'ajoute le massage.

Le 20, la douleur a cessé ; mais nous constatons que le malade ne peut relever les doigts et que l'avant-bras présente des signes d'amaigrissement, et peut-être même d'atrophie musculaire.

Le 22, j'essaye l'état de la contractilité musculaire par les courants d'induction. Les muscles répondent à peine lorsque les réophores sont appliqués sur l'avant-bras ; ils relèvent sensiblement la main et les doigts lorsque les réophores sont appliqués, l'un sur l'avant-bras, l'autre sur le radial, ou le cubital ou le médian. Jusqu'au 8 février, nous continuons à faire chaque matin une séance de faradisation ; mais il n'y a qu'une légère amélioration : le malade ne peut arriver à fermer complétement les doigts, et l'amaigrissement des muscles de l'avant-bras ne semble pas arrêté.

Le 12 février, j'applique un courant descendant produit par deux couples de la pile Callot-Trouvé. Le pôle positif est appliqué au haut du bras, le pôle zinc ou négatif à la partie inférieure de l'avant-

bras; l'application a lieu au moyen d'une plaque de cuivre d'un diamètre de 8 centimètres environ, posée sur quelques compresses mouillées. Le tout, recouvert d'un morceau de taffetas gommé, est retenu en place par quelques tours de bande. Dès le deuxième jour, tout empâtement a disparu au poignet, la raideur articulaire a diminué; le malade ferme les doigts et relève la main.

Jusqu'au 1er mars, deux éléments ont été constamment appliqués, sauf pendant une demi-journée le jeudi et le dimanche. Deux ou trois fois, en déplaçant l'appareil pour humecter les compresses, le malade a laissé l'un des réophores toucher la peau, ce qui a permis, par électrolyse, la formation de petites eschares superficielles.

Le 6 mars, le malade demande à sortir; il se juge complétement guéri. Cependant si l'intégrité des mouvements est revenue, il reste encore un peu d'atrophie, qu'une plus longue application des courants eût fait disparaître. Bien que les muscles de l'avant-bras aient repris depuis les derniers quinze jours une grande partie de leur volume, tout le membre supérieur droit est plus maigre, plus flasque que le gauche, et la différence se remarque également pour les muscles des éminences thénar et hypothénar. La force dans les mouvements du poignet et des doigts est moins grande du côté malade; mais le malade, qui apprécie peu ces différences, se juge tout à fait guéri, et veut aller reprendre ses occupations. Je ne m'oppose pas à sa sortie, car je suis convaincu par expérience que le travail rendra maintenant aux muscles tout leur volume et toute leur énergie.

Obs. II. — *Contracture avec atrophie des muscles du mollet et de la plante du pied; guérison par les courants continus permanents.*

Le nommé D... (Émile), âgé de 18 ans, entra à l'hôpital Lariboisière le 12 janvier 1872.

Il y a un an, le malade éprouva, sans cause appréciable, une douleur exclusivement limitée à l'articulation tibio-tarsienne droite, mais sans œdème du pied ou du cou-de-pied. Cette douleur disparut spontanément après deux mois. Il y a dix-huit mois environ, la douleur, après avoir cessé à droite, apparaissait à gauche, lorsqu'il se fit une légère entorse du même pied en descendant de voiture. La douleur reparut, mais en arrière et au-dessus du talon, et jamais sur les côtés de l'articulation tibio-tarsienne, ni à la face plantaire, ni au niveau des articulations des orteils avec le métatarse. La douleur resta localisée au-dessus du talon et dans le mollet. Bientôt le malade s'aperçut qu'il marchait difficilement, seulement sur la pointe du pied, et que le talon ne touchait pas le sol. Pendant ces huit mois, le malade vit plusieurs médecins, qui lui prescrivirent des frictions sur le mollet. Ces traitements ne furent suivis d'aucun résultat.

Lors de son entrée à l'hôpital, nous constatons que le malade est atteint d'une notable claudication; le pied ne peut être ramené à l'angle droit avec la jambe. Ces tentatives s'accompagnent d'une vive douleur au talon et dans le mollet, et l'on constate une forte tension des muscles du mollet. Si on appuie sur l'extrémité du métacarpe, on sent l'aponévrose plantaire fortement tendue, indépressible, formant comme une corde saillante, ce qu'on ne trouve pas de l'autre côté. La pression sur le mollet est douloureuse; tout le membre inférieur gauche est amaigri; la différence entre les deux côtés est de deux centimètres pour la cuisse, de trois centimètres pour la jambe au niveau du mollet. La peau est plus pâle, moins couverte de poil. Il y a de la claudication et de l'hésitation dans la marche. Le malade monte facilement les escaliers, mais il les descend avec plus de peine. S'il reste quelque temps à genoux, il a de la difficulté à se relever. Il a assez souvent des crampes dans le mollet gauche.

Le 30 janvier, j'applique, de la cuisse au dos du pied, un courant de deux éléments Callot-Trouvé. Dès le lendemain, le malade se sent déjà le mollet moins roide, et en effet il paraît y avoir moins de tension du tendon d'Achille, en même temps qu'un peu plus de facilité dans le mouvement du pied. On ajoute un élément.

Le 8 février, le malade a continué à se sentir amélioré; la roideur a diminué sensiblement. On ajoute un quatrième élément. Il les conserve appliqués jusqu'au 28 février, jour et nuit, sauf le jeudi et le dimanche, où il prend une demi-journée de repos et de promenade.

Le 1er mars, comme le précédent malade, son voisin de salle, il se juge guéri et veut absolument retourner dans sa famille. En effet, il n'y a plus de roideur ni de tension quand la marche a lieu au pas ordinaire. Cependant, lorsque le malade court, il sent encore un peu de traction sur le talon; la flexion est un peu plus limitée que du côté sain. Le membre gauche, au lieu d'être contracturé, comme au début, est un peu plus flasque que le membre droit, surtout quand le malade est au lit. La contraction des muscles du mollet est aujourd'hui tout à fait volontaire. Si le malade, étant debout, relâche ses muscles, on ne sent aucune différence entre le côté gauche et le côté droit. Le pied porte dans toute sa longueur, et le talon appuie sur le sol. La différence entre les deux membres n'est plus que d'un demi-centimètre, aussi bien pour la cuisse que pour la jambe.

Ce n'était point la première fois que j'appliquais les courants continus faibles, mais permanents, au traitement des paralysies musculaires. Je vous ai déjà entretenus d'un malade que j'ai guéri ainsi à l'hôpital Cochin, en 1869, d'une paralysie complète de la sensibilité et du mouvement dans tout le membre supérieur gauche, paralysie survenue à la suite d'une luxation de l'épaule. Je rappellerai brièvement cette observation.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — *Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Lyon médical*.

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Robert : la *Statistique des opérations pratiquées, du 14 août au 1er novembre 1870, à l'ambulance du quartier Coislin, à Metz.* (Commission de statistique); — *Paris, étude démographique*, par le docteur Ély.

M. Chassaignac présente, au nom de M. le docteur Duménil, membre correspondant, un travail sur le *Drainage chirurgical appliqué au traitement de la pleurésie purulente.*

M. Guéniot présente, au nom de M. le docteur Rizzoli, un ouvrage intitulé : *Clinique chirurgicale, traduit de l'italien, par le docteur Andreissi.*

M. Labbé lit un travail de M. Oré, de Bordeaux, sur l'injection intraveineuse; — Action physiologique du chloral injecté dans les veines; — Effets de cette injection contre les accidents tétaniques; — Déductions cliniques. (Cette lecture sera achevée dans la prochaine séance.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Chassaignac soumet à l'examen de ses collègues les pièces justificatives suivantes à l'appui de son travail sur les résections :

1° Un mémoire sur la résection de la clavicule, publié dans la *Gazette hebdomadaire*, n° du 8 juin 1855;

2° L'opération complète d'une malade opérée de résection et présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 16 janvier 1855;

3° Un tableau de 17 opérations de résection faites avec suc-

cès; tableau mentionnant : 1° l'âge des sujets opérés et la date exacte de l'opération; les hôpitaux dans lesquels l'opération a été faite; les résultats cliniques constatés par dates précises; 2° l'indication bibliographique du lieu de publication;

4° Un atlas contenant 20 planches qui représentent les procédés à incision unique auxquels plusieurs chirurgiens se sont ralliés ultérieurement à 1844, époque où tous ces procédés ont été décrits à la Société de chirurgie.

Discussion sur l'érysipèle.

M. LÉON LE FORT. La communication de M. Verneuil sur l'érysipèle précoce, se montrant presque sans phénomènes précurseurs chez les malades déjà atteints de plaies en suppuration, lorsque l'on blesse en quelque sorte leur plaie, lorsque, de cette plaie ancienne, on fait sur un point une plaie nouvelle par un cathétérisme, une exploration de cette plaie par la résection d'un bord cutané à demi-détaché et peu vivace, a soulevé deux questions déjà fort souvent discutées : l'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle; le caractère épidémique ou contagieux de cette maladie.

Le procès-verbal de la séance du 24 avril 1872 me représente comme soutenant, avec M. Després, l'identité des deux maladies. C'est, vous allez le voir, m'attribuer une opinion que je n'ai point émise et que je ne saurais avoir. En effet, quand on parle de l'identité de l'angioleucite avec l'érysipèle, il est clair qu'on ne peut avoir en vue que l'angioleucite des réseaux lymphatiques, maladie qui se caractériserait par des symptômes identiques à ceux de l'érysipèle. Or, si pour M. Després l'érysipèle n'existe qu'à titre d'angioleucité réticulaire, pour moi l'angioleucite réticulaire n'existe qu'à titre d'érysipèle, autrement dit, l'angioleucite réticulaire n'existe pas. Voici de quelle façon, pour le moins singulière, je partagerais les idées de M. Després.

Les découvertes anatomiques et physiologiques ont toujours une grande influence sur les théories médicales. Lorsqu'on découvrit l'existence des phénomènes réflexes, on fit jouer à l'action réflexe un rôle fort exagéré. Lorsque Virchow fit ses travaux sur les embolies, on ne vit partout que des obstructions emboliques. Plus récemment et aujourd'hui encore, depuis les belles expériences de M. Claude Bernard sur les effets de la section du grand sympathique, on fait figurer, dans presque toute la physiologie pathologique, les modifications de la circulation sous l'influence des *vaso-moteurs*. Aujourd'hui, c'est le tour des ferments.

Les travaux de Panizza, de Breschet, de Sappey, en faisant connaître les lésions lymphatiques du derme, devaient amener à faire jouer à ces vaisseaux un rôle analogue en pathologie à celui qu'on avait fait jouer aux vaisseaux lymphatiques afférents lors de leur découverte. Alard en 1824, Velpeau en 1835, décrivirent la lymphangite, puis l'angioleucite, et Blandin émit le premier cette idée, reprise depuis par M. Després : l'identité de l'angioleucite et de l'érysipèle.

Si on admet cette fusion des deux maladies, il faut bien admettre, puisque l'érysipèle se montre partout, qu'il y a partout des réseaux lymphatiques assez serrés pour que leur inflammation donne naissance à cette rougeur diffuse, étendue uniformément sur de larges surfaces. Or, on ne peut trouver de réseaux lymphatiques d'une pareille finesse dans bien des points où existe l'érysipèle. Nombreux sur quelques points de la face, aux oreilles, sur le cuir chevelu, au scrotum, sur le prépuce, autour des ouvertures naturelles; fins et nombreux aux doigts, aux orteils; existant également sur quelques muqueuses extérieures, comme au gland, sur le col utérin, le vagin; dans quelques glandes, comme la mamelle, les réseaux lymphatiques démontrent pathologiquement leur présence par le gonflement rapide des ganglions correspondants, lorsqu'une cause d'irritation siégeant à leur niveau a amené une perturbation de leurs fonctions. Aussi voyons-nous tous les jours la moindre plaie quelque peu irritée, la moindre ulcération du nez, du cuir chevelu, des oreilles, des lèvres, amener l'engorgement des ganglions lymphatiques. Nous savons la constance de l'adénite inguinale dans les ulcérations vénériennes des organes génitaux; nous savons la fréquence, sinon même la constance, de l'extension aux ganglions du cou, de l'aisselle, des épithélioma, ou des cancers des lèvres, du sein, de la langue; et quand nous voyons engorgés, tuméfiés, les ganglions verticaux de l'aine, nous savons que c'est d'abord vers les orteils, vers le pied, que nous devons avant tout rechercher la présence de la plaie, de l'écorchure qui a pu amener cette adénite. Or, si les adénites sont fréquentes, sont ordinaires dans ces circonstances, nous savons combien relativement elles sont rares quand la plaie siége sur les parties dépourvues de réseaux lymphatiques. Le moindre furoncle siégeant sur les membres, surtout à leur face interne ou à leurs extrémités, s'accompagne d'adénite; elle est bien autrement rare même dans les grands anthrax du dos. Et cependant partout on voit l'érysipèle, partout on le retrouve avec les mêmes caractères, que le réseau lymphatique soit fin, soit serré, ou à peine démontrable par l'anatomie.

Mais ici, messieurs, je dois prévoir une objection : les recherches anatomiques n'ont pas, jusqu'à présent, fait découvrir partout de réseaux lymphatiques, mais on ne peut en inférer que ces réseaux n'existent pas et ne seront pas ultérieurement découverts. J'accepte l'argument, je veux même le croire fondé dans une assez large mesure; mais alors je me heurte à un autre obstacle, je rencontre une nouvelle objection.

Pour expliquer la rougeur accompagnant la soi-disant inflammation des réseaux lymphatiques il faut : ou bien que leur contenu soit devenu rouge, ou bien qu'il y ait un développement anormal et momentané de leurs *vaso-vasorum*, caractère principal de l'inflammation.

La première supposition ne peut nous arrêter; il ne nous reste donc que la seconde. Or, s'il y a des *vaso-vasorum* dans les vaisseaux lymphatiques collecteurs, il n'y en a pas dans les canalicules réticulaires, et les capillaires lymphatiques manquent de *vaso vasorum* sanguins. Teichmann, Belajeff, Sappey, Robin, ont montré que ces capillaires n'ont qu'une paroi simple, épithéliale formée par des cellules allongées, polygonales, fusiformes. Or, comme on ne peut admettre que l'inflammation puisse se montrer avec son caractère de rougeur, de vascularisation là où il n'y a pas de vaisseaux, je suis bien obligé de nier l'existence d'une angioleucite des réseaux se caractérisant par des symptômes analogues à ceux de l'érysipèle.

Qu'observons-nous au lit du malade?

Autour d'une plaie accidentelle ou chirurgicale, d'une piqûre vaccinale irritée par le contact de substances et quelquefois de médicaments irritants, comme le cérat altéré, le diachylon, quelquefois par des pansements mal faits, par le frottement des linges ou des vêtements, nous voyons survenir de la rougeur. Cette rougeur s'étend en cercle, en général assez régulier, jusqu'à une certaine distance de la plaie; la douleur, la chaleur, la tuméfaction, la rougeur de la peau nous indiquent bien, à défaut même d'une légère amélioration du pouls, qui du reste existe presque toujours, qu'il s'agit là d'une véritable inflammation. C'est la peau, c'est le tégument cutané dans toute son épaisseur qui est enflammé. Bientôt, surtout si la plaie siége dans une région abondamment fournie de capillaires lymphatiques, on ne tarde pas à voir le malade se plaindre d'une douleur dans l'aine, dans l'aisselle, et l'on y découvre une tuméfaction, un engorgement des ganglions lymphatiques; et cependant, entre la plaie et le ganglion ainsi altéré sous l'influence manifeste de cette plaie, on ne trouve encore ni rougeur, ni trace d'inflammation. C'est que la peau, altérée dans ses fonctions, a fourni aux vaisseaux lymphatiques, qui l'ont transportée au ganglion, une lymphe altérée elle-même dans sa composition, irritante, et qui devient l'origine de l'inflammation des lymphatiques ganglionnaires. C'est l'*adénite simple*.

Mais si l'altération, l'inflammation de la plaie cutanée persiste, et surtout si elle augmente, on voit apparaître entre la plaie et les ganglions des cordons rouges, d'un rouge vineux, qui ne sont autre chose que les gros vaisseaux lymphatiques afférents dont les *vasa-vasorum* se sont injectés, et qui ont communiqué leur inflammation au tissu cellulaire au milieu duquel ils circulent, et même à la

peau, sur la face profonde de laquelle rampent les gros vaisseaux. C'est l'*angioleucite diffuse simple.*

Puis vient une troisième période. Que la lymphe altérée continue à arriver au ganglion en quantité plus considérable, ou qu'elle lui arrive avec un surcroît d'altération dû à l'augmentation de l'inflammation de la plaie, l'inflammation du ganglion augmente, s'étend à l'atmosphère celluleuse au milieu de laquelle il est plongé, et nous verrons survenir, non pas, comme on le croit trop souvent quand il s'agit d'adénites franches, inflammatoires, mais, comme on le voit quelquefois, des adénites suppurées, mais des *phlegmons périganglionnaires.*

Ce qui se passe autour des ganglions se passe aussi autour des vaisseaux lymphatiques afférents, des troncs lymphatiques qui vont de la plaie aux ganglions. Le tissu cellulaire qui les entoure s'enflamme; la peau elle-même, dans ses éléments les plus profonds et même dans toute son épaisseur, participe à l'inflammation; des sillons rougeâtres, s'élargissant çà et là en des plaques plus ou moins larges, se montrent le long du trajet de ces vaisseaux; la peau, à ce niveau, a tellement augmenté de consistance, d'épaisseur, qu'on ne peut la saisir entre les doigts; là encore, si l'inflammation augmente sous l'influence première de l'irritation apportée par les lymphatiques enflammés, elle peut aller jusqu'à la suppuration, qui se montre sous forme de petits phlegmons cutanés ou sous-cutanés, de petits abcès séparés les uns des autres et placés le long du trajet des vaisseaux lymphatiques. C'est l'*angioleucite simple phlegmoneuse.*

Enfin, messieurs, dans d'autres circonstances, les désordres vont plus loin encore. La lymphe altérée circulant dans les vaisseaux lymphatiques afférents, et même dans ces capillaires lymphatiques réduits à une paroi épithéliale, agit sur le tissu cellulaire, au milieu duquel circulent les canaux à paroi simple et élémentaire, comme elle agit à travers la couche épithéliale interne sur le gros vaisseau lymphatique ayant ses tumeurs propres et ses *vasa-vasorum* particuliers. Ce tissu cellulaire s'enflamme, la peau s'enflamme à son tour, et nous avons alors ces plaques rougeâtres plus ou moins étendues autour de la plaie, ou sur le trajet des principaux lymphatiques qui en émanent. C'est l'*angioleucite diffuse*, et je conserve ce nom à la maladie pour indiquer dans quels éléments anatomiques se trouve son point de départ primitif.

Mais là encore l'inflammation peut aller jusqu'à la suppuration, et nous trouverons alors non plus de petits abcès isolés, disséminés le long du trajet des vaisseaux lymphatiques, mais des nappes purulentes plus ou moins vastes, étendues sous la peau qu'elles décollent, en un mot, une *angioleucite phlegmoneuse diffuse.*

Or voici ce qui caractérise essentiellement toutes ces lésions et qui les distingue nettement de l'érysipèle, bien que l'*angioleucite phlegmoneuse diffuse* ne soit à proprement parler que la maladie appelée l'érysipèle phlegmoneux. C'est d'abord que les angioleucites simples, phlegmoneuses, circonscrites ou diffuses suivent toujours le trajet des vaisseaux, c'est-à-dire vont de la circonférence au centre, tandis que l'érysipèle se promène çà et là sans que rien semble lui tracer une route définie. C'est que l'érysipèle est limité par des bords saillants ou nettement tranchés, tandis que la rougeur de l'angioleucite se confond par teintes graduellement décroissantes avec la couleur normale de la peau. C'est enfin que l'érysipèle a des symptômes précurseurs, tandis que ces symptômes manquent en général dans l'angioleucite. Si l'on me demandait pourquoi la rougeur de l'érysipèle affecte cette forme, quelle est la nature de la maladie, comment on peut expliquer sa migration par poussées successives, je confesserais à cet égard mon ignorance, et je ne sache pas que personne ait pu jusqu'à présent expliquer pourquoi, dans d'autres fièvres éruptives, comme la rougeole ou la scarlatine, l'injection des vaisseaux de la peau affecte des formes si nettement limitées et le plus souvent si caractéristiques.

En résumé, on peut admettre l'inflammation des vaisseaux lymphatiques afférents, des troncs ou des ganglions lymphatiques; on ne peut admettre l'inflammation des capillaires lymphatiques réticulés. On peut admettre que, de même que la présence de lymphe altérée provoque l'inflammation des parois propres d'un vaisseau lymphatique, et plus tard l'inflammation des tissus voisins, de même la présence de lymphe altérée circulant dans les capillaires lymphatiques, n'ayant d'autre paroi qu'une couche de cellules épithéliales, peut amener l'inflammation et même la suppuration du tissu cellulaire au milieu duquel ils rampent; mais je ne saurais admettre l'inflammation des réseaux lymphatiques eux-mêmes, et moins encore l'identité de l'érysipèle avec l'angioleucite circonscrite ou diffuse, puisque en dehors de toute particularité tenant à la marche de la maladie, on voit l'érysipèle là où il n'existe pas, où il ne saurait exister d'angioleucite.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1872 (1). — Présidence de M. Léon Gros.

M. DELASIAUVE continue ainsi :

Le vœu formulé par la commission est vague. Quand on proclame une conception, encore faut-il qu'elle soit praticable. Part large a été faite à la magistrature, on en convient. On avoue même que, lorsqu'elle est intervenue en opposition avec le sentiment médical, ç'a été généralement d'une façon malheureuse. « Le président du tribunal, écrit M. le rapporteur, est loin d'être lié par le rapport des experts... Faisant comparaître l'auteur de la plainte, il arrive parfois que, malgré l'avis des médecins, la séquestration cesse immédiatement... Ces décisions n'ont pas toujours des conséquences heureuses. » Je vous ai cité, dans la dernière séance, cet aliéné qui, soustrait ainsi à une maison de santé par une volonté présidentielle, échappe aussitôt à sa famille, s'empare de sa malle et de l'argent qu'elle contient, fait 120 lieues en chemin de fer, débarque à Paris et s'y fait arrêter quelques jours après à la suite d'extravagances sans nombre. De pareilles erreurs ne sont pas plus rares qu'aujourd'hui encore les condamnations d'aliénés inculpés de délits ou de crimes accomplis sous l'influence de la folie.

On accuse les magistrats de tiédeur dans leur mission de protection et de contrôle. Le Gouvernement, non la loi, serait ici en faute. A lui de maintenir et de stimuler leur zèle. Mais le reproche porte à faux. Plus fréquente qu'on ne pense, leur intervention ne s'exerce même pas toujours à propos. On se lasse d'une besogne inutile. S'ils mettent peu d'empressement dans les inspections dont ils sont chargés, ce n'est pas, tant s'en faut, que, comme enfants heureux de faire l'école buissonnière, ils aient le désir de fuir l'obligation Quand cinq, six fois, ils se sont présentés dans une maison de santé, et qu'ayant parcouru les quartiers, interrogé un à un les malades, vérifié les registres, ils voient que tous les placements sont motivés, et que, la sollicitude partout agissante, l'abus n'est nulle part, quels mobiles les induiraient à des déplacements superflus? La décence souffrirait de la répétition de ces courses vaines, et ils ont d'autant moins de scrupule à s'abstenir qu'ils savent que la vigilance des autorités administratives est de tous les instants.

Nos collègues de la commission attachent un grand prix à ce que le concours des magistrats s'effectue au moment de l'entrée. On a déjà, devant vous, combattu ce système, non sans fondement. Que leur première visite ait lieu dans le délai le plus rapproché, nous n'y contrevenons point. La loi l'autorise. Pour que cela soit, il n'y a qu'à le vouloir. C'est affaire au ministre. Pas n'est besoin de recourir à un nouveau texte. Imposer, au contraire, leur présence aux admissions, ce serait créer une situation impossible, irrégulière, intolérable. Entre autres inconvénients, ce que, pour moi, j'y entrevois d'abord, c'est le bouleversement de l'économie de la loi actuelle, l'infirmation des certificats antérieurs, un em-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

piétement sur les droits administratifs, une source de conflits entre la compétence et l'incompétence.

Pour apprécier ce résultat, il faut pénétrer dans le mécanisme du fonctionnement. Un aliéné nous arrive ; nous l'examinons, nous compulsons son dossier ; puis, notre conviction formée, nous rédigeons le certificat immédiat et passons outre à nos travaux ou à notre visite. En sera-t-il de même en cas de concert nécesssaire avec le contrôle judiciaire ? Y aura-t-il un ou plusieurs magistrats ? Seront-ils exacts au rendez-vous ? N'aurons-nous pas souvent à accepter leur heure ? Le mal n'est pas douteux. Il nous serait commandé, néanmoins, par la bienséance, d'entrer dans de suffisantes explications, de prolonger l'entretien et de sacrifier un temps précieux.

Une fois, soit. De pareilles relations sont honorables. Mais les réceptions se renouvellent. A Paris, tels services admettent trois à quatre malades par semaine ; agréable d'abord, monotone bientôt, ce contact à vide finirait, en se multipliant, par devenir une corvée plus lourde assurément que le fardeau de la responsabilité.

Supposons une de ces vésanies indécises, occasion de tant de lances rompues. Les juges ou débonnaires, s'en rapporteront à notre avis, ou épilogueurs se feront un point d'honneur de contredire. La première hypothèse implique l'aveu de la stérilité de la fonction. Dans la seconde supposition, voyez ce qui suivra. Les attestations médicales seront frappées de suspicion en l'absence de leurs auteurs. L'administration qui aura ordonné ou autorisé le placement sera elle-même tenue en échec, sans figurer pour se défendre. Entre nous et les magistrats surgira une controverse qui, si nous ne réussissons pas à les persuader, se traduira par un conflit au dehors, et peut-être, car on sait ce que sont les hommes, dégénérera en une irritation réciproque, capable de rendre difficiles les rapports ultérieurs. Tout ce tracas, pour aboutir à quoi ? Répétons-le : au néant. On avance que, par ce commerce, les jurisconsultes se familiariseront avec l'aliénation mentale. Nous préférons d'autres moyens de les instruire.

Nous avons parlé de la situation du médecin. Celle des magistrats ne serait pas plus enviable. S'imagine-t-on ce qu'apporterait de trouble dans leur existence, de perturbation dans leurs habitudes, cette incessante obligation de courir dans les asiles publics et privés pour assister aux admissions des malades ? Encore si ces asiles étaient tous à proximité. Mais un grand nombre, dans la Seine comme dans les autres départements, sont à distance des chefs-lieux. Ville-Evrard et Vaucluse sont situés à 4 ou 5 lieues de la capitale. Charenton, Ivry, Saint-James, Vanves, Passy, renferment les maisons privées les plus considérables. Il y a 5 kilomètres de Quatremares à Rouen ; Maréville en compte 6 de Nancy, et pas moins de 7 lieues séparent Bonneval de Chartres. Les autres établissements sont plus ou moins dans les mêmes conditions. Evidemment la tâche échouerait devant les difficultés matérielles. Et ici, je fais abstraction du maintien ou de la sortie des aliénés, qui, si ce surcroît de garanties était exigé pour les admissions, le réclameraient au même titre. Ce serait le gâchis des fonctions. Quel autre que le médecin *traitant* peut *sentir* si l'infortuné qu'il a suivi minute par minute, pendant une période plus ou moins longue, est ou n'est pas en état de recouvrer la liberté ?

Dans un opuscule fort bien écrit, un fonctionnaire plein d'expérience, M. Jauffret, ancien chef du bureau des aliénés à la préfecture de police, a exposé une combinaison plus pratique, sans *insister* d'ailleurs sur son *indispensabilité*. Il propose, renouvelable par année, une commission de trois membres : un médecin, un magistrat, un administrateur, dont les attributions effectives seraient celles des visiteurs légaux. Une rétribution honorable serait dévolue à cette charge. Le rôle des commissaires ne commencerait naturellement qu'après l'admission et se limiterait à des inspections régulières ayant pour but la connaissance et la protection des aliénés.

Cette création sourit par sa simplicité. Elle a néanmoins le tort commun d'être superflue. En vertu de sa composition et de son but, il serait aussi à craindre qu'elle ne conduisît à cette manie autoritaire et tracassière qui est l'infirmité du fonctionnarisme. Le renouvellement s'y prêterait plutôt qu'il n'y mettrait obstacle. Déjà on parlerait de carrière. Une fois en place, les élus feraient tout pour s'y affermir et s'y perpétuer indéfiniment, à travers des antagonismes et des froissements inévitables.

Lorsque M. Jauffret fit sa proposition, c'était en 1869 ; quelques sommes inscrites au budget n'eussent pas pesé d'un poids fort lourd. Au moment où la France s'effondre dans les ruines, où, dans tous ses services, la plus grande simplification est commandée, l'heure serait peu propice pour lui imposer bénévolement de nouvelles dépenses et ajouter un rouage de plus à son organisation administrative, si compliquée.

Sur quelle échelle s'étendrait l'institution ? L'auteur, cette justice lui est due, ne visait que la capitale. Dans les départements, les asiles, plus restreints, sont presque tous publics. La commission projetée ferait double emploi avec la commission de surveillance chargée du même soin. Paris, de son côté, a des délégations officielles pour les établissements privés. Quant aux établissements publics, ils ont jusqu'ici, malgré la loi, été soumis à un régime provisoire qui doit avoir son terme, et trouver, dans des conditions normales, d'amples équivalents aux garanties qu'on recherche.

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur le directeur,

Nous avons vu dans votre journal un article du docteur Krauss (de Vienne), dans lequel on peut lire :

« Nous demandons au lecteur de prendre note que nous avons montré *le premier* qu'il y a une affection blennorrhagique des conduits prostatiques, et qu'avant nous *aucun auteur* n'a étudié ni décrit l'état de la prostate dans les maladies blenhorrhagiques.

« Nous connaissons tout ce qui a été écrit sur les maladies de cet organe à fonctions si obscures, et nous voulons nous assurer la priorité pour le cas où tel ou tel auteur arriverait par hasard à des résultats analogues, et profiterait de nos recherches. »

Déjà deux nouvelles réclamations ont été faites à ce sujet ; que l'on nous permette d'en faire une troisième. Nous sommes vraiment étonné que M. Krauss, qui a lu *tout ce qui a été écrit sur les maladies de la prostate*, n'ait pas ouvert le *Traité classique* de Thompson (MDCCCLXI), où il aurait pu voir à la page 50 : *Inflammation de la prostate* : « An attack of urethritis, in volving the internal on two of the urethra, may spread enwards and fex itself, as I belive is nos unfrequently the case upon thet portion of the canal whirk is mont largely suneanded by vascular tissue vih the bulbons portionhence. Probably the origine of stricture formation afiecling that localdry espenally. »

Ainsi donc « une attaque d'uréthrite peut s'étendre à la prostate et s'y fixer. Ce cas même n'est pas rare. »

Je serais bien aise, monsieur le directeur, que vous voulussiez bien publier cette nouvelle rectification, qui est due à vos lecteurs, et vous prie d'agréer l'expression de ma haute considération,

Dr RINWALD.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

96. Tessier. Historique et causes de la fièvre typhoïde.
97. Deschamps. De la ventilation forcée à bord des transports-hôpitaux.

98. Camille-Carville. De la température dans la fièvre typhoïde.
99. Servajan. De l'aquapuncture.
100. Beugnon. Essai sur l'ictère grave dit essentiel.
101. Macescu. De l'arsenic et de son emploi en médecine.
102. Staub. Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de sublimé à l'état de solution chloro-albumineuse.
103. Ferrandi. Étude sur la physiologie et la pathologie de la chute du cordon ombilical.
104. Horeau. De l'état de la sensibilité générale chez les aliénés.
105. Gautier. Du mal perforant.
106. Leteinturier. Du danger des opérations pratiquées sur le col de l'utérus.
107. Chevallier. Essai sur l'hydropisie enkystée des parois abdominales.
108. Fichot. Des phénomènes à distance dans les lésions traumatiques.
109. Serrand. Considérations sur quelques particularités de la marche et du développement de l'érysipèle.
110. Langlois. Quelques considérations sur la peau et les muqueuses au sujet de l'eczéma.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous apprenons que M. Desprès, juge du concours des chirurgiens des hôpitaux, s'est retiré du jury à la suite du jugement porté par la majorité sur les épreuves de deux candidats à l'épreuve de la consultation.

Nous saisirons cette occasion pour reproduire ici une question qui nous a été adressée et à laquelle nous avons été dans l'impuissance de répondre : Pourquoi, lorsque les règlements administratifs en vigueur disent formellement qu'en aucun cas il ne pourra être mis plus de deux places à la fois au concours, le concours actuel comprend-il trois places? Nous attendons la réponse.

— *Errata.* — Dans l'article de M. le docteur Em. Larue, sur la *Belladone dans la hernie étranglée* (n° 55), au lieu de ces mots : « C'est là un exemple de thérapeutique pathologique », lisez : « C'est là un exemple de thérapeutique fondée sur la pathogénie ».

Et, page 435, ligne 19, au lieu de « période dynamique », lisez : « période adynamique ».

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur J..., à Saint-Mards-en-Othe. — Reçu votre envoi.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Arsenal de la chirurgie contemporaine, description, mode d'emploi et appréciation des appareils et instruments en usage pour le diagnostic et le traitement des maladies chirurgicales, l'orthopédie, la prothèse, les opérations simples, générales, spéciales et obstétricales, par G. Gaujot, médecin principal de 2e classe, professeur à l'École d'application de médecine militaire (Val-de-Grâce), et E. Spillmann, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé à l'École d'application de médecine militaire (Val-de Grâce). 2 vol. in-8° de 2,200 pages, avec 1,855 figures. — Prix : 32 francs. Séparément le tome II, pour les souscripteurs : 18 francs. — Paris, J.-G. Baillière et fils.

Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement, par le docteur Figueroa. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

HUILE de Foie de morue FERRÉE DE GODIN au BENZOATE DE FER dosée au 100e

Présentée à l'Académie de médecine, le 4 déc. 1866.

« Dissolution des Benzoates dans les huiles. » (Travail lu à l'Académie des sciences, le 13 novembre 1871.)

1° Le **Benzoate de fer**, sel orange, inaltérable, aussi riche en fer que le *lactate*, apporte à l'huile blanche de Norwége l'action balsamique de l'*acide benzoïque* et l'action tonique du *fer*. — Le *fer*, uni à un corps gras, exerce une action plus douce sur les parois de l'estomac, ne constipe pas, et rend l'huile de foie de morue plus facile à prendre.

2° **Huile hydrargyrique** au Benzoate d'hydrargyre (dosée au 1000e). Au spécifique, au débilitant, est associé le reconstituant; le malade n'éprouve ainsi ni maux d'estomac ni amaigrissement.

3° **Huile hydrargyro-ferrée** aux Benzoates d'hydrargyre et de fer. — Elle réunit les avantages combinés des deux autres.

GODIN, ex-pharm. des hôpitaux, 96, faubourg Saint-Martin, et dans les principales pharmacies.

SIROP ET VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Ces produits, les seules préparations phosphatées physiologiques qui aient servi à démontrer scientifiquement les propriétés du phosphate de chaux, contiennent, par cuillerée à bouche de sirop et par verre de vin, **un gramme de sel.**

Cette dose élevée explique l'énergie avec laquelle se relèvent **l'appétit** et toutes les **fonctions de nutrition** dans la *Dyspepsie*, la *Convalescence*, le *Rachitisme*, la *Scrofule*, et toutes les affections aiguës ou chroniques dans lesquelles la nutrition est altérée.

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux.**

Prix : la boîte de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé« cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin« cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE,

Pharmacien en chef de la marine à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma**, **Psoriasis**, **Lichen**, **Prurigo**, **Dartres**, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir.

Aménorrhée, Dysménorrhée.

— L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'APIOL des docteurs JORET et HOMOLLE comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'APIOL est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli.

RÉVULSIF AU THAPSIA

Les médecins et les malades qui font usage de ce révulsif sont assurés d'obtenir l'effet qu'ils en attendent en employant le **Thapsia** de la maison ANCELIN.

TOILE VÉSICANTE ANCELIN

action prompte et certaine, sans action consécutive sur la vessie.



SPARADRAP, formule des hôpitaux de Paris.

DESNOIX et Ce,

22, rue du Temple, 22. à Paris.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Granules arsenicaux de Challouneau

Pharmacien, 229, rue Saint-Denis, à Paris.

Exactement dosés à 1 milligr. et préparés avec les arséniates de **soude**, de **potasse**, de **fer**, **d'ammoniaque**, **d'antimoine**, et avec **l'acide arsénieux.** — *Exiger mon cachet et ma signature.*

Le vrai sirop dépuratif anti-scorbutique

du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie SAGE-DANZEL, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher Monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de « mes enfants, un litre de votre excellent sirop « anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent con« stater la bonne préparation.

« Dr FODÉRÉ. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Calissaya, pour faire le vin soi-même et instantanément; préparation également très appréciée.

CAPSULES ET SACCHARURE à l'extrait alcoolique éthéré de CUBÈBE

Préparés par **DELPECH, pharmacien**, rue du Bac, 23, PARIS.

Cet extrait représente dix fois son poids de **Cubèbe**. Il s'administre avec succès en **Capsules** de 0,75 centigr., contre les *Angines diphtéritiques*, la *Blennorrhagie*, la *Blennorrhée*, le *Catarrhe vésical*, et en **Saccharure** contre le *Croup*. — **Capsules : 6 fr. — Saccharure : 3 fr.**

Produits de L'EUCALYPTUS (Globulus), par DELPECH et ARDISSON

Capsules à l'Essence pure d'Eucalyptus (Eucalyptol), la boîte **2 fr. 50.**

Alcoolature, Sirop, Vin, Extrait Liniment, etc. Les préparations d'EUCALYPTUS donnent de grands succès contre les *Affections du poumon et du larynx, Voies urinaires, Phthisie, Fièvres intermittentes, Goutte, Rhumatisme, Pansement et désinfection des plaies.*

Pharmacie **DELPECH**, rue du Bac, 23, PARIS. — Laboratoire à CANNES, pharmacie **ARDISSON.**

HUILE DE FOIE DE MORUE

IODO-BROMO-PHOSPHORÉE

De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.



L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :

A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Ce, r. Vivienne, 8.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital la **Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies.

N° 61. — MARDI 28 MAI 1872. 45e ANNÉE MARDI 28 MAI 1872. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en ... sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. .	16 —
Un an. .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Thérapeutique (cours de M. Gubler) : les eaux minérales de France. — De la substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants continus énergiques ou temporaires dans les paralysies, les contractures musculaires et les tensions de nutrition (M. Le Fort). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÉRAPEUTIQUE

COURS DE M. GUBLER.

Les eaux minérales de France (1).

Messieurs, le cours de thérapeutique sera, cette année, consacré tout entier à l'hydrologie médicale et particulièrement aux *Eaux minérales de la France.*

Plusieurs motifs m'ont dicté le choix de ce sujet insolite.

D'abord l'étude des eaux minérales, éminemment intéressante pour le praticien, soulève en même temps des questions scientifiques du plus haut intérêt. De plus, l'histoire des *Eaux médicales naturelles*, ainsi que je propose de les appeler, loin de nous jeter en dehors des voies normales de l'enseignement de la thérapeutique, nous fournira au contraire l'occasion de passer en revue la plupart des grandes médications auxquelles les eaux minérales apportent des agents très-variés et souvent fort utiles. Citons les exemples principaux :

Dans la classe des médicaments diurétiques se placent les eaux salines mixtes et carbo-gazeuses. Les eaux sulfatées alcalino-terreuses et les chlorurées sodiques sont des types de purgatifs. Les alunées et les sulfatées ferriques constituent des médicaments astringents, et au besoin des hémostatiques. Les eaux ferro-manganiques sont au nombre des meilleurs reconstituants. Les alcalines, au contraire, peuvent devenir aplastifiantes ou dysplasiques, tandis que les bromo-iodurées sont résolutives et fondantes. Nous trouvons des moyens stimulants dans les sulfurées et les thermales; des sédatifs dans les eaux tièdes, onctueuses, surtout dans celles qui sont inermes, c'est-à-dire pauvres en principes minéralisateurs, aussi bien sous le rapport de la qualité que sous celui de la quantité. Enfin la médication altérante réclame les eaux sulfureuses, les eaux iodo-bromurées et les arsenicales, dont le rôle augmente chaque jour d'importance.

Vous le voyez, les eaux médicales naturelles, dont je viens en passant d'esquisser une classification physiologique, offrent des représentants d'un grand nombre de classes médicamenteuses et fournissent des ressources considérables à la thérapeutique. Cependant elles n'ont jamais eu parmi nous les honneurs de l'enseignement officiel, et le sujet conserve par conséquent tous les attraits de la nouveauté.

Ces raisons, quelle qu'en fût la valeur, n'auraient pas suffi à me décider; il fallait y joindre des considérations plus graves, d'ordre scientifique et moral à la fois, que je tiens à vous faire connaître.

Si les eaux minérales prises dans leur ensemble sont souvent mal connues, on peut dire que les eaux françaises sont généralement méconnues, par nos compatriotes aussi bien que par les étrangers. Tandis qu'en France beaucoup de sources excellentes sont injustement délaissées, en Allemagne un grand nombre de stations médiocres jouissent d'une vogue véritablement imméritée. Une réparation était donc indispensable. Ainsi tout m'invitait à entreprendre l'étude de l'hydrologie française, et depuis longtemps je caressais la pensée, je nourrissais le projet d'aborder devant vous l'exposition détaillée de cette partie intéressante de l'art de guérir.

Mais ce qui n'eût été autrefois qu'une satisfaction platonique accordée à mon amour de la justice, je le considère aujourd'hui comme un devoir strict et rigoureux, imposé à mon patriotisme par une douloureuse nécessité.

Le séjour aux bords du Rhin est devenu intolérable pour nos compatriotes. S'il faut en croire les renseignements parvenus à quelques-uns de nos plus distingués confrères, des malades des deux sexes auraient été insultés par cela seul qu'ils appartenaient à la nationalité française.

D'ailleurs, fussent-elles moins inhospitalières, nous devrions encore déserter les stations allemandes, car nous n'avons plus, comme jadis, *le moyen de payer notre gloire.*

Un ennemi impitoyable, après avoir arraché à leur patrie deux millions de Français, a essayé de consommer la ruine financière de la France mutilée et sanglante.

Dieu merci! le désastre n'est pas aussi complet que l'avaient espéré nos vainqueurs; l'abîme pourra être comblé. Il pourra l'être à force de travail et d'économie; mais enfin nous sommes appauvris pour longtemps, et ce serait désormais une duperie que d'aller porter notre argent à Hombourg et à Bade, quand nous possédons chez nous toutes les ressources de la thérapeutique thermale la plus diversifiée et la plus efficace.

Nulle contrée ne surpasse la richesse de la France en *eaux médicales naturelles.* Les Vosges et les Alpes, le massif central surtout et la chaîne des Pyrénées, donnent le jour à d'innom-

(1) Extrait de la *Revue des cours scientifiques.*

brables sources d'une variété, d'une puissance et d'une abondance souvent incomparables.

C'est par milliers qu'il faut les compter, et l'on pourrait dire sans hyperbole que ce sont parfois des fleuves d'eaux salutaires qui s'échappent des entrailles de nos montagnes et de nos anciens volcans.

Aix en Savoie, Gréoulx, Ax, Olette, Amélie, Cauterets, Luchon, etc., vomissent des torrents d'eau sulfureuse. Il en est de même pour les eaux alcalines à Vichy et à Vals; pour les chlorurées sodiques, à Bourbon-l'Archambault, Moutiers, Balaruc, Mont-Dore, Royat, Saint-Nectaire, etc.; pour les *inermes*, à Néris, Saint-Laurent, Luxeuil, Plombières, etc.

A Chaudesaigues, l'eau est si abondante qu'elle est distribuée en ruisselets dans toutes les habitations; si brûlante (81 degrés centigrades) qu'elle est employée à la plupart des usages domestiques et qu'elle entretient, partout où elle circule, une température douce et égale pendant la froide saison, donnant ainsi, selon les calculs de M. Berthier, une somme de calorique équivalente à celle que procure l'exploitation d'une forêt de 450 hectares.

A côté de Rennes-les-Bains coule un véritable ruisseau d'eau salée qui surpasse en minéralisation un grand nombre de sources étrangères très-fréquentées. Si nos voisins possédaient de tels joyaux, ils en feraient éclat et profit. Nous autres, nous en ignorons presque l'existence, ou du moins nous n'avons jamais su les mettre à leur valeur.

A cet égard, les Allemands possèdent une incontestable supériorité. Vous allez en juger vous-mêmes par quelques exemples que je choisirai parmi les plus innocents, en évitant de me faire l'écho des accusations capables de porter une atteinte directe et sérieuse à la loyauté de nos voisins.

Un mince filet d'eau sulfureuse froide attire à Weilbach une nombreuse clientèle d'Anglais, d'Américains, de Russes. Quelques rares buveurs y trouveraient à peine leur compte et les baigneurs y affluent.

A Schlangenbad, des cabinets peints en bleu donnent à l'eau un reflet azuré, à la peau une blancheur marmoréenne, et font croire aux femmes surannées qu'elles ont retrouvé la fontaine de Jouvence.

Kissengen offre sérieusement aux buveurs du fameux Rakoczy les bienfaits de l'atmosphère maritime en leur faisant respirer l'air au voisinage des fagots sur lesquels s'égoutte l'eau salée.

A Canstatt, on procure aux malades altérés la réunion des sources les plus fameuses à l'aide d'un procédé aussi simple qu'ingénieux et qui consiste à inscrire sur chaque robinet le nom d'une station célèbre. C'est ainsi qu'on peut sans se déranger faire successivement, avec la même eau, une cure de Wildbad, de Karlsbad, de Plombières ou de Vichy.

N'admirez-vous pas, messieurs, les miracles de cette bonhomie germanique devenue proverbiale? Certes, l'esprit gaulois n'a pas tant de ressources, et ce n'est pas moi qui l'en blâmerai ni qui lui demanderai de pareils tours de force. Mais ne pourrait-il du moins nous aider à tirer honnêtement parti des biens que la nature nous a prodigués?

Pour ma part, je n'ai jamais senti le besoin d'adresser mes malades à des eaux étrangères, tant est complète la *gamme* de celles que nous possédons.

Mais beaucoup de nos stations thermales sont si calmes, si sérieuses, pour ne rien dire de plus, et les raffinés de la civilisation moderne prennent si mal leur parti de vivre loin de la foule dissipée et bruyante, loin des plaisirs réservés aux favoris de la fortune! Il m'a donc fallu souvent composer avec les gens du monde et leur laisser prendre le chemin de Bade ou de Hombourg, dont les nymphes sont parées de tant de charmes étrangers; mais je ne le faisais jamais qu'à contre-cœur et non sans maugréer à la fois contre l'indifférence routinière qui laissait nos établissements dans un état d'infériorité relative, et contre l'entraînement irréfléchi qui faisait courir après le plaisir quand la raison commandait de chercher la santé.

En suivant aujourd'hui cette ligne de conduite, je n'obéis donc pas à un sentiment de rancune, qui serait souverainement déplacé et coupable s'il était satisfait aux dépens de ceux qui souffrent; je demeure simplement fidèle à d'anciennes habitudes déduites logiquement et sans passion de la valeur reconnue de nos ressources hydriatiques.

Une rapide comparaison établie entre les eaux françaises et étrangères vous prouvera, messieurs, que j'avais raison. Ce n'est pas la première fois que ce parallèle a été entrepris. Vers le milieu de la seconde moitié du dix-huitième siècle (1777), Raulin, inspecteur général des eaux minérales de France, a eu l'idée de l'établir, en se bornant toutefois aux eaux transportées d'Allemagne et à leurs équivalents parmi les eaux françaises.

En 1850, un illustre professeur de cette faculté, M. Dumas, non content de publier, avec le concours d'une réunion de savants, un annuaire des eaux de la France, faisait paraître dans le *Moniteur universel* un tableau comparatif des richesses hydrologiques nationales et étrangères.

Nous devons également un bon travail sur une partie restreinte de ce sujet à deux chimistes distingués, MM. Mialhe et Figuier.

Mais jusque-là la question était restée pour ainsi dire dans le domaine de la science spéculative. Nos récents malheurs ont eu le pouvoir de l'en faire sortir. M. Rotureau, dont les travaux hydrologiques ont conquis l'estime générale, est entré le premier dans la voie de la revendication, en publiant dans la *Gazette hebdomadaire* un parallèle entre les eaux de la France et de l'Allemagne. Un jeune publiciste de talent, M. Barrault, l'a suivi de près dans la *Gazette des eaux*, dirigée par M. Germond Delavigne et qui, avec la *Revue d'hydrologie*, rédigée par M. le docteur Aimé Robert (de Strasbourg), est l'organe le plus complet de la science hydriatique.

A son tour, la Société d'hydrologie médicale s'est mise activement à l'œuvre. Elle a déjà beaucoup avancé la discussion du rapport présenté par M. Verjon, au nom d'une commission chargée d'établir la valeur comparative des eaux françaises et allemandes. Le public médical attend de la haute compétence de cette compagnie savante un verdict définitif et sans appel.

Enfin, son président honoraire, M. Durand-Fardel, dont la voix autorisée ne s'était plus fait entendre depuis quelques années, vient de faire dans cet esprit de revendication, à l'École pratique de la Faculté, une série de leçons sur les applications thérapeutiques des eaux minérales.

Grâce à cette généreuse émulation, la vérité commence à se faire jour, et j'ai pensé que la cause de nos sources minérales serait irrévocablement gagnée si elle était confiée au patriotisme intelligent et éclairé de la jeunesse médicale française.

Sachez donc, messieurs, que l'empire allemand, car c'est lui que je prends surtout pour objectif, n'a rien à mettre en regard de nos admirables sources sulfurées-sodiques des Pyrénées: Amélie, Ax, Baréges, Bonnes, Cauterets, Luchon, Vernet, et cent autres de grande valeur, quoique de moindre notoriété.

Il n'a rien de comparable à nos eaux alcalines de Vals et de

Vichy, celles de Bilin, d'ailleurs très-inférieures, appartenant à la Bohême.

Je ne vous dirai pas que Chaudesaigues est la source thermale la plus chaude de l'Europe continentale, puisque cette haute thermalité, absolument superflue en pratique médicale, n'est qu'une curiosité naturelle; mais je vous rappelerai que Challes, la plus minéralisée de toutes les sources sulfureuses, est vingt fois aussi riche en sulfure de sodium que les eaux les mieux partagées à cet égard. Je vous signalerai également la Bourboule comme la première des eaux arsenicales, laissant bien loin derrière elle toutes les sources européennes auxquelles l'analyse accorde quelques traces d'arsenic, car elle ne renferme pas moins de 14 milligrammes d'arséniate de soude par litre d'après M. Lefort, 17 milligrammes d'après une récente analyse faite au laboratoire de l'École des mines, et même 2 centigrammes selon l'illustre Thénard. En tout ceci, notre supériorité est incontestable et incontestée. Pour le reste, nous pouvons sans désavantage soutenir la comparaison.

Par exemple, l'Allemagne nous inonde de ses eaux *purgatives*, et beaucoup de praticiens se sentiraient entièrement désarmés s'ils étaient privés de cruchons de Pullna et de Sedlitz (que je ne repousse pas puisque ces localités sont en Bohême), ou bien de Friedrichshall. Cependant ils auraient encore à leur disposition l'eau suisse de Birmenstorf, que je prescris presque exclusivement parce que je la crois encore plus sûre que les autres dans ses effets. D'ailleurs, si nous sommes si pauvres en eaux sulfatées sodiques et magnésiennes, on a tort de nous croire absolument indigents. Nous ne possédons pas moins d'une vingtaine de sources douées de propriétés purgatives. Beaucoup, à la vérité, sont faibles, comme Brides et Saint-Gervais, en Savoie, Miers (Lot), Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme), Plan-de-Phazy et Soulieux (Isère), Santenay (Côte-d'Or); mais nous avons dans l'*Eau verte* de Vacqueiras (Vaucluse) une eau sulfatée sodo-magnésique qui peut rivaliser avec bien des ***Bitter-Wasser*** d'outre-Rhin. Supérieure à Friedrichshall, elle ne le cède qu'aux eaux purgatives de la Bohême, et fera bientôt, j'espère, bonne figure à côté d'elles sur le marché français.

(*A suivre.*)

DE LA SUBSTITUTION DES COURANTS CONTINUS FAIBLES

MAIS PERMANENTS AUX COURANTS CONTINUS ÉNERGIQUES OU TEMPORAIRES, DANS LES PARALYSIES, LES CONTRACTURES MUSCULAIRES ET LES TENSIONS DE NUTRITION (1).

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 20 mars 1872, par M. LE FORT.)

Le nommé C..., âgé de 36 ans, casseur de pierres, fit une chute sur le côté gauche. Il ne put se relever et resta un jour et une nuit sur le lieu de la chute. Relevé par un passant, il put regagner son domicile, et c'est à ce moment seulement qu'il s'aperçut de l'impossibilité où il était de faire usage du bras gauche, lequel pendait inerte le long du corps. Rentré chez lui, il fut pris d'une fièvre, accompagnée de délire, qui dura une vingtaine de jours. Pendant sa convalescence, il attira l'attention de son médecin sur la lésion du membre. On constata une luxation de l'épaule, qui fut réduite vers le milieu de décembre. Lorsqu'après quinze jours on retira le bras de l'écharpe qui le maintenait fléchi, on s'aperçut de la persistance de la paralysie. Le malade fut envoyé à Paris le 26 janvier. Lors de l'entrée à l'hôpital, nous pûmes constater les faits suivants :

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Le bras gauche pend inerte le long du corps; la tête de l'humérus paraît un peu plus saillante et plus élevée que du côté droit; le deltoïde est atrophié, ainsi que le biceps, ce qui donne au membre la forme d'un cylindre renflé au niveau du coude. L'avant-bras présente à peu près sa forme normale. La main est tuméfiée, les doigts ont une forme cylindrique et un aspect luisant, par suite de la disparition des plis de flexion. Toute la peau du membre paralysé est plus sèche que celle du côté sain; elle présente une couche assez épaisse d'écailles épidermiques, elle a, en outre, perdu de son élasticité, et ne glisse pas facilement sur les tissus sous-jacents. Tout mouvement du bras, de l'avant-bras et des doigts est impossible. L'attouchement de la peau du bras est très-douloureux, mais, sur tout l'avant-bras et toute la main, le contact, le pincement, la piqûre ne sont pas sentis.

L'application d'un énergique courant d'induction ne suscite aucun mouvement appréciable dans le deltoïde et les muscles du bras. Je crus pouvoir attribuer cette absence d'excitabilité à une tranformation graisseuse déjà assez avancée des fibres musculaires. J'avais lieu de croire à l'inutilité de tout traitement; cependant, sachant que *les courants électriques continus agissent non comme les courants interrompus, en faisant faire en quelque sorte de la gymnastique aux muscles, mais en modifiant la nutrition des parties*, je songeai d'autant mieux à y avoir recours, que je m'occupais à cette époque de cette question, au point de vue de la résorption des tumeurs.

Je fis usage de quatre éléments de moyen modèle de la pile de Marié-Davy, au proto-sulfate de mercure. L'un des électrodes est appliqué sur le bras, l'autre sur l'avant-bras; mais les plaques de cuivre sont séparées de la peau par une compresse trempée dans l'eau. Malgré cette précaution, le malade ayant quelquefois dérangé son appareil, de telle facon que les électrodes de cuivre portaient directement sur la peau, trois ou quatre petites eschares, de la largeur de 4 à 6 millimètres, se formèrent sur l'avant-bras. Le nombre des éléments est, dès les premiers jours, réduit à trois; chaque séance d'application du courant est, en moyenne, de quatre heures.

Pendant plus de quinze jours, on n'observe aucun changement; vers les derniers jours de février, la sensibilité de la peau a reparu sur la partie supérieure de l'avant-bras. Au commencement de mars, on remarque sur la face postérieure de la main, au niveau du carpe, une tumeur arrondie d'environ 2 centimètres de diamètre, dure, résistante, paraissant réunir les tendons de l'extenseur commun des doigts, et semblable à celles qu'on rencontre quelquefois dans certaines paralysies saturnines.

22 mars. — L'amélioration qui s'est manifestée depuis quelques semaines se prononce chaque jour davantage. Le chatouillement, même le plus léger, est perçu dans toute l'étendue du bras. Le contact de l'ongle effleurant la peau est senti dans toute la hauteur de l'avant-bras; mais, à 7 centimètres au-dessus du poignet, la sensibilité cesse brusquement, et toute la main est complétement insensible. Dans cette partie inférieure de l'avant-bras, insensible à l'attouchement, la pression est perçue et la piqûre de la peau avec une épingle ne donne d'autre sensation que celle d'une pression simple.

Le froid et la chaleur sont perçus dans les mêmes régions et la même proportion que les attouchements. Les muscles de l'épaule obéissent à la volonté; le malade lève le bras horizontalement ; mais s'il dépasse ce niveau, l'avant-bras, obéissant à la pesanteur, se tourne dans la pronation, se fléchit, retombe et viendrait frapper la figure du malade s'il ne se garantissait avec l'autre main.

La peau est redevenue souple; elle n'est plus écailleuse; les doigts ont repris leur forme.

Le 4 avril, la sensibilité descend jusqu'au poignet; l'avant-bras ne retombe plus par son propre poids; le malade commence à pouvoir à volonté le fléchir ou l'étendre. Le nombre des éléments est porté à cinq. Je crois inutile de m'étendre sur le détail de la réapparition des mouvements et de la sensibilité. Le progrès était continu, mais toujours la sensibilité reparaissait avant la motricité.

Au 25 juin, la guérison n'était plus douteuse, mais elle n'était pas absolument complète. Les doigts avaient recouvré la sensibilité, mais les mouvements étaient encore difficiles et sans force. Quant au bras et à l'avant-bras, ils avaient repris leur force et leur volume. Le malade, autorisé à sortir dans la journée pour faire quelques démarches à l'effet de trouver une place, nous fut ramené à deux heures du matin dans un état complet d'ivresse. N'admettant point l'indulgence pour l'ivrognerie, je dus à regret le renvoyer incomplétement guéri; mais je ne doutai point que la guérison, déjà presque complète, ne se complétât d'elle-même par l'exercice. En effet, une lettre que m'adressa le malade, le 24 décembre, m'apprit que la sensibilité et le mouvement avaient complétement reparu dans tout le membre; seulement, il y restait une plus grande susceptibilité à ressentir les effets du froid, et le malade devait se protéger la main avec un gant.

J'appliquai le même mode de traitement à un autre malade atteint de paralysie du deltoïde, suite de contusion. Le malade, âgé de 33 ans, terrassier, resta en traitement pendant deux mois. Le deltoïde était non-seulement paralysé, mais atrophié lors de l'entrée du blessé à l'hôpital, le 21 février 1870; lors de son départ, le 19 avril, la guérison était complète.

Un autre malade, âgé de 43 ans, était entré dans mon service, le 18 août 1869, pour une fracture de la colonne vertébrale dans la région lombo-dorsale, suivie de paralysie des membres inférieurs. La paralysie de la jambe droite fut de courte durée; mais, du côté gauche, elle continuait à être complète au mois d'octobre suivant. Je soumis alors le blessé aux courants faibles et permanents. La sensibilité, puis la motricité reparurent successivement de la racine à l'extrémité du membre; ils tardèrent beaucoup à se montrer dans les orteils, et ne revinrent que vers le mois d'avril 1870.

Les résultats que m'avaient donnés les courants continus, faibles et permanents, avaient été assez remarquables pour m'engager à faire appliquer à demeure, sur une des parois de la salle, des fils conducteurs, qui me facilitaient l'emploi de l'électricité sans déplacement de la pile; car j'employais également les courants continus pour chercher la guérison par absorption de certaines tumeurs. Je ne puis encore aujourd'hui vous entretenir de ce sujet, mais je dois maintenant vous exposer les motifs qui, depuis 1865 et surtout depuis 1869, m'ont fait appliquer les courants faibles et permanents à la guérison des paralysies et de quelques lésions de nutrition.

Dès la découverte de l'électricité, on essaya fort empiriquement l'action curative des décharges électriques dans le traitement de maladies fort diverses. On employa surtout l'étincelle produite par la machine ou par la bouteille de Leyde. En 1801, Hallé, professeur à la Faculté de médecine de Paris, se servit d'une pile de Volta, formée de cinquante couples argent et zinc, pour traiter une paralysie faciale. Hallé cherchait à obtenir des contractions musculaires; les étincelles électriques provenant d'une machine n'amenaient qu'un peu de rougeur à la peau, l'emploi de la bouteille de Leyde produisait quelques légères contractions, le courant continu de la pile de Volta, appliqué pendant cinq minutes, avait produit des contractions beaucoup plus fortes. La guérison fut-elle obtenue? l'observation se tait à cet égard; mais il est intéressant de noter cette tentative d'application des courants continus, tentative qui ne devait se renouveler d'une manière suivie et régulière que près d'un demi-siècle plus tard.

La difficulté de se procurer une source suffisante d'électricité avait fait abandonner l'emploi thérapeutique de cet agent, lorsque la découverte des courants d'induction, faite par Faraday en 1832, permit de recourir facilement à l'électricité dans le traitement des paralysies musculaires. Il n'est pas besoin, messieurs, de vous rappeler les nombreux et magnifiques travaux de M. Duchenne (de Boulogne) sur l'électrisation localisée et la faradisation.

Qu'on détermine la formation d'un courant induit en faisant passer le courant d'une pile à travers un fil inducteur ou en faisant tourner devant un aimant un morceau de fer doux, tous deux recourbés et entourés d'un fil destiné à recevoir le courant d'induction, les courants, *tels qu'ils sont produits dans les appareils usités dans la pratique médicale*, ne procèdent que par secousses plus ou moins rapprochées; ils ne paraissent avoir d'autre action que de provoquer des contractions musculaires, et l'on ne saurait songer à employer utilement le courant inducteur pour obtenir des effets chimiques d'une certaine durée.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

J'arrive maintenant à la seconde partie de la question. L'érysipèle est-il contagieux, est-il épidémique? Notre collègue M. Després nie à la fois la contagion et l'épidémie. Voyons d'abord l'épidémicité. M. Després, dans son *Traité de l'érysipèle*, a fait surtout l'histoire d'une épidémie de 63 cas d'érysipèle ayant régné en 1861 dans le service de M. Velpeau et ayant causé 35 cas de mort; mais pour M. Després, il n'y a pas là les caractères d'une épidémie. Il y a toujours, dit-il, dans un service de chirurgie un certain nombre de cas d'érysipèle, variant très-peu de mois en mois. Si le nombre des érysipèles est si peu variable, les causes de mort par cette maladie doivent entrer dans une proportion toujours à peu près la même dans la mortalité générale d'un service de chirurgie. Or en 1860, dans le service de M. Velpeau, il est mort 1 malade sur 35 (chiffre brut). En 1861, ce service ayant reçu 1,060 malades, il aurait dû y avoir, suivant cette proportionnalité, de 1 sur 35, environ 30 décès, toutes causes de mort réunies; or, au lieu de 30 décès, il y en eut 35 rien que par l'érysipèle. Du reste, je ne saurais m'étonner que M. Després nie l'épidémicité de l'érysipèle, car il n'admet pas facilement les épidémies. « Quoi qu'il en ait été dit, écrit-il dans son *Traité de l'érysipèle* (page 126), il n'y a pas de quoi établir qu'en 1861 il y a eu des fièvres puerpérales épidémiques à l'hôpital de la Charité. » La mortalité du service spécial d'accouchement ayant été de une accouchée sur sept pour la période qui se termine en 1861, on voit que notre collègue est assez réfractaire à l'idée d'épidémie, c'est-à-dire à l'idée de morbidité et de mortalité exceptionnelles.

M. Després n'accepte pas les épidémies d'érysipèle; mais, comme il n'attribue le développement de la maladie, et cela avec raison, qu'à des pansements mal faits, je lui accorderai qu'il n'y a pas eu dans le service de M. Velpeau, en 1861, à l'époque où il était interne, d'épidémie d'érysipèle, s'il veut me concéder qu'il y a eu une épidémie de mauvais pansements.

Mais je vais l'étonner bien davantage. En trois années, 1869-70-71, dans mon service des hommes, à l'hôpital Cochin, je n'ai pas eu un seul cas d'érysipèle, ou plutôt j'ai vu trois cas sur lesquels je reviendrai, et qui donnent plus d'intérêt encore à cette immunité.

Ceci, en effet, m'amène à parler de la seconde question : l'érysipèle est-il contagieux? Je regrette que l'heure avancée m'empêche d'aborder ce sujet avec les développements qu'il mérite. Je devrais, en effet, montrer que, si l'on donne au mot épidémie l'acception qu'il doit avoir, mais qui n'est pas en rapport avec son étymologie; si on donne le nom d'épidémiques aux maladies atteignant dans un espace de temps limité, et dans un temps également limité, un nombre exceptionnel de malades, nous verrons que des maladies ayant ce caractère épidémique peuvent naître *primitivement* dans un pays, s'y montrer tantôt à des époques fixes, tantôt à des époques variables, mais ne pas sortir du lieu où elles se sont montrées; comme la fièvre intermittente, le goître, le crétinisme, ce sont des *épidémies stationnaires*, et c'est cette classe de maladies qu'on caractérise d'ordinaire du mot d'endémiques, en opposant ce mot d'endémie à celui d'épidémie.

Il est au contraire des maladies qui, ayant, par leur apparition

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

sur un certain nombre de personnes, le caractère épidémique, ne meurent pas au foyer où elles ont pris naissance. Elles vont çà et là, d'hôpital en hôpital, de ville en ville. Ce sont en quelque sorte des *épidémies voyageuses*. Les unes sont si fréquentes que ces épidémies sont presque permanentes : ainsi l'infection purulente nosocomiale, l'érysipèle ; d'autres sont un peu moins permanentes, mais fréquentes, comme la fièvre puerpérale dans les maternités ; d'autres encore sont un peu plus rares, comme la variole, la scarlatine, la rougeole, la diphthérite, la coqueluche ; d'autres enfin sont heureusement rares, comme le choléra et la fièvre jaune en Europe. Or j'ai cru, dans mon livre *Des Maternités*, pouvoir poser cette loi : Toute maladie susceptible de se propager d'un lieu à un autre est épidémique, et les épidémies sont dues à la contagion qu'on a laissé s'exercer librement.

Appliquons ces données à l'érysipèle, qui, pour moi, est absolument contagieux, tout aussi bien que l'infection purulente. Pour avoir une épidémie d'érysipèle dans une salle de malades, dans un hôpital, il faut d'abord qu'il vienne du dehors ou qu'il se développe primitivement, spontanément si l'on veut, un cas d'érysipèle chez un malade de l'hôpital ou de la salle ; il faut ensuite que la maladie soit transmise à d'autres malades, se présentant dans les conditions favorables au développement de l'érysipèle.

Pour ce qui concerne l'apparition des cas spontanés, je suis tout à fait de l'avis de M. Després. Oui, un mauvais mode de pansement ou l'absence de pansement suffisent pour faire éclore un érysipèle. Je suis également de l'avis de M. Verneuil qui nous montre le danger de faire saigner des plaies en suppuration. Oui, il suffit souvent de faire saigner les bourgeons charnus en tirant un brin de charpie collé sur la plaie, en procédant sans précaution à l'exploration avec le stylet ; oui, en agissant ainsi, on va au devant de l'érysipèle.

Par quel mécanisme la maladie se produit-elle ? pourquoi se développe-t-elle souvent si rapidement ? Ici, je m'éloigne de M. Verneuil, je ne puis accepter son explication ; mais je ne puis en donner une autre. J'ignore le mécanisme ; mais, ce que je n'ignore pas, c'est le moyen d'empêcher l'érysipèle. Or, on l'évite en n'irritant pas les plaies par de mauvais traitements, par du cérat, des graisses, des huiles, des pommades, etc. ; en ne les faisant pas saigner ; en recouvrant les plaies d'un pansement qui les tienne toujours humides ; d'un pansement qui, en raison de cette humidité, ne colle pas à la surface de la plaie. Ce pansement, que j'ai appelé par balnéation continue, c'est le pansement vulgaire : la compresse trempée dans l'eau pure ; mais avec l'enveloppement de la partie dans une toile imperméable qui empêche l'évaporation. Ce pansement est-il efficace ? Voici les faits. En trois années, dans mon service des hommes à l'hôpital Cochin, service riche en traumatismes, je n'ai pas eu un seul cas d'érysipèle (sauf trois dont je vais parler). Je n'ai pas besoin de dire que je ne fais pas d'équivoque et que je n'ai pas baptisé du nom d'angioleucite en plaque ou diffuse de vrais érysipèles. J'ai eu des angioleucites des gros vaisseaux lymphatiques, de ces traînées sous forme de cordon allant aux ganglions ; je n'ai eu ni angioleucite en plaque, ni érysipèle. Cependant il y en a eu un en 1870, voici dans quelles circonstances : Un homme avait été soigné par moi pour une plaie très-large du front. Il en avait guéri après trois semaines de séjour à l'hôpital, et, suivant mon habitude à Cochin, je faisais les pansements moi-même. Guéri de sa plaie, cet homme avait derrière la tête quelques très-petits furoncles, que je pansai comme toujours avec les compresses humides et le taffetas gommé. Une grippe m'éloigne de l'hôpital pour deux jours ; à mon retour, je trouve le malade sans pansement ; mon interne, quelque zélé qu'il fût, n'avait pas encore été converti à mes idées, et jugeant cette petite plaie tout à fait insignifiante, il l'avait abandonnée à elle-même. Or, je retrouvai le malade avec de la fièvre, de l'inappétence ; j'annonçai un érysipèle, qui parut le surlendemain. Or, ce qui prouve que le pansement avait plus d'influence que le milieu, c'est que pendant un mois d'absence, en octobre dernier, un de nos collègues qui me remplaçait eut deux cas au moins d'érypèle, dont un suivi de mort.

Voici donc comment on peut empêcher l'apparition spontanée ou primitive de l'érysipèle. Comment peut-on s'opposer à la contagion ? Ici les choses se compliquent.

Tandis que je n'ai pas eu de cas d'érysipèle dans mon service des hommes, j'en ai eu au moins une dizaine dans le service des femmes. Ma première opération à Cochin (extirpation d'un adénome, très-petit, du sein) fut suivie d'un érysipèle mortel. Trois malades, dans le même lit, ont eu, à peu près l'une après l'autre, des érysipèles, et, je le répète, j'en ai eu dans cette salle un certain nombre. Je ne m'expliquais pas cette différence.

Au 25 décembre dernier, je prends le service à Lariboisière. En janvier, coup sur coup, presque simultanément, cinq ou six cas d'érysipèle se développent dans la salle. C'était un début d'épidémie. Mais depuis 1870 j'avais réfléchi, j'avais été frappé de certains faits. Comme j'emploie toujours un mélange d'eau et d'un dixième environ d'alcool, je me fais présenter l'alcool, soupçonnant que c'était de l'alcool ordinaire. Je ne me trompais pas. J'y substitue l'alcool camphré, l'épidémie s'arrête comme par enchantement. Mais, quinze jours après, un nouveau cas d'érysipèle se montre ; je demande la bouteille, elle portait bien l'étiquette *Alcool camphré*, mais.... l'étiquette était mensongère ; c'était de l'alcool simple. Je reviens à l'alcool camphré, et jusqu'à présent je n'ai pas eu de nouveaux cas. J'ajoute toutefois que le fait est récent.

Or, voici ce qui m'avait frappé et ce que je livre à vos observations, sans rien affirmer encore. Si j'employais à Cochin, dans le service des hommes, de l'alcool camphré, c'est que, connaissant la sobriété des infirmiers et des malades, je ne voulais pas mettre à leur portée de l'alcool simple. Dans le service des femmes, le même motif n'existant pas, j'employais de l'alcool ordinaire, et là j'eus parfois de l'érysipèle.

Or, je me fais cette question : Le pansement humide, bien fait, empêche l'érysipèle spontané ; le camphre si compromis par Raspail, le camphre cet ennemi des moisissures, des ferments, ne pourrait-il pas détruire, à la surface d'une plaie saine, le germe, la contagion d'un érysipèle communicable par un malade voisin atteint de cette maladie ? Voici le fait que je soumets à votre vérification, à votre observation ; mais je puis dire, depuis quatre ans que j'emploie le pansement à l'eau alcoolisée camphrée et l'enveloppement, j'ai oublié ce que c'est qu'une épidémie d'infection purulente ou d'érysipèle.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Luxation ancienne du coude en arrière. — M. MARC SÉE présente une luxation ancienne du coude en arrière. La pièce, recueillie à l'Ecole pratique, a été prise sur un sujet de 54 ans, mort à l'hôpital Beaujon le 10 mai 1872. A la dissection, M. Sée a constaté l'intégrité parfaite de toutes les parties molles. Muscles, aponévrose, capsule articulaire, ne présentaient aucune trace de lésions plus ou moins anciennes, et, n'eût été le déplacement des surfaces articulaires, on eût considéré la pièce comme normale.

L'articulation est d'une solidité parfaite et ne permet aucune disjonction des os qui la composent. Dans l'extension complète, l'avant-bras forme avec le bras un angle de 140 degrés. Dans la flexion extrême, l'angle est réduit à 80 degrés. Les mouvements d'extension et de flexion se font donc dans une étendue de 60 degrés. Ils ont toute la facilité et toute la précision de l'état physiologique. Les mouvements de pronation et de supination s'exécutent avec non moins de facilité et ne sont guère moins étendus que dans une articulation saine.

Et cependant les deux os de l'avant-bras ont tous deux passé en arrière de l'extrémité inférieure de l'humérus. L'apophyse coronoïde du cubitus se loge, pendant l'extension, dans la cavité olécrânienne, et le sommet de l'olécrâne est alors à 7 centimètres au-dessus de la portion inférieure de la poulie humérale. Le radius a suivi le cubitus dans son déplacement ; sa tête se trouve en arrière, et au-dessus de l'épicondyle ; elle est un peu mobile dans le sens transversal par suite du relâchement de ses attaches au cubitus.

Des *ligaments latéraux* très-solides, formés de faisceaux fibreux, nets et résistants, unissent le cubitus à l'humérus; dans l'interne, se trouve, derrière l'épitrochlée, un noyau osseux du volume d'une noisette. Une capsule très-fibreuse, très-épaisse et très-dense, enveloppe de toutes parts la tête et le col du radius. De sa partie interne part un ligament très-épais qui l'unit à l'épicondyle, dont la tête radiale peut s'écarter d'un centimètre. La face interne de cette capsule est unie à une petite dépression centrale de la face supérieure de la tête radiale par un petit *ligament rond* de 4 millimètres de longueur. Dans sa portion antérieure, s'est développée, au niveau du col, une plaque osseuse irrégulière.

La trochlée humérale est déformée : la gorge est élargie et plus profonde que d'habitude; son rebord interne, très-saillant en avant, est rugueux, creusé de petits orifices vasculaires et dépourvu de revêtement cartilagineux à sa partie supérieure. La petite tête humérale est déformée et augmentée de volume en avant.

L'apophyse coronoïde du cubitus s'est moulée, en quelque sorte, sur la partie postérieure de la gorge de la poulie humérale. La cavité sygmoïde, qui est au-dessous, en grande partie effacée, est remplie par du tissu fibro-graisseux. Il s'est formé en avant sur le cubitus, au-dessus de la poulie humérale, une nouvelle apophyse coronoïde mesurant 17 millimètres dans le sens antéro-postérieur et qui s'oppose à la moindre ascension du cubitus sur l'humérus. Le bord interne de cette apophyse, déjeté en dedans, se prolonge sur la face interne de la trochlée, qu'il contribue à emboîter.

La tête du radius, un peu augmentée de volume, est devenue globuleuse, par suite de la disparition de la cupule supérieure; celle-ci est remplacée par une surface convexe, offrant à son centre une petite dépression où s'insère le petit ligament rond dont il a été question.

En aucun point du squelette du coude on ne trouve d'indice d'une fracture. Les surfaces articulaires, dans quelques parties de leur étendue, présentent le même aspect que dans l'arthrite sèche.

M. LE FORT. Cette pièce est un exemple fort intéressant de luxation ancienne, où les surfaces luxées permettent des mouvements étendus. Cela montre combien il est préférable de faire des tentatives pour augmenter les mouvements dans les luxations anciennes, plutôt que de chercher à réduire.

M. PAULET cite un cas de luxation de l'épaule méconnaissable et non réduite au début qui, au bout de six mois, présentait des mouvements assez étendus.

M. GUYON. La conduite indiquée par M. Le Fort a été toujours défendue par Velpeau dans son enseignement.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 1er mars 1872 (1). — Présidence de M. LÉON GROS.

M. DELASIAUVE termine ainsi :

Soyez-en persuadés, la question est délicate. Le désir, si légitime qu'il soit, d'écarter une opinion importune et d'alléger notre responsabilité, ne doit pas nous entraîner inconsidérément. Cette responsabilité est dans l'essence des choses, et M. Falret père avait grande raison de la revendiquer pour nous tout entière. Le médecin, en effet, a besoin, dans l'exercice de ses fonctions, de tout son calme, de tout son aplomb moral, de toute son initiative. Ce serait lui enlever cette possession si nécessaire de lui-même que de le tenir en suspicion permanente, en lui infligeant des contrôleurs ayant mission expresse de veiller à la liberté individuelle. M. le rapporteur exprime la confiance qu'ils fortifieraient notre autorité. Mais, outre que la loi nous couvre suffisamment, ils peuvent faire le contraire, et il ne me paraît nullement sage et rationnel de nous exposer de gaieté de cœur à encourir cette éventualité, plus certaine qu'on ne le croit. Souvent nous avons peine à résister aux obsessions des malades ou des familles demandant des mises en liberté que nous jugeons prématurées. Est-on sûr que, dans beaucoup de cas, au lieu d'être soutenus dans nos scrupules, nous n'aurions pas à lutter contre un élément de plus? Précisément, j'ai dans mes salles une de ces épileptiques dont les crises, de forme larvée, se manifestent indifféremment par des attaques convulsives ou de vives excitations maniaques. Ces accidents se répètent environ tous les huit jours. Deux mois s'écoulent sans encombre. Déjà la malade soupire après la liberté. Que fût-il arrivé de l'intervention de la commission en sa faveur? Avant-hier, on la surprend escaladant un mur, et hier, une crise de fureur maniaque nous oblige à des mesures coercitives exceptionnelles.

Chez une autre malade, sujette à des attaques suivies d'un délire violent, une immunité de huit mois est la conséquence d'une médication favorable et d'un changement de conditions hygiéniques. La malheureuse insiste pour réintégrer son domicile, son mari joint ses sollicitations aux siennes. J'eusse obtempéré si ce dernier eût eu des occupations sédentaires. Ceci n'étant pas, j'obtins un ajournement. Depuis, malgré la continuation du traitement, les accès se sont reproduits, ainsi que le désordre mental.

Présentement, il est un dernier cas plus saillant encore : c'est celui d'une demoiselle fort instruite, dont les attaques intenses, anciennes, rapprochées, s'accompagnaient d'une concentration lypémaniaque et hallucinatoire et menaçante. L'usage du bromure a tellement modifié son état que, depuis plus d'un an, convulsions et délire ont disparu. Elle réclame sa sortie, oralement et par lettres. Avant-hier, elle m'en a adressé une d'une distinction vraiment remarquable.

Là ou tout le monde eût été séduit, le médecin n'a vu que le résultat d'une émotion maladive. Dans l'état normal, le style n'a ni cet entrain ni cette couleur. Informations prises, la malade a éprouvé, il y a quinze jours, une série de crises légères et de spasmes qui ont exagéré la sensibilité générale.

On voit donc combien il importe que l'aliéniste conserve ses allures indépendantes, et qu'aucune immixtion incompétente ne vienne troubler sa conscience. Sans doute, il y a des situations pénibles, mais à nul n'en est la faute, pas plus aux législateurs qu'à l'administration et au médecin. La difficulté est dans la folie elle-même. Pour moi, je craindrais de toucher au *statu quo*.

Maintenant, nos commissaires se sont systématiquement renfermés dans l'étroit cercle du point litigieux. C'était, je le crois, se priver bénévolement d'un argument péremptoire. La loi se réfère à deux éléments distincts : d'une part, l'abus de la séquestration à éviter; de l'autre, un bien effectif à poursuivre. L'abus n'existe pas, mais, dans l'ordre des améliorations à accomplir à l'égard soit de l'organisation de la marche ou de la discipline des asiles, la carrière est probablement pour longtemps ouverte encore. D'énormes progrès ont été réalisés depuis trente ans; le but n'est pas absolument atteint partout. Or, signaler à l'attention les *desiderata* sérieux dont nos détracteurs n'ont pas même l'idée, en opposition avec les réformes fantastiques qu'ils réclament à si hauts cris, me paraît propre à les décevoir par un contraste accablant.

Ce qui n'implique pas qu'on traite tous les sujets *in extenso*. Une énonciation sommaire eût suffi. J'ai déjà parlé du domicile de secours, de l'intérêt mal sauvegardé des pensionnaires des asiles, et d'une certaine extension possible des secours de l'assistance. Quelques autres points pourraient être indiqués. Il y a à Paris, par exemple, deux asiles formant quartiers d'hospice : Bicêtre et la Salpêtrière, contenant, celle-ci 1400 malades, celui-là 800. Un texte exige que, pour de telles annexes ayant, au minimum, 50 aliénés, il y ait un proposé responsable. Cet utile fonctionnaire manque dans les deux établissements. La prescription y a été éludée, au grand dommage du service. En revanche, nous possédons, pour les convalescents, une société de patronage dont l'imitation, réalisée

(1) Fin. — Voir les numéros des 23 et 25 mai 1872.

dans quelques districts, devrait se généraliser partout. Dans les départements, les conseils de surveillance rendent d'éminents services. Un semblable conseil nous fait également défaut dans la capitale. Il y aurait lieu d'ailleurs d'augmenter le nombre des membres, et, par une nomination élective, de conjurer les choix arbitraires. Bien des fois j'ai signalé l'urgence de cette réforme.

Enfin, la loi offre une inconcevable lacune relativement aux épileptiques. Entre M. Lunier et moi existe une dissidence, qui ne peut être qu'un malentendu. Nous connaissons tous deux le terrain. La question s'est compliquée d'une difficulté de *droit commun*, qui l'embrouille. Mais nous ne discuterions pas longtemps sans tomber d'accord.

Veuillez, au surplus, remarquer que je ne sollicite point la présentation d'une loi sur les aliénés. Je me contente de montrer, si l'on prétend à toute force apporter des changements à celle de 1838, où sont les points vulnérables. Ce n'est pas celui qu'on envisage. Le Gouvernement peut, à mon avis, remplir à peu près le cadre des améliorations sans recourir à l'Assemblée. Notre époque tourmentée n'est guère apte pour les projets qui demandent de la maturité. Tout s'y fait par coups d'État, au hasard des opinions et des passions qui se heurtent. Aucun produit n'est viable. Conclusion: attendons.

P. S. — Ces quelques pages devaient être lues dans la dernière séance. Une double proposition, ajoutée au rapport, motive quelques brèves remarques. La commission voudrait d'abord que les demandes de placement, formulées par écrit, fussent appuyées sur des faits détaillés et précis. La loi le veut, au moins implicitement. A cet égard, les ordonnances ont insisté pour la tenue exacte du registre prescrit par l'article 12. Ce qui abonde ici ne saurait vicier. Non moins désirable serait que les certificats médicaux ne se bornassent pas à de simples énonciations. Mais tout ceci a été prévu, imposé, et, pour que le vœu des législateurs ne demeure pas une lettre morte, il n'est pas nécessaire de recourir à un texte nouveau, l'administration ayant devoir et latitude.

Nos confrères exigeraient, en outre, que les certificats fussent délivrés par les médecins des malades. Cela a lieu le plus communément. Est-ce toujours possible? Non, certes. Il y aurait lieu à de nombreuses difficultés, que ne compenseraient pas les garanties. Puis, pourquoi frapperait-on de suspicion d'honorables confrères? La pratique tomberait vite en désuétude.

M. MOTET fait observer que la commission se garde bien de présenter un projet de loi, et que la modification qu'elle demande se réduit à donner à l'intervention de la magistrature un rôle formel et précis; en un mot, il faudrait que le médecin, pour la contre-visite, fût accompagné d'un magistrat.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire annuel : Dr ONIMUS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Laveran vient d'être nommé directeur de l'École de médecine et de pharmacie militaire du Val-de-Grâce, en remplacement de M. Michel Lévy.

— Par divers arrêtés du ministre de l'agriculture et du commerce, ont été nommés :

M. Richelot, inspecteur au Mont-Dore, en remplacement de M. Vernière, démissionnaire, nommé inspecteur honoraire;

M. Grimaud, inspecteur à Baréges, en remplacement de M. Le Bret, démissionnaire, nommé inspecteur honoraire;

M. Gubian, inspecteur des eaux de La Motte (Isère), en remplacement de M. Buissard, démissionnaire.

— Une proposition de loi vient d'être faite à l'Assemblée nationale relativement à la législation des eaux minérales; elle conclut à la liberté absolue d'exploitation et d'usage médical, ainsi qu'à la suppression de l'inspectorat.

— Dans la séance du 17 mai de l'Assemblée nationale, il a été déposé, au nom de la septième commission d'initiative parlementaire, un rapport sur la proposition relative à la création d'une Faculté de médecine et d'une École supérieure de pharmacie à Lyon. Le rapport conclut à la prise en considération.

Il a été également présenté, dans une autre séance, un projet de création d'une Faculté mixte de médecine et de pharmacie à Bordeaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité élémentaire d'histologie, par le docteur FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie. 1re partie, comprenant l'élémentologie et les tissus, avec 217 figures sur bois. — La deuxième et dernière partie paraîtra dans deux mois. Prix de l'ouvrage complet : 14 francs.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✱, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux minérales de Vittel (Vosges), par le docteur PATÉGON, médecin-inspecteur. Brochure de 72 pages. — Prix : 75 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 62. — JEUDI 30 MAI 1872. 45e ANNÉE JEUDI 30 MAI 1872. — N° 62.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fon[illegible] francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Thérapeutique (cours de M. Gubler) : les eaux minérales de France. — De la substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants continus énergiques ou temporaires dans les paralysies, les contractures musculaires et les tensions de nutrition (M. Le Fort). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une nombreuse correspondance et de non moins nombreuses présentations, dont quelques-unes devront devenir plus tard l'objet de mentions spéciales, ont conduit jusqu'à l'heure fixée pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. Des quatre candidats portés sur la liste de présentation, il n'en est pas un qui n'ait sa place marquée d'avance à l'Académie. M. Bernutz, à qui son important ouvrage sur les maladies des femmes et d'autres travaux non moins estimables avaient déjà valu de nombreux suffrages dans de précédentes élections, y a pris la sienne de par le scrutin d'hier. En recueillant une majorité si légitimement acquise, il ne fait que précéder à l'Académie ses compétiteurs. Question de temps.

Une cérémonie qui touche à la considération et à l'honneur du corps médical français se passait, il y a quelques semaines, dans l'une de nos grandes villes du Midi. Toulouse célébrait, le 5 mai, l'inauguration de la statue de Delpech, l'un de ses plus illustres enfants, qu'elle vient de faire ériger dans la salle des Illustres de son Capitole, — hommage un peu tardif peut-être, mais qui prouve, du moins, que la reconnaissance et l'admiration ne se prescrivent pas. A M. Bouisson, l'éminent professeur et doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, l'un des élèves et des successeurs les plus dignes d'un tel maître, revenait naturellement l'honneur de prendre la parole dans cette circonstance. M. Bouisson, qui assistait hier à la séance de l'Académie, sur l'invitation de M. le président, a donné lecture de l'éloge de Delpech qu'il a prononcé dans cette cérémonie. Les applaudissements unanimes de l'assemblée ont accueilli cette lecture, qui a rappelé à ceux qui le savaient, qui a appris à ceux qui l'ignoraient, tout ce que le nom de Delpech résume en lui de science, de talent, d'habileté, de courage, de dévouement et de malheur. Celui qui signe ces lignes, et qui n'a pas oublié le temps où il suivait avec M. Bouisson le service et les leçons de l'illustre chirurgien de Montpellier, remercie personnellement son vieil ami des chers souvenirs et des douces émotions qu'a évoqués dans son esprit cet éloquent discours.

Dr BROCHIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÉRAPEUTIQUE

COURS DE M. GUBLER.

Les eaux minérales de France (1).

L'Allemagne jouit encore sans motif sérieux du monopole des eaux chlorurées sodiques. Il est temps de nous en affranchir, et je vais vous prouver que la chose est facile.

Sans parler d'Arbonne (Savoie), qui n'a pas moins de 280 grammes de sels par litre, Salies-de-Béarn, où existe un établissement bien installé, offre une minéralisation presque équivalente, et par conséquent dix ou douze fois plus puissante que celle des sources en réputation sur les bords du Rhin. Salins, du Jura, qui a 29 grammes de sels, l'emporte par là sur Kreuznach qui n'en a que 11 à 12 grammes, et lui est au moins égal par l'aménagement balnéo-thérapique ainsi que par la beauté de son établissement.

D'un autre côté, nous possédons des sources chlorurées sodiques fortes et d'une haute thermalité, telles que Bourbonne et Balaruc. Il en est une, entre autres, presque ignorée des médecins de Paris et pourtant bien digne d'être connue : celle de Moutiers (Savoie), qui possède 17gr6 de sels, c'est-à-dire la minéralisation de la principale source de Nauheim, le Kurbrünnen, avec une température beaucoup plus élevée (38 degrés centigrades) et une telle abondance d'eau que l'on peut s'y baigner à eau courante. Ajoutons que la station de Moutiers, située à une altitude déjà notable, bien que dans la région de la vigne, offre des conditions exceptionnellement favorables à la clientèle ordinaire des eaux chlorurées sodiques.

Ainsi, même en faisant abstraction des bains de mer, absents des côtes ingrates de la mer du Nord et de la Baltique, si nombreux au contraire sur nos côtes de la Manche, de l'Océan et de la Méditerranée, avec leurs plages de sable ou leurs criques abritées par des rochers, avec leurs conditions climatériques variées et ordinairement avantageuses, nous n'avons rien à envier à nos voisins sous le rapport des eaux pélagiennes.

A côté de ces eaux essentiellement chlorurées sodiques, je placerai des eaux complexes contenant à la fois des proportions plus ou moins fortes de chlorures et de sulfates alcalins ainsi que de bicarbonate de soude, et dont la valeur thérapeutique déjà considérable est, selon moi, destinée à grandir encore. Je fais allusion aux nombreuses sources de l'Auvergne et du Vivarais,

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

dont les montagnes volcaniques, comme celles de la Bohême et de quelques autres pays allemands, laissent échapper d'énormes masses d'eaux minérales presque semblables chimiquement malgré l'éloignement des lieux. Dans les deux contrées, c'est la même opulence; mais dans notre massif central il y a plus de variété. Citons chez nous Royat, le Mont-Dore, la Bourboule, Saint-Nectaire, Châtel-Guyon, Châteauneuf, etc., etc.; du côté de la Bohême, Marienbad et Karlsbad; en Allemagne, Ems, Kissingen et Wiesbaden.

Eh bien, à Wiesbaden ou à Baden, si vantés contre le rhumatisme, nous répondrons par une multitude de sources égales ou supérieures pour la minéralisation : entre autres, Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Châteauneuf, et surtout Saint-Nectaire.

A Ems, qui attire la foule des catarrheux et des phthisiques sujets aux fluxions sanguines, nous pouvons opposer sans crainte le Mont-Dore, Royat, Châteauneuf, Médague, Saint-Myon, etc. Seulement, nous n'avons pas chimiquement l'équivalent du fameux Kacoczy de Kissengen. Mais Châtel-Guyon (Puy-de-Dome) vaut le Pandur, et me paraît appelé à rendre généralement les services qu'on était habitué à demander à la source bavaroise.

Nous ne pouvons non plus fournir que la monnaie du magnifique Sprüdel de Karlsbad, dont l'eau alcaline bicarbonatée et chlorurée sodique, comme tant d'autres sources du massif central, renferme en même temps une plus forte proportion de sulfate de soude qu'aucune eau française similaire. Du reste, cet aveu ne me coûte guère, car un pays, si bien partagé qu'il soit, ne saurait prétendre à une supériorité absolue, et d'ailleurs, avec nos sources analogues, nous sommes en mesure de répondre convenablement à toutes les indications remplies par Karlsbad. Je citerai ici, comme particulièrement dignes d'attention, Saint-Nectaire, Médague ou Joze, Saint-Maurice ou Vic-le-Comte et Saint-Myon, toutes stations groupées autour du Puy-de-Dôme.

En fait d'eaux chlorurées sulfureuses, l'Allemagne ne se prévaut que d'Aachen; nous en possédons par conséquent trois ou quatre pour une. D'abord les eaux thermales de Digne et surtout de Gréoulx (Basses-Alpes), auxquelles il faut joindre l'une des sources de Saint-Gervais (Haute-Savoie); ensuite l'eau d'Uriage (Isère), qui n'est que tiède, mais en revanche beaucoup plus fortement minéralisée que celle d'Aix-la-Chapelle et que toutes les eaux du même genre.

Les eaux dites *faibles* ou *indifférentes* et que j'appelle *inermes*, pour écarter l'idée d'insuffisance ou d'impuissance qu'éveillent les dénominations usitées, comptent souvent parmi les plus célèbres. Tout le monde connaît la réputation de Louèche, dans le Valais (Suisse). Nous rappelions tout à l'heure les mirages enchanteurs de Schlangenbad; mais la médication tempérante ne se fera nulle part mieux qu'à Néris (Allier), à Rennes (Aude), à Ussat (Ariége), ou bien à Bagnères-de-Bigorre.

Aix en Savoie, Evaux (Creuse) et Néris; Bains, Luxeuil et Plombières dans les Vosges, Saint Laurent (Ardèche), et Bagnols (Lozère), valent bien Pfafers et Gastein pour la cure d'hydrotérapie thermale.

Enfin, la Malou (Hérault) attire justement la même clientèle que Wildbad.

Si la France est mal pourvue d'eaux iodurées dont les plus riches spécimens se trouvent à Saratoga-Springs (Amérique du Nord), à Cheltenham (Angleterre), et à Saxon (Suisse), l'Allemagne n'est pas plus favorisée sous ce rapport. Je passerais donc sous silence les eaux faiblement iodurées de Bondonneau, Challes, Chaudesaigues, Coize ou Gréoulx, si cette minéralisation spéciale ne leur assignait un rôle à la fois thérapeutique et hygiénique. Plusieurs de ces sources pourraient être employées comme eaux de table, à l'effet de combattre certaines maladies générales et principalement l'affection goîtreuse. A cet égard, les eaux de Coize (Savoie) ont déjà fait leurs preuves.

Parlerai-je des eaux gazeuses, dont l'eau de Seltz est le type populaire? Nous en avons partout dans les Alpes, le Forez, l'Auvergne et le Vivarais. On les compte par centaines. Les plus connues sont Châteldon, Condillac, Oriol, Pougues, Renaison, Saint-Alban, Saint-Galmier, Saint-Pardoux, Vic-sur-Cère. Cette dernière source, située dans le Cantal, offre exactement la composition de l'eau de Seltz ou Selters naturelle, mais elle est plus riche en fer et en bicarbonate de soude.

Ceci me conduit à vous entretenir des eaux ferrugineuses, classe importante dans laquelle nous passons pour très-pauvres, bien qu'elle soit mieux représentée en France que dans aucune autre contrée de l'Europe.

Les eaux ferrugineuses pullulent partout; seulement quelques-unes se distinguent dans la foule par des qualités qui les font plus agréables ou plus efficaces. Parmi les martiales non gazeuses, la France possède les sources les plus richement minéralisées : Provins, Forges, Aumale, la Bauche avec ses 17 centigrammes de fer carbonaté et crénaté, et tant d'autres dont l'énumération nous entraînerait trop loin. Ces stations sont bien connues et un peu fréquentées, mais nous allons chercher à l'étranger les eaux ferrugineuses acidules gazeuses dont nous sommes admirablement pourvus. La Corse ne fournit-elle pas la première eau de ce genre, comme richesse en acide carbonique libre et en carbonate de fer? En effet, l'eau d'Orezza, d'après la belle analyse de M. Poggiale, ne contient pas moins de 12 centigrammes de sel ferrugineux par litre, tandis que Pyrmont n'en a guère que 5 centigrammes, Schwalbach 7, et le Pouhon de Spa 9 seulement.

Sur le continent nous avons aussi des eaux martiales très-gazeuses, et qui, sous le rapport de la minéralisation spéciale, sont à la hauteur des sources étrangères les plus fréquentées.

Le seul département de l'Aveyron nous offre les sources de Cassuéjouls, avec une proportion de carbonate ferreux sensiblement égale à celle qui fait la gloire de Spa, et supérieure à celle du Stahlbrunnen, de Schwalbach; Prugnes et Andabre, dont la source Cayla renferme plus d'un décigramme de sel de fer par litre.

La France possède aussi des eaux ferrugineuses thermales, dont la température varie de 27° c. à 51° c., telles que celles de Neyrac, de Luxeuil, de Silvanès, de Saint-Nectaire, de Rennes, etc.

L'eau de Silvanès (Aveyron), d'une composition très-remarquable, est en même temps sulfurée et arsenicale, ce qui lui assigne un rang à part parmi toutes celles de la même classe.

De plus, nous avons des eaux martiales bicarbonatées sodiques, association heureuse et répondant à une double indication qui se présente fréquemment dans la pratique. Dans cette division se retrouvent Andabre et Neyrac (Ardèche), à côté de Courpière et de Martres-de-Veyre (Puy-de-Dôme), du Roulou et de Saint-Martin, de Fenouilla (Pyrénées-Orientales).

Enfin, la France a le privilége, trop peu apprécié, d'une catégorie d'eaux martiales complexes éminemment reconstituantes, douées tout à la fois d'une forte proportion de fer carbonaté et de carbonate de chaux, et d'une quantité con-

sidérable de bicarbonate de soude, de chlorure de sodium et de potassium, même de sulfates de soude et de potasse, à peu près dans les rapports où ces sels existent dans le sérum sanguin.

Cette *lymphe minérale*, ainsi que je me plais à la nommer, s'échappe de toutes parts en flots abondants des montagnes du massif central de la France : à la Bourboule, Châteauneuf, Médague, Royat, Saint-Myon, Saint-Nectaire, Vic-le-Comte, Vic-sur-Cère et ailleurs. Un grand succès, j'en ai la conviction, est réservé à ces eaux puissantes dont la tradition nous démontre l'efficacité contre les anémies, le lymphatisme, la scrofule et autres affections constitutionnelles.

Après ce rapide coup d'œil jeté sur les principales classes d'eaux minérales, vous resterez convaincus, messieurs, que non-seulement nous pouvons nous soustraire au tribut sottement payé à l'étranger, mais que nous ferons envie à l'Allemagne elle-même dès que nous saurons mettre en valeur nos trésors hydrologiques. Tout à l'heure je faisais scintiller à vos yeux cette multitude de pierres précieuses : ai-je besoin de vous faire l'éloge de l'écrin ? Vous connaissez les splendeurs de la France, la richesse de ses plaines, les magnificences de ses hautes montagnes, la variété infinie de ses aspects, la douceur salutaire de son climat. Nice, Cannes, Menton, Hyères, Pau, etc., ne souffrent point des rigueurs de l'hiver, et l'on peut dire que dans la zone méridionale de cette contrée privilégiée la plupart des localités pourraient être transformées en stations hivernales.

Pendant la plus froide saison, Amélie-les-Bains et le Vernet, illustré par François Lallemand, offrent aux malades un tiède abri et des eaux généreuses. Quel autre pays pourrait leur procurer une telle réunion de circonstances favorables à la cure ? Je vais plus loin, messieurs, et je demande : où l'étranger trouverait-il un accueil plus bienveillant que chez cette nation courtoise, humaine, généreuse, dont le cœur n'a jamais su nourrir un ressentiment? En quel lieu le valétudinaire, qui va chercher aux eaux la santé, trouvera-t-il des soins plus éclairés et plus dévoués qu'auprès du personnel médical de nos établissements thermaux, où brillent d'éminentes individualités et qui, nous pouvons le dire sans flatterie, est généralement composé d'hommes de science et, qui plus est, de conscience ?

Ainsi nous possédons, dès à présent, les principaux éléments d'un succès légitime et durable ; et cependant, si nous voulons lutter avec avantage contre les séductions des établissements en vogue sur les bords du Rhin, il est indispensable que nous fassions progresser les nôtres. Si la nature a été prodigue de ses biens, l'art n'a pas assez fait pour les mettre en œuvre. Sans doute quelques-uns de nos *hydropolions* ou quelques-unes de nos *hydropoles*, si vous me permettez ce néologisme, peuvent rivaliser avec les villes d'eaux les plus célèbres à l'étranger : c'est le cas de Luxeuil et de Plombières, d'Aix en Savoie, de Vichy, de Néris et de Luchon. Mais tant d'autres laissent à désirer. Il est des stations importantes où la musique ne vient jamais réjouir les buveurs d'eau, qui n'ont pas même la distraction d'un casino ou d'une bibliothèque. Le théâtre est une rareté ; souvent les promenades de plain pied et les ombrages font défaut ; et, qui plus est, les hôtels manquent de comfort, sinon de propreté.

Voilà ce qu'il faut améliorer au plus vite, sans trêve ni repos. Le sentiment élevé de l'intérêt général inspirera certainement quelques-uns de ceux à qui cette tâche incombe spécialement, mais nous devons compter davantage sur l'émulation entre établissements similaires, sur l'esprit de concurrence et sur la notion bien entendue de l'intérêt particulier.

Dans cette œuvre de progrès, le rôle du corps médical peut et doit être considérable. Il appartient aux médecins hydrologues, dans chaque station, de s'unir étroitement pour signaler et réclamer avec autorité les améliorations urgentes et immédiatement réalisables. De leur côté, les médecins ordinaires des familles auront le devoir d'offrir comme une prime d'encouragement aux efforts collectifs des propriétaires, des administrateurs et des hôteliers en recommandant de préférence à la clientèle des eaux l'établissement qui, dans chaque catégorie, se sera élevé au plus haut point de perfection relative.

Mais, pour employer plus fructueusement leur légitime influence, il faut qu'au préalable les médecins soient parfaitement instruits de la valeur des traitements hydriatiques, de l'utilité spéciale des différentes eaux minérales, et, autant que possible, des conditions de climat et d'installation des principales stations. Tel est le but de cette série de leçons dont l'opportunité se trouve dans les conditions exceptionnelles que la défaite nous impose. Mon espoir est que les eaux médicales françaises, mieux connues et plus fréquentées, contribueront au retour de la prospérité matérielle dans notre malheureux pays.

Maintenant, messieurs, permettez-moi de terminer par un acte de foi. Oui, la France se relèvera par les efforts dévoués de tous ses enfants. A nous, à vos anciens le lourd fardeau et la charge quelque peu ingrate du présent ; à vous, messieurs, qui allez bientôt porter dans toutes nos provinces votre science et votre activité patriotique, à vous jeunes gens, la tâche toujours sérieuse et les gloires de l'avenir !

DE LA SUBSTITUTION DES COURANTS CONTINUS FAIBLES

MAIS PERMANENTS AUX COURANTS CONTINUS ÉNERGIQUES OU TEMPORAIRES, DANS LES PARALYSIES, LES CONTRACTURES MUSCULAIRES ET LES TENSIONS DE NUTRITION (1).

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 20 mars 1872, par M. LE FORT.)

Les courants d'induction, qu'on peut appeler aussi courants interrompus, ont aussi pour propriété particulière de provoquer dans les muscles au niveau desquels on les applique, ou dans les muscles animés par le nerf sur lequel on dirige les réophores, des contractions permanentes et en quelque sorte tétaniques ; mais il faut ou, pour être moins exclusif je dirai, il semble qu'il faille, pour obtenir ces contractions, que le muscle ait conservé son intégrité en tant que machine motrice. Si un défaut d'exercice, un commencement d'altération dans la nutrition du muscle ont amené l'*atrophie simple* de ce muscle et des éléments qui le composent, si les faisceaux musculaires ont perdu seulement une partie de leur volume, si leur couleur, si leur striation est moins marquée, mais si les éléments anatomiques qui le composent sont en définitive conservés, les courants d'induction peuvent encore y susciter des contractions ; mais si les éléments anatomiques sont altérés, s'il y a dégénérescence graisseuse, les courants d'induction sont impuissants.

Il semble que ce fut d'abord un peu empiriquement que Remak chercha quel serait l'effet, sur la contractilité musculaire, de l'application de courants produits par une pile composée d'éléments plus ou moins nombreux. Il obtint des contractions à l'ouverture et à la

(1) Suite. — Voir les numéros des 25 et 28 mai 1872.

fermeture du courant; il obtint même des contractions toniques en faisant passer par un tronc nerveux un courant très-fort et d'une application douloureuse. Or, Remak, et après lui tous les expérimentateurs, constatèrent que, dans plusieurs circonstances encore mal définies, on obtient par les courants continus de la pile des contractions musculaires alors que les courants d'induction n'en produisent aucune ou n'en produisent que de très-incomplètes. Il y a plus : on obtient parfois, dans des muscles paralysés, des contractions assez fortes avec un courant continu, alors que du côté sain l'application du même courant ne réveille aucune contraction; et M. Duchenne (de Boulogne) a signalé depuis longtemps des cas de paralysie traumatique dans lesquels les muscles, qui se contractaient légèrement par l'influence de la volonté, ne se contractaient pas sous l'influence des courants induits.

Je n'ai point à m'étendre sur le parallèle des courants induits et des courants directs de la pile, c'est sur un autre point que porte ma communication. Je me borne à rappeler que les contractions musculaires peuvent être obtenues par les courants continus dans certaines circonstances où les courants induits, c'est-à-dire ceux produits par les appareils à induction, ne peuvent en produire aucune. C'est pour obtenir ces contractions que Remak, Hiffelsheim, Erb, Hitzig, Legros et Onimus employèrent longtemps les courants continus, et lorsque plus tard on reconnut l'influence incontestable des courants de la pile sur la nutrition, on crut encore nécessaire d'employer des piles à forte tension pour vaincre la résistance que les téguments opposent au passage du courant et le faire pénétrer jusqu'au muscle. Or, comme la tension ne s'obtient qu'en employant un grand nombre d'éléments et comme, d'autre part, les expériences de Legros et Onimus, confirmant les idées proposées par Remak, montrent qu'il faut employer des piles à assez grande surface, mais à action chimique assez faible, on a été amené à se servir d'appareils fort coûteux et très-difficilement transportables, ou transportables, mais formés alors de petits éléments à action électro-chimique assez énergique. Courants puissants appliqués pendant quelques minutes ou du moins pendant de courtes séances, telle est encore la pratique actuelle. Elle est trop connue pour qu'il soit besoin de m'étendre davantage sur ce point. Or, messieurs, et c'est là le sujet principal de cette communication, à côté de ces deux façons d'appliquer l'électricité, il en est une troisième ayant ou me paraissant susceptible d'avoir un vaste champ à explorer dans le domaine de la thérapeutique : c'est l'emploi de faibles courants appliqués d'une manière à peu près permanente.

Lorsqu'un muscle est privé de son innervation, il s'atrophie, puis il dégénère et subit ce qu'on a appelé l'atrophie graisseuse. L'électricité peut intervenir pour empêcher cette atrophie en faisant faire artificiellement au muscle des mouvements que la volonté est impuissante à susciter. Pour obtenir ces contractions, les courants interrompus, c'est-à-dire la faradisation, ont, dans la grande majorité des cas, une grande puissance, et ils sont souvent, très-souvent même, supérieurs aux courants continus.

Mais dans un certain nombre de cas qu'il est impossible de prévoir, malgré les travaux et les expériences de Ziemssen, Erb, Onimus, Robin, les courants continus seuls peuvent amener des contractions dans les muscles soustraits ou réfractaires à l'influence de la volonté, et ces contractions, qui préviendront l'atrophie et la dégénérescence, ne peuvent être obtenues qu'avec des courants ayant une forte tension, produits par conséquent par des piles formées d'assez nombreux éléments.

Là ne s'arrête pas encore l'influence des courants continus; ils agissent d'une manière incontestable sur la nutrition et peuvent non-seulement prévenir, par les mouvements qu'ils déterminent dans les muscles, mais encore arrêter et même guérir l'atrophie graisseuse des fibres musculaires, provoquer et aider ce travail de reproduction si bien étudié histologiquement par M. Hayem.

Or, avant que l'expérience ait démontré cette influence, il m'a semblé que puisque les courants électriques d'induction et galvaniques agissaient sur le muscle par l'intermédiaire du nerf, ils pourraient bien aussi, en excitant l'action du nerf, agir sur tous les phénomènes qui sont d'une manière médiate sous l'influence de l'innervation, c'est-à-dire sur la calorification, la nutrition et même le fonctionnement des organes; mais il m'a semblé aussi que pour venir en aide à l'action nerveuse sans crainte de la perturber violemment, il fallait employer de faibles courants, et que, de plus, les actions nutritives étant continues, il fallait agir non par courtes séances, mais d'une manière en quelque sorte permanente. Mes premières tentatives remontent à 1865, un peu avant l'arrivée de Remak. J'avais à cette époque dans mon service temporaire à la Charité, où je remplaçais M. Denonvilliers, une malade atteinte de diabète. En raison d'idées personnelles sur les fonctions du foie et le diabète, idées sommairement exposées dans la *Gazette hebdomadaire* (1862), et que j'exposerai plus explicitement dans quelques années, j'appliquai le pôle positif de deux éléments de Daniel à la base du cou et le pôle négatif sur la région du foie. L'appareil n'était appliqué que pour 24 heures et à des jours irrégulièrement espacés. L'urine était analysée chaque jour par M. Fordos, pharmacien en chef de l'hôpital. Lorsque je faisais passer le courant, la quantité d'urine rendue en 24 heures s'abaissait, de six litres en moyenne, à un litre, la soif diminuait dans la même proportion et la quantité de sucre rendue dans cet intervalle diminuait également des quatre cinquièmes ou des cinq sixièmes. Mon départ de l'hôpital me força à interrompre l'expérience, que je ne pus mener jusqu'à la guérison et que je n'eus plus depuis l'occasion de reprendre. Elle ne me laissait du moins aucun doute sur l'influence d'un courant faible continu.

Cette faiblesse du courant, son peu de tension semblent le rendre incapable de traverser les tissus et d'influencer les parties profondes. C'est là l'objection qui se présente de suite lorsqu'on n'a égard qu'aux phénomènes électriques observés dans les corps ou à la surface des corps inorganiques; aussi, lorsqu'il y a quelques années je proposai devant la Société de chirurgie d'appliquer un large électrode, recouvrant une compresse mouillée, sur un anévrysme sacciforme de l'aorte faisant saillie à l'extérieur, et de tenter dans ce cas, au-dessus de toutes les ressources de la thérapeutique, l'emploi d'un courant continu, plusieurs de nos collègues, ayant en vue les phénomènes physiques, mais méconnaissant les phénomènes vitaux produits par l'électricité, objectèrent que le courant passerait par la peau et même par la surface de la peau, mais ne ferait pas sentir son influence sur l'anévrysme.

C'est en vertu des mêmes idées que l'on emploie des courants à forte tension, dans la conviction que c'est seulement ainsi qu'on peut espérer pénétrer profondément. Ce sont ces idées que je viens rectifier avec les faits, en montrant qu'un très-faible courant a une action incontestable sur l'organisme, alors même qu'il ne paraît pas agir sur un galvanomètre de sensibilité moyenne.

On est bien obligé d'admettre aujourd'hui qu'un courant continu énergique traverse les téguments et peut influencer les muscles et les nerfs, et MM. Onimus et Robin ont montré de plus qu'un pareil courant non-seulement ne se propage pas en droite ligne d'un réophore à l'autre, mais qu'il détermine au sein des tissus la formation de courants dérivés, lesquels ne se produisent pas avec les courants d'induction ou courants interrompus. Mais si ces effets peuvent être produits, si la résistance au passage de l'électricité peut être vaincue avec des piles à forte tension, avec des appareils composés de 20, 30, 40 éléments, peut-on espérer les obtenir lorsqu'on n'emploie que deux ou trois couples d'une pile de Callot? Telle ne paraît pas être l'opinion de M. Onimus, auquel ses beaux travaux sur l'électricité médicale donnent une légitime autorité en pareille matière. Le hasard m'ayant fait me rencontrer avec M. Onimus lorsque je priai M. Trouvé de m'envoyer à Lariboisière les quatre éléments dont je désirais me servir pour les deux malades que je vous ai présentés, notre confrère émit plus que des doutes sur la possibilité d'obtenir un effet quelconque par un pareil moyen, et je crois que, sans son extrême urbanité, il eût émis sur ma tentative une opinion plus défavorable encore. Heureusement j'avais,

pour ranimer ma confiance, l'expérience du passé, et ces deux nouveaux succès viennent encore la confirmer.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de Bagnolles (Lozère), par M. le docteur Raynal; de Cissonière et de Molitg (Pyrénées-Orientales), par M. le docteur Picon en 1870 (commission des eaux minérales);

2° Un rapport final de M. le docteur Malichecq (de Mont-de-Marsan), sur une épidémie de variole qui a régné dans cette ville en 1870 et 1871 (commission des épidémies);

3° Une étude médico-philosophique sur le climat de l'Orient et sur sa fièvre endémique, par M. le docteur Maurice de Herezeghy d e Constantinople) (commission : MM. Fauvel, Pidoux et Delpech).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

1° Une lettre de M. le docteur Voillemier, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de M. le docteur Théophile Roussel, qui se présente comme candidat pour la place vacante dans la section d'hygiène;

3° Une lettre de M. le docteur Fonssagrives (de Montpellier), qui se présente comme candidat au titre d'associé national;

4° Une lettre de M. Decroix accompagnant l'envoi du programme des questions mises au concours par l'association française contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques;

5° Une note de M. Louis Prud'homme, chirurgien-dentiste, sur l'emploi constant du protoxyde d'azote dans les opérations dentaires;

6° Des lettres de remerciements de MM. les docteurs Mahier (de Château-Gontier), et Compagnon (de Chesseneuil), lauréats de l'Académie.

M. le Président annonce que M. le professeur Bouisson, membre associé national, assiste à la séance.

PRÉSENTATIONS

M. Demarquay, au nom de M. le docteur Mandl, présente un volume ayant pour titre : *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx.*

M. Tardieu offre en hommage, de la part de M. le docteur Barrault, une brochure intitulée : *Parallèle des eaux minérales de la France et de l'Allemagne.*

M. Gubler présente, au nom de M. le docteur Dieulafoy, une note sur le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques du foie par l'aspiration pneumatique.

Voici le résumé et les conclusions de cette note :

J'ai appliqué, dit M. Dieulafoy, au diagnostic et au traitement des kystes hydatiques du foie, la méthode d'aspiration que j'ai présentée à l'Académie en 1869.

Un certain nombre d'observations, recueillies la plupart dans les hôpitaux (dans les services de MM. Gubler, Axenfeld, Moutard-Martin, Matice), me permettent de poser les conclusions suivantes :

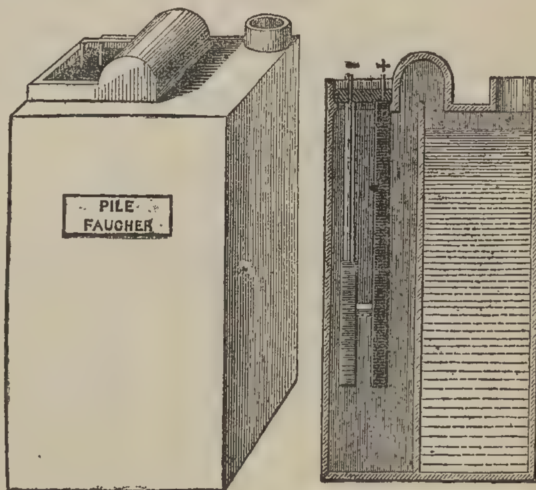
1° Grâce à l'aiguille n° 1, armée du vide préalable, on peut, sans crainte et sans danger, aller à la recherche des collections liquides hépatiques. On traverse lentement l'organe, le vide à la pointe de l'aiguille, et dès qu'on a rencontré le liquide, celui-ci se précipite dans l'aspirateur. On est aussitôt renseigné sur sa présence, son siége et sa nature.

2° Des aspirations répétées et pratiquées avec l'aiguille n° 1 ou n° 2 permettent d'épuiser le liquide du kyste.

Les adhérences qu'on établit souvent entre le foie et les parois abdominales, les injections irritantes à l'intérieur du foyer deviennent inutiles avec ce procédé. On tarit la collection par un moyen purement mécanique, et d'après cette idée que j'ai formulée et que j'essaie de vulgariser : quand un liquide, quelle que soit sa nature, s'accumule dans une cavité, et quand cette cavité est accessible sans danger pour le malade à nos moyens d'investigation, notre premier soin doit être de retirer ce liquide. S'il se forme de nouveau, on le retire encore, et plusieurs fois si cela est nécessaire, de manière à épuiser la séreuse par un moyen tout mécanique et absolument inoffensif, avant de songer à en modifier la sécrétion par des agents irritants et quelquefois redoutables.

Le liquide peut rester clair et limpide jusqu'à épuisement complet : le plus souvent il acquiert des degrés divers de purulence. Le traitement est le même dans les deux cas.

M. Gubler met ensuite sous les yeux de l'Académie une pile modifiée par M. Faucher, pour l'usage électro-médical.



M. Amédée Latour présente, au nom de la Société de médecine de Paris, un rapport relatif à l'enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre.

M. Barth, au nom de M. le docteur Simonnin (de Nancy), présente un rapport sur le service médical de l'arrondissement de Nancy.

M. Béclard met sous les yeux de l'Académie un instrument nommé pulviphore vaginal, inventé par M. Laforgue et destiné à injecter dans le vagin et sur le col de l'utérus les poudres médicamenteuses.

M. Gaultier de Claubry présente un bandage herniaire fabriqué par M. Hardouin, sur le modèle de M. Pégé.

M. le Secrétaire signale parmi les pièces de la correspondance les lettres suivantes :

1° Une lettre par laquelle M. le directeur de l'assistance publique demande à l'Académie de vouloir bien mettre à sa disposition les renseignements statistiques sur les résultats obtenus dans ces dernières années pour la propagation de la vaccine à Paris;

2° Une lettre de M. le docteur Maurice Raynaud, relative à la discussion sur l'empyème, qui propose de pratiquer d'abord l'opération de l'empyème, puis d'adapter à la plaie thoracique l'appareil de M. Potain légèrement modifié, comme moyen de réunir les avantages des deux méthodes sans en avoir les inconvénients, et cite une observation à l'appui ;

3° Une lettre de MM. Homolle père et fils relative à la question de la digitaline, dans laquelle les auteurs protestent contre la dénomination d'amorphe appliquée à leur digitaline (commission dite de la digitaline);

4° Une lettre de M. le docteur Boinet, dans laquelle il rappelle les recherches qu'il a faites dès 1853 sur le traitement des épanchements pleurétiques purulents par la sonde à demeure et les injections iodées.

ÉLECTIONS

L'Académie procède ensuite à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Voici la liste de présentation :

En première ligne.................. M. Bernutz
En deuxième........................ M. Woillez.
En troisième, *ex æquo*, MM. Jaccoud et Villemin.

Sur 69 votants, majorité 35 :

M. Bernutz obtient..................	39	suffrages.
M. Woillez..........................	19	—
M. Villemin.........................	10	—
M. Jaccoud..........................	1	—

M. Bernutz, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre de l'Académie.

LECTURE

M. BOUISSON donne lecture de l'éloge de Delpech qu'il a prononcé le 5 mai dernier, à Toulouse, à l'occasion de l'inauguration de la statue de Delpech dans la salle des Illustres, au Capitole de cette ville.

Discussion sur l'empyème.

M. MARROTTE lit un travail sur l'un des accidents de la thoracentèse, la perforation traumatique du poumon.

La séance est levée à quatre heures trois quarts.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

COMMUNICATION

M. BUCQUOY présente un malade atteint de lésions scrofuleuses de l'arrière-gorge.

RAPPORT SUR LES MALADIES RÉGNANTES

M. BESNIER fait remarquer que, sous le rapport des conditions atmosphériques, l'hiver de 1871-72 doit être divisé en deux périodes bien distinctes : l'une, les mois de novembre et décembre 1871, extrêmement rigoureuse, puisque le thermomètre a marqué jusqu'à 23 degrés; l'autre, au contraire, très-tempérée, le thermomètre s'étant presque toujours maintenu au-dessus de + 10 degrés. Or, pendant ces quatre mois, l'état sanitaire est resté des plus satisfaisants; le chiffre de la mortalité, dans les hôpitaux, est en effet descendu au-dessous du niveau des meilleures années : ainsi, au mois de janvier 1872, le chiffre des décès a été de 920, tandis que pour le même mois de l'année 1870 il était de 1,243; — pour 1869, de 1,276; — pour 1868, de 1,234, etc. Il en est de même pour le mois de février. A ce sujet, M. Besnier fait remarquer que cette différence dans la mortalité, à certaines périodes, est due à l'ensemble des maladies régnantes, et non pas, comme on pourrait le croire, à la prédominance ou à l'absence de l'une d'elles en particulier. Il exprime ce fait de la différence de la mortalité selon les périodes médicales, en disant qu'il y a des constitutions médicales bénignes et des constitutions médicales malignes. C'est là un fait d'observation dont on doit tenir grand compte au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique générale.

L'auteur fait observer en outre, en rapportant les renseignements qu'il a reçus de Rouen, de Lyon et de différentes autres grandes villes, que cette malignité ou cette bénignité n'est pas limitée à une surface restreinte.

Affections des voies respiratoires. — Grippes fréquentes; bronchites secondaires chez les emphysémateux, les cardiopathiques et les alcooliques; coqueluches assez nombreuses et assez graves; pneumonies fréquentes, graves surtout chez les vieillards, les alcooliques et les sujets épuisés; terminaison généralement favorable; forme adynamique la plus commune.

Les renseignements fournis par MM. Leudet (de Rouen) et Fonteret (de Lyon) sont à peu de chose près les mêmes.

M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, a observé un assez grand nombre de grippes; dans ces grippes, l'élément fièvre a paru dominer; les localisations, même du côté de la muqueuse respiratoire, ont été généralement peu intenses.

M. Besnier appelle ensuite l'attention de ses collègues sur certaines formes de pleurésies qu'il appellerait volontiers *grippes pleurétiques*; il rappelle à cette occasion que, déjà en 1869, M. Bourdon, pendant une épidémie de grippes observée dans les mois de janvier et de février, avait signalé que les bronchites épidémiques se compliquaient très-souvent de pleurésie, et se demandait si l'on ne confondait pas parfois ces broncho-pleurésies avec les broncho-pneumonies.

Cette année, M. Bucquoy attire l'attention sur le même sujet et dit avoir remarqué un grand nombre de *pleurésies catarrhales*; ce genre de pleurésie, ajoute M. Bucquoy, n'a pas de tendance marquée aux vastes épanchements; les pleurésies, d'ailleurs, ont été signalées cette année partout en grand nombre; la thoracentèse a donné de bons résultats.

Affections pseudo-membraneuses. — Ces affections ont été plus graves que jamais dans la période actuelle; dans le mois de février, 34 décès par le croup seul.

D'après les détails qui ont été fournis sur ces affections à M. Besnier par plusieurs de ses collègues des hôpitaux, il résulte que sur 50 cas de croup signalés, il y a eu 20 morts, ou 40 pour 100.

A Lyon, sur 8 cas signalés par M. Delore, 4 décès, ou 50 pour 100.

Fièvres éruptives. — Au premier rang, la rougeole plus grave à l'hôpital qu'à la ville; 24 décès en janvier, 25 en février dans les hôpitaux. La scarlatine rare et bénigne; la variole très-rare, un seul décès en deux mois.

Fièvre typhoïde. — Pour les mois de janvier et de février, diminution du chiffre des décès; aucune prédominance marquée, formes graves et formes légères suivant les séries.

Fièvres intermittentes. — Assez nombreuses dans ces deux mois, mais observées seulement chez des sujets ayant contracté la maladie dans d'autres pays.

Affections des voies digestives. — Un peu plus nombreuses que d'ordinaire à cette époque, en dehors des localisations intestinales de la grippe. Quelques cas de stomatite ulcéro-membraneuse traités avec succès par le chlorate de potasse; fréquence des angines pharyngées. Nombreux cas d'ictères bénins.

Affections hémorrhagiques. — M. Cadet de Gassicourt signale à Saint-Antoine un cas de scorbut gingival chez un homme épuisé par dix mois de séjour sur les pontons; une femme, nourrice, amenée mourante avec des taches de purpura disséminées sur tout le corps, des hématuries et du melœna; à l'autopsie : ecchymoses sous-péricardiques, suffusions sanguines, etc.

M. Bernutz, à la Charité, signale un cas de purpura hémorrhagica, avec hémoptysie et hématurie, chez un jeune homme.

M. Laboulbène, à Necker, rapporte 5 cas de purpura.

Affections puerpérales. — Accroissement considérable, sur les rapports précédents, des accouchements, dont le chiffre s'est rapproché de la moyenne habituelle dans les mois de janvier et de février; accroissement proportionnel de la mortalité puerpérale.

Hôtel-Dieu, M. Hérard : salle d'accouchements pleine; 3 cas de fièvre puerpérale; fermeture de la salle.

Hôpital de la Pitié, M. Lorain : service d'accouchements signalé plusieurs fois comme le plus favorable; il n'existe cependant pas, dit M. Lorain, d'immunité absolue dans ces salles relativement aux maladies puerpérales.

M. Desnos signale un cas de pleurésie chez une femme grosse, qui a guéri après deux ponctions.

M. Féréol, à Saint-Antoine, a observé un cas de rougeole, avec

bronchite très-intense, chez une femme dont la grossesse a continué sans accidents.

M. Bucquoy, à l'hôpital Cochin, signale le fait suivant :

Une femme entre dans ses salles, à la Maternité, où elle était employée comme infirmière (il y avait à ce moment un certain nombre de cas de fièvre puerpérale). Elle avait depuis longtemps une chute de l'utérus, pour laquelle elle avait déjà subi plusieurs fois l'amputation du col. Elle présenta bientôt quelques symptômes de péritonite, qui la décidèrent à entrer dans le service de M. Bucquoy, où, bien que n'étant pas une accouchée, elle succomba en trois jours avec tous les signes de la péritonite puerpérale infectieuse, ou, autrement dit, avec une véritable fièvre puerpérale. Il y a là, ajoute M. Bucquoy, manifestement infection et contagion. La cause en est-elle dans le séjour au milieu des salles infectées ou dans le toucher pratiqué par plusieurs personnes du service ? C'est une question à résoudre.

M. MOISSENET rapporte en quelques mots l'observation d'une jeune femme qu'il a soignée dans son service pour un épanchement pleurétique considérable, occupant tout le côté gauche et ayant refoulé le cœur à droite. Il lui fit appliquer une véritable cuirasse vésicante, et elle guérit en moins de trois semaines, sans qu'on ait eu recours à la thoracentèse.

M. MOUTARD-MARTIN dit que cette malade aurait été guérie en quelques jours si on lui avait pratiqué la thoracentèse ; la guérison par ce moyen était de beaucoup plus prompte que par aucun autre.

M. GUÉNIOT ne partage pas l'enthousiasme de M. Moutard-Martin pour la thoracentèse. Il a eu occasion d'en pratiquer un certain nombre ; les choses allaient bien pendant quelques jours, puis le liquide se reproduisait, et il a rencontré des cas où les malades ont succombé à une syncope. Malgré la thoracentèse, la plupart des pleurésies qu'il traite en ce moment se reproduisent.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer qu'il faut bien distinguer, en pareil cas, les pleurésies datant d'un mois de celles qui ne datent que de huit jours. Dans les premières, en effet, le liquide se reproduit presque toujours, malgré la thoracentèse ; mais il n'en est pas de même des pleurésies datant de huit jours.

M. MARROTTE croit qu'on doit pouvoir se fonder sur la persistance des phénomènes fébriles après la thoracentèse pour le pronostic à porter au point de vue de la reproduction ou de la non-reproduction de l'épanchement.

M. MOUTARD-MARTIN dit que quand il s'agit d'un état inflammatoire, la fièvre tombe aussitôt après la thoracentèse.

M. LABBÉ pense que le meilleur moyen de combattre le retour de l'épanchement après la thoracentèse, est d'appliquer des vésicatoires. Il engage donc à continuer à appliquer des vésicatoires même après la thoracentèse.

La séance est levée à 5 heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

111. Blanc. Cancer primitif du larynx.
112. Dumaz. De l'oblitération artérielle des membres par embolie et par thrombose.
113. Huchard. Étude sur les causes de la mort dans la variole.
114. Gircourt. Essai sur l'histoire des plaies et de la résection de l'épaule, et sur l'application de cette opération dans les blessures par projectiles de guerre.
115. Figueroa. Des obstacles que le col utérin peut apporter à l'accouchement.
116. Maury. Considérations sur l'alimentation du soldat en campagne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

De l'Hématurie chyleuse ou graisseuse des pays chauds, par le docteur CRÉVAUX. In-8°.—Prix : 2 francs.—Paris, Adrien Delahaye.

Livret de Spencer Wells pour les cas de tumeurs des ovaires et de l'abdomen, traduit de l'anglais par le docteur G. BODDAERT, chirurgien-adjoint de l'hôpital civil de Gand. In-8° de 32 pages avec figures. — Prix : 1 franc. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 63. — SAMEDI 1er JUIN 1872. 45e ANNÉE SAMEDI 1er JUIN 1872. — N° 63.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois.	8 fr. 50 c.	
Six mois.	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Opération de l'empyème par une méthode mixte. Ulcération cancéreuse du bras gauche ; adhérence aux vaisseaux ; amputation suivie de guérison. — De la substitution des courants continus faibles, mais permanents, aux courants continus énergiques ou temporaires dans les paralysies, les contractures musculaires et les tensions de nutrition (M. Le Fort). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Opération de l'empyème par une méthode mixte.

Depuis que la question de l'empyème et de la thoracentèse a été remise à l'ordre du jour des discussions de l'Académie de médecine, l'enquête se poursuit dans son sein comme au dehors, *intus et extra*, sur la valeur des diverses méthodes en présence et sur leurs indications respectives. Nous avons mis, dans la précédente Revue, sous les yeux de nos lecteurs, deux faits invoqués en faveur de la méthode de l'incision ; nous sommes en mesure aujourd'hui de donner quelques détails sur le fait que M. le docteur Maurice Raynaud a communiqué par lettre à l'Académie dans la dernière séance.

Exprimant son opinion sur l'appareil de M. Potain, comparé au drainage, dans la séance du 14 mai dernier, M. Gosselin lui avait trouvé théoriquement un avantage et un inconvénient.

« L'avantage, dit-il, est, en empêchant l'entrée de l'air dans la poitrine, de supprimer l'un des principaux obstacles à l'ampliation du poumon, et de favoriser, par cette ampliation devenue plus facile, l'établissement des adhérences destinées à fermer la plèvre.

« L'inconvénient est de ne pas ouvrir une voie suffisante pour l'échappement des fausses membranes altérées.

« C'est aux observateurs contemporains, ajoutait M. Gosselin, à juger si, en balançant ces avantages et ces inconvénients, il y a des raisons pour choisir l'un des procédés ou l'autre. »

M. Maurice Raynaud, se trouvant dans le cas d'avoir un parti à prendre, a pensé qu'il y avait un moyen de réunir les avantages principaux des deux méthodes, sans en avoir les inconvénients. Ce moyen, c'est tout simplement de pratiquer d'abord l'opération de l'empyème, puis d'adapter à la plaie thoracique l'appareil de M. Potain, très-légèrement modifié. C'est ce qu'il a fait récemment, avec le plus grand succès, chez un malade qui est encore dans son service à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici en quels termes M. Maurice Raynaud rapporte ce fait :

Une première ponction, faite avec le trocart d'un appareil aspirateur, avait donné lieu à l'issue de deux litres de liquide citrin, dont l'écoulement s'était brusquement arrêté, quoiqu'il y en eût bien davantage dans la poitrine. Quelques jours après se montrèrent des signes non équivoques de suppuration. L'épanchement occupait tout le côté droit, de la base au sommet ; l'état général était très-grave, l'indication d'évacuer le pus urgente. A six reprises différentes, je tentai de le faire par des ponctions répétées sur divers points de la cage thoracique. Chaque fois j'amenais une petite quantité de pus, dont l'écoulement s'arrêtait aussitôt, sans que rien pût le ramener. Pour ma dernière ponction, je me servis d'un grand trocart à ascite ; mais, invariablement, des paquets de fausses membranes venaient s'opposer au passage du liquide à travers la canule.

C'est alors qu'assisté par mon collègue M. Féréol, je me décidai à recourir à l'empyème. Le 7 mai, je pratiquai cette opération dans le 6e espace intercostal ; je fis à la poitrine une ouverture de 6 à 8 centimètres d'étendue, par laquelle, outre une masse de pus, je retirai une énorme quantité de fausses membranes épaisses, qui se présentaient d'elles-mêmes à la plaie et que je n'eus plus qu'à retirer avec la main.

Pendant trois jours, je fis quotidiennement de vastes lavages avec un irrigateur rempli d'eau alcoolisée. Lorsque je vis que la cavité pleurale était bien détergée, et que les lavages ne ramenaient plus de fausses membranes, j'introduisis dans la plaie une sonde en caoutchouc, percée de trous latéraux et solidement enchâssée dans un carré de baudruche en triple épaisseur, qui fut exactement collé, au moyen de collodion riciné, sur la peau saine entourant les lèvres de la plaie. Je mis par-dessus une certaine épaisseur d'ouate, et je fixai le tout par plusieurs tours d'une bande élastique en caoutchouc, laissant passer le bout de la sonde.

Depuis lors, des lavages ont été faits matin et soir au moyen de l'appareil de M. Potain, adapté au bout de la sonde ; celle-ci est, dans l'intervalle des lavages, maintenue fermée au moyen d'une pince à pression continue.

Aujourd'hui la fièvre a disparu ; l'appétit et les forces reviennent à vue d'œil. Les lavages ne ramènent plus qu'un liquide presque transparent ; la quantité d'eau que le siphon introduit ainsi dans la plèvre diminue de jour en jour, indiquant par là l'effacement progressif de la cavité pleurale. Le murmure respiratoire normal s'entend dans la moitié supérieure du poumon, ce qui nous montre des adhérences déjà solidement établies. L'auscultation ne révèle en aucun point l'existence de bruits amphoriques, ce qui prouve que s'il existe des gaz dans la plèvre, ils n'y sont qu'en quantité insignifiante, ayant probablement en grande partie disparu par absorption. En un mot, aujourd'hui,

treizième jour après l'opération, tout fait présager une guérison prochaine.

Ulcération cancéreuse du bras gauche. — Adhérence aux vaisseaux. — Amputation suivie de guérison.

Depuis la communication faite en 1869, à la Société de chirurgie, d'un cas de tumeur fibro-plastique adhérente aux vaisseaux fémoraux, les faits de ce genre ne se sont point multipliés. M. le docteur Voelker ayant eu l'occasion d'observer un cas analogue, nous adresse à ce sujet la note suivante, que nous avons jugée assez intéressante pour la mettre textuellement sous les yeux de nos lecteurs.

L'histoire des tumeurs développées ou au voisinage des vaisseaux sanguins, ou sur les vaisseaux eux-mêmes, présente un intérêt capital au point de vue thérapeutique. On comprend de quelle importance il peut être pour le malade de prendre telle ou telle détermination à ce sujet, et il est inutile d'insister sur les conséquences qui peuvent résulter de l'ablation partielle ou totale de la tumeur ou de l'amputation du membre sur lequel celle-ci se trouve placée.

M. Verneuil a rapporté des faits curieux de ce genre, et il a modifié ses procédés opératoires suivant la région affectée. Certains autres chirurgiens, plus absolus, ont posé en principe que lorsqu'on a affaire à une tumeur de mauvaise nature siégeant sur les vaisseaux, il fallait procéder au plus tôt à l'énucléation de ce produit morbide en enlevant du même coup la portion vasculaire comprise dans la tumeur. C'est ainsi que M. Verneuil a enlevé six centimètres de la veine axillaire, cinq centimètres de la fémorale, au pli de l'aine. Ce même chirurgien a encore vu trois malades chez lesquels il a observé, au même niveau, une blessure de la veine et de l'artère poplitée, à la partie supérieure. Une seule fois, sur ces trois malades, il a constaté la gangrène du membre. Il a enfin enlevé une tumeur maligne au pli de l'aine d'un autre individu chez lequel il dut lier la veine, et, quelque temps après, l'artère. Le malade ne tarda pas à succomber.

D'autre part, l'observation que M. Demarquay a communiquée à la Société de chirurgie, et qui a fait le sujet de thèse de M. le docteur Cosserat, nous montre qu'il n'est nul besoin de lier les vaisseaux adhérant à la tumeur ou de les enlever pour amener un résultat fâcheux à la suite de pareilles ablations. Soit qu'on enlève les vaisseaux, soit qu'on les lie ou qu'on les respecte en laissant sur place une portion de tumeur, on se trouve dans des conditions tout à fait défavorables au succès.

Reste donc l'amputation du membre, moyen grave, ressource extrême. On peut avec raison espérer ici une guérison ; mais on ne saurait se dispenser d'entrer alors dans des considérations qu'il n'est pas toujours possible d'observer. Ces restrictions faites, voici le fait que M. Demarquay a bien voulu nous permettre de publier :

Observation de cancer du bras gauche. — Amputation du membre. — Guérison (1).

Mme A. R... est âgée de 52 ans, et vient, le 30 août 1871, passer quelques jours dans la maison de santé du docteur P... pour s'y faire traiter d'une tumeur carcinomateuse du bras gauche.

En quelques mots, voici les détails dont elle a mémoire :

En avril 1870, Mme R. remarqua qu'elle portait à la partie moyenne et interne du bras gauche une petite tumeur grosse comme une noisette, adhérant à la peau. Elle consulta plusieurs médecins ; ils prescrivirent l'application de pommades fondantes. Inutile de dire qu'elles ne firent rien fondre.

Au mois d'octobre 1870, voyant que sa tumeur avait acquis le volume d'une petite pomme, elle alla voir un pharmacien réputé pour guérir ces sortes de maux. Nouvelle application de pommade fondante ; nouvel insuccès.

Peu à peu, la tumeur augmenta de volume ; elle égala bientôt un œuf d'oie. Son médecin lui conseilla alors l'ablation et pratiqua l'opération le 15 mai 1871.

Mme R... ne peut donner aucun détail sur l'opération ; la plaie fut recouverte de charpie trempée dans de l'alcool camphré. Ce pansement, appliqué deux fois dans les huit premiers jours, ne le fut plus qu'une seule fois ensuite. Au bout de six semaines, non-seulement la cicatrisation n'avait pas marché, mais il s'était développé à la surface de la plaie des bourgeons de mauvaise nature, abondants et vivaces. En dépit de deux cautérisations au fer rouge, ils continuèrent à s'accroître. Dans le courant du mois d'août, des hémorrhagies très-graves survinrent, et la malade se décida à venir à Paris.

Du 30 août, jour de son arrivée, au 2 septembre, il y eut encore deux hémorrhagies, dont la dernière inspira de vives inquiétudes. Cet accident était toujours occasionné par l'enlèvement des pièces à pansement.

Quoique d'un tempérament vigoureux, Mme R... est pâle, fatiguée ; une teinte subictérique règne sur tout le corps. Les fonctions circulatoires et digestives se font bien néanmoins.

M. Demarquay, alors appelé, examine la tumeur ; elle est située à la partie moyenne et interne du bras ; elle ressemble à une vaste plaie de forme ovalaire ; elle est recouverte de bourgeons charnus, grisâtres, saignants, qui dépassent de 1 centimètre environ la surface de la peau. Le grand diamètre mesure 12 centimètres ; le petit, 7.

Elle offre une mobilité profonde, ne paraît pas adhérente à l'humérus, mais semble aller au delà des vaisseaux de la région qu'elle doit englober.

En raison de cette situation et de cette connexité avec les vaisseaux et nerfs du bras, M. Demarquay propose l'ablation dans le plus bref délai, et fait observer qu'à cause de ces différences particulières, l'amputation du bras deviendra peut-être nécessaire. M. R..., consulté, se rend à l'avis du chirurgien, et l'opération est aussitôt commencée, le 2 septembre au matin.

La malade, convenablement chloroformisée, M. Demarquay essaye l'extirpation simple, mais, en présence des adhérences de la tumeur avec les vaisseaux de la région, il est obligé d'amputer le bras, comme il l'avait prévu, au quart supérieur. L'amputation ne présente rien de particulier; l'écoulement sanguin est insignifiant, et les deux lambeaux sont maintenus rapprochés par un pansement simple et ordinaire. Toutefois, on ne tente pas la réunion immédiate, et on a laissé un léger tampon de charpie entre les lèvres de la plaie.

La résection de la tumeur prouve qu'il eût été impossible d'agir autrement. L'artère humérale, quoique placée sur les limites du mal, est partout entourée d'une enveloppe de tissu carcinomateux. La plupart des nerfs sont compris dans la tumeur. Mais le point sur lequel il est important d'insister est le suivant : la veine céphalique se trouve non-seulement comprise au milieu des tissus malades, mais elle fait intimement corps avec eux ; de sorte qu'il était absolument nécessaire de l'enlever dans presque toute sa longueur pour que l'opération fût complète.

Les pansements ont été faits d'abord deux fois, puis une fois

(1) Recueillie par M. A. Renault, interne.

par jour, avec de la charpie et du linge glycériné. Deux purgations ont été administrées le 18 et le 24 septembre, et la malade a pu regagner son domicile en province à la fin du mois.

Nous avons revu cette dame six mois après : aucune trace de récidive n'a paru.

— On peut tout d'abord se demander, à propos de ce fait, quel a été le point de départ de la lésion. La connexité intime de la veine avec la tumeur, l'altération des tuniques de ce vaisseau, permettent de supposer, avec quelque apparence de raison, que là a été le point de départ de la production morbide. M. Demarquay l'a aussi pensé.

Mais, quelle que soit l'origine de cette tumeur, la question essentielle à se poser, en présence de cette malade, était celle de l'ablation de la tumeur, tout en ménageant les conditions de succès au point de vue de l'opération et de la santé ultérieure. Fallait-il lier les vaisseaux et les enlever avec la masse cancéreuse, ou bien, comme M. Monod l'a déjà fait aussi, laisser sur place la portion de tumeur adhérente aux vaisseaux, et enlever seulement la portion superficielle et libre de cette production ?

Dans le premier cas, il fallait craindre le sphacèle du membre. Une des observations de M. Verneuil eût pu permettre d'espérer le contraire ; mais peut-on compter sur une circulation collatérale suffisante pour alimenter un bras, alors que, tout d'un coup, on le prive de ses deux vaisseaux principaux ? Ceux-ci n'étaient nullement obstrués par la compression de la tumeur ; l'artère avait le volume normal ; quoique altérée, la veine laissait librement s'effectuer le retour du sang ; il n'y avait ni œdème du bras, ni la moindre entrave à la circulation régulière. Les collatérales (artères et veines) n'avaient donc pas eu besoin de se développer ; elles n'eussent, par conséquent, pas été préparées assez rapidement pour prévenir la mortification du bras, de l'avant-bras et de la main.

Dans le second cas, non-seulement il fallait laisser en place une portion de la tumeur, celle qui entourait l'artère, la veine et les nerfs, mais encore on s'exposait à la phlébite, à l'infection putride ou purulente ; on tombait donc d'un danger dans un autre. Empoisonnement par la tumeur, qui eût vite réaugmenté de volume ; empoisonnement par la résorption putride : telles sont à peu près les conséquences fatales de ce dernier mode opératoire.

Entre ces deux moyens, le sacrifice du membre devait prévaloir ; Mme R... était dans une position sociale lui permettant de se priver de l'usage de ce membre ; sa famille a pu facilement consentir à cette amputation. Le résultat a prouvé qu'on avait eu raison.

— Au moment où nous terminons notre Revue, il nous arrive plusieurs communications sur la question de l'empyème et de la thoracentèse. Elles trouveront leur place dans les Revues subséquentes, dont notre collaborateur M. Revillout va prendre la rédaction pour tout le prochain trimestre.

Dr B...

DE LA SUBSTITUTION DES COURANTS CONTINUS FAIBLES

MAIS PERMANENTS AUX COURANTS CONTINUS ÉNERGIQUES OU TEMPORAIRES, DANS LES PARALYSIES, LES CONTRACTURES MUSCULAIRES ET LES TENSIONS DE NUTRITION (1).

Cependant, en vertu du proverbe : *Post hoc, ergo propter hoc*, on pourrait dire que la guérison de ces malades a pu être le résultat d'une simple coïncidence et que cela ne prouve pas que le courant traverse les organes et influence leur nutrition. En effet, un galvanomètre ordinaire indique à peine ou même n'indique pas le passage du courant lorsque les réophores sont appliqués à une assez grande distance, l'un par exemple à l'épaule et l'autre au poignet, et lorsqu'on n'emploie qu'un ou deux éléments. Malheureusement pour l'objection, il peut se produire accidentellement, et l'on peut produire à volonté des effets matériels qui ne laissent aucun doute sur l'action électrique. J'applique toujours au-dessous des réophores une compresse mouillée ; or, lorsque le malade, s'étant débarrassé de son appareil pour se lever, le réappliquait lui-même sans précaution et laissait un des points de la surface métallique en contact direct avec la peau, on était sûr, en pareil cas, qu'il se produirait une eschare, et j'ai dû me prémunir contre la possibilité de cet accident, en enfermant les réophores dans de petits sacs de linge. Je ne suis même pas certain que par de longues séances, avec de très-nombreux éléments, on n'arriverait pas au même résultat, malgré l'interposition d'une compresse mouillée.

Les courants faibles produits par un ou deux éléments de Callot de moyenne grandeur agissent; cela est aujourd'hui hors de doute. Ils n'amènent pas de contraction musculaire, et ils n'amènent même pas de douleur au moyen de la fermeture ou de la rupture du circuit; mais ils agissent sur les muscles paralysés et atrophiés, en modifiant leur nutrition, en leur rendant leur volume, leur motilité et leur énergie d'action, et c'est aussi en modifiant la nutrition qu'ils amènent la guérison des contractures.

Comment cette action s'exerce-t-elle ? Quel est le mécanisme des phénomènes ? Nous sommes ici en pleine hypothèse ; mais l'esprit humain est tellement porté à rechercher les causes et à vouloir, malgré tout, une explication même insuffisante des faits qu'il observe, que je suis bien forcé de faire aussi une courte excursion dans les nuages de la théorie. Chose assez singulière, MM. Legros et Onimus, tout en préconisant l'usage des courants énergiques, attribuent au passage de ce courant une sorte d'action catalytique sur les parties même éloignées. « Il faut, disent-ils (page 80), pour électriser directement les nerfs, employer des courants à haute tension et, comme nous l'indiquerons tout à l'heure, rapprocher le plus possible les nerfs des électrodes. Mais, hâtons-nous de le dire, *le nerf vivant* n'est pas un conducteur ordinaire. Ses propriétés physiques le rendent, il est vrai, mauvais conducteur de l'électricité ; ses propriétés vitales, au contraire, le rendent très-sensible aux phénomènes électriques. Il n'a pas besoin d'être traversé dans toute sa longueur par le courant pour réagir et pour être influencé par l'électricité, il lui suffit, pour cela, d'être traversé en un point, *ou peut-être même d'être rapproché d'un courant électrique. Il possède presque la sensibilité et les propriétés de l'aiguille aimantée*, comme semble le prouver la sensibilité de la grenouille dite galvanoscopique. »

J'accepte pleinement, pour ma part, le rapprochement fait par les auteurs du *Traité d'électricité médicale* ; en effet, ne pourrait-on pas admettre que l'action du courant faible et permanent d'une ou deux piles de Daniel ou de Callot pût influencer les courants électriques naturels développés au sein de nos tissus, courants qui paraissent naître sous l'influence de la nutrition ?

En 1858, étudiant la structure des poissons électriques (journal *le Progrès*), M. Gavarret disait : « Les appareils électriques peuvent être ramenés à un même type fondamental. Partout, en effet, nous avons rencontré des lamelles organiques très-multipliées, très-minces, gorgées de liquides, accolées de manière à former une batterie ou une pile membraneuse. Ces assemblages de membranes s'éloignent sans doute beaucoup des piles ordinaires composées de liquides et de lames métalliques associées dans un ordre déterminé, et dans lesquelles le courant électrique est produit par l'action chimique des liquides sur les métaux ; cependant il ne faudrait pas attacher une trop grande importance à ces différences de composition..... Par une série d'expériences très-remarquables, L. Foucault a démontré qu'on peut former des piles sans métal, à grand nombre d'éléments, avec tous les liquides conducteurs qui ne se précipitent pas les uns les autres. »

(1) Fin. — Voir les numéros des 25, 28 et 30 mai 1872.

Depuis l'époque où M. Gavarret écrivait ces lignes, et dans ces dernières années, M. Becquerel a montré que, si l'on sépare par une membrane organique ou par des tubes capillaires deux dissolutions conductrices de l'électricité, on constitue un circuit électro-chimique pouvant donner lieu à des effets chimiques. Cette disposition se retrouve presque partout dans l'organisme, et il existe dans le corps un nombre incalculable de couples électro-capillaires donnant lieu, dans le même tissu, à des courants qui agissent sans interruption pendant la vie et quelque temps après la mort (Onimus et Legros, p. 119). Les parois des tissus qui servent d'électrodes aux couples électro-capillaires sont elles-mêmes soumises aux actions électro-chimiques; elles éprouvent donc des effets de décomposition et de recomposition, et les principes élémentaires des organes sont ainsi renouvelés. Tout échange de matière au sein de nos tissus, toute combinaison chimique engendre un courant électrique; et, sans tomber dans l'exagération, sans faire jouer à l'électricité un rôle prédominant, en l'envisageant non comme résultat, mais comme cause des phénomènes nutritifs, on ne peut mettre en doute l'influence des courants électriques continus sur la nutrition, même lorsque ces courants ont peu d'intensité; on ne peut surtout mettre en doute le passage du courant, puisque, ainsi que je l'ai dit plus haut, des eschares se forment près des réophores métalliques lorsqu'on les applique directement, et alors même que le galvanomètre indique à peine le passage de l'électricité.

Si les courants d'induction ont une action incontestable sur les paralysies musculaires avec ou sans atrophie simple des muscles, ils sont sans action sur les contractures, et même leur emploi ne saurait guère être que nuisible, à moins, comme l'a fait M. Duchenne, qu'on n'applique la faradisation aux muscles antagonistes et non aux muscles contracturés. Au contraire, les courants continus ont une action incontestable et favorable sur ces contractures. Lorsque Remak vint à Paris, en 1865, il fit, à l'hôpital de la Charité, des expériences extrêmement intéressantes. Parmi les malades qui lui furent confiés, se trouvait un homme qui ne pouvait lever le bras, par suite, comme on le croyait, d'une paralysie du deltoïde. Remak montra que l'impossibilité des mouvements tenait à une contracture du grand pectoral et annonça qu'il la ferait rapidement cesser par l'application du courant constant. En effet, après deux applications de quelques minutes, le malade était guéri. M. Onimus cite, dans son livre, un cas semblable tiré de sa pratique personnelle, et plusieurs autres exemples moins remarquables par la rapidité du résultat, mais également probants sous le rapport de la guérison. L'action sédative des courants continus reconnue par Remak, et prouvée depuis par la plupart des observateurs, demande des courants faibles et assez longtemps continués. Mais on peut entendre d'une manière fort différente ce qu'il faut entendre par ces mots. Pour moi, un courant faible est produit par deux ou trois éléments. M. Onimus, qui recommande les courants de peu d'énergie, employa, dans les observations auxquelles je viens de faire allusion, dans un cas, trente éléments; dans un autre, quarante. Il faut aussi s'entendre sur ce qu'il faut appeler une longue durée de l'application des courants. Remack se servait de ce qu'il appelait *un courant au repos* lorsqu'il laissait les réophores immobiles pendant les quelques minutes que durait la séance. M. Onimus prolonge rarement l'application au delà d'un quart d'heure. Il y a loin, comme on le voit, de ce mode d'emploi à la permanence du courant maintenu pendant douze heures consécutives et parfois pendant plusieurs jours. Il ne s'agit pas du tout d'une simple question de durée ou de l'emploi d'un nombre plus ou moins grand d'éléments; il y a une action différente à produire, des effets différents à obtenir.

En résumé, les courants d'induction, tels qu'on les obtient avec l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne) et tous les autres appareils en usage en médecine paraissent être surtout utiles en suscitant artificiellement des mouvements dans des muscles que la volonté serait impuissante à faire se contracter. Ils préviennent l'atrophie simple, peuvent même prévenir l'atrophie graisseuse, mettent le muscle en état de pouvoir obéir plus tard aux ordres de la volonté lorsqu'il y aura eu régénération des éléments nouveaux altérés ou détruits. C'est par cette sorte de gymnastique fibrillaire qu'ils agissent sur la nutrition du muscle. Peut-être même, par l'excitation qu'ils déterminent, peuvent-ils réveiller l'action nerveuse.

Mais il est des cas dans lesquels ces contractions ne peuvent être réveillées par les courants induits, tandis que les courants continus les déterminent. Les conditions anatomiques et physiologiques des phénomènes sont encore enveloppées de beaucoup d'obscurité; mais, en définitive, on comprend que les courants, n'eussent-ils qu'une action mécanique (la gymnastique musculaire), seront utiles de la même façon que les courants induits, et qu'ils devront être employés à leur défaut, puisque ces courants induits sont sans action. Or, pour obtenir les contractions, on ne peut faire usage que des courants à forte tension produits par des piles à nombreux éléments, tels que les employa Remak, tels que les emploient M. Onimus et Legros.

Les courants continus, même énergiques, ont une action marquée sur la nutrition, une action qui paraît directe et qui se traduit par un arrêt de la dégénérescence graisseuse par la reproduction plus rapide des éléments anatomiques, par une accélération du mouvement de résorption et de recomposition des tissus.

L'action sédative des courants continus, importante contre les névralgies, est des plus remarquables contre les contractions musculaires. Les courants induits sont au contraire plus nuisibles qu'utiles. Or, dans les cas où il faut agir sur la nutrition, c'est-à-dire sur les phénomènes continus, incessants mais lents, il m'a semblé qu'il y aurait peut-être avantage à employer des courants faibles et permanents. L'expérience a justifié mes prévisions pour ce qui regarde les paralysies et les contractures. Serai-je aussi heureux pour ce qui regarde des phénomènes purement nutritifs? Je l'ignore. J'ai commencé des tentatives analogues contre les opacités cristalliniennes, l'atrophie des membranes oculaires, et il est évident que dans ces cas on ne pourrait employer des courants énergiques.

Scientifiquement, bien qu'il soit prématuré de poser des indications précises sur un sujet encore à l'étude, je crois pouvoir dire: Dans les paralysies incomplètes, lorsque le courant induit peut amener des contractions musculaires, il faut employer les courants induits ou interrompus.

Dans les paralysies incomplètes, surtout s'il y a commencement d'atrophie et dans les paralysies complètes dans lesquelles le courant seul réveille des contractions, il faut employer le courant continu et se servir de nombreux éléments lorsque l'on veut obtenir des contractions immédiates.

Mais dans toutes les paralysies avec atrophie simple ou graisseuse, surtout dans les paralysies atrophiques réflexes, consécutives à une contusion; dans tous les cas où l'on veut agir sur la nutrition du muscle, il faut employer les courants faibles et permanents, ou du moins les courants faibles et longtemps continués. Enfin, dans tous les cas de contracture ou de paralysie avec contracture, il faut employer les courants faibles et permanents.

Il serait imprudent et prématuré de dire que les courants faibles et permanents peuvent être presque toujours substitués aux courants énergiques et temporaires; mais on peut affirmer qu'ils peuvent les remplacer dans un grand nombre de cas, et cela a une grande importance au point de vue de la pratique professionnelle.

Il y a, en effet, un immense avantage à ne pas être astreint à se servir d'appareils coûteux, encombrants et fort peu transportables. L'appareil de Remak coûte plusieurs centaines de francs, et est, on peut le dire, intransportable.

Les appareils dans lesquels les éléments ont une certaine surface ont les mêmes inconvénients. La pile au chlorure d'argent de Gaiffe est exempte de ce reproche, mais elle est passible d'un autre assez sérieux, la petite dimension et, par conséquent, la grande force électro-chimique des éléments qui la composent.

Quel que soit l'appareil, le médecin ne peut guère en imposer la dépense au malade, il doit donc le transporter partout avec lui et

ne procéder que par séances plus ou moins longues. Ces difficultés d'application expliquent comment l'emploi des courants continus ne s'est pas davantage vulgarisé.

Avec les courants faibles et permanents, il faut deux ou trois éléments de Callot, deux ou trois mètres de fil de cuivre recouvert de gutta-percha et un fragment de métal quelconque (ne serait-ce qu'un débris de boîtes de conserves), c'est-à-dire une dépense de cinq francs au moins, de dix au plus, et il est peu de malades qui ne puissent la supporter, quelque peu fortuné que soit le milieu où l'on exerce. Ces considérations pécuniaires peuvent être peu scientifiques, mais elles sont du moins d'une grande importance pratique.

Malgré la faiblesse du courant, il faut avoir soin que les conducteurs métalliques ne touchent pas la peau, car on pourrait déterminer la formation d'eschares superficielles. Mais nous pouvons ajouter, par contre, aux avantages de ces courants, la facilité de s'en servir pour détruire les tumeurs par électrolyse. La faible intensité du courant exempte même le malade des secousses douloureuses qu'il éprouve avec les appareils plus énergiques quand on ferme et quand on rompt le circuit.

Un mot, en terminant, sur la pile à employer. Je me suis servi de piles de Callot, légèrement, mais utilement modifiées par M. Trouvé. Elles se composent d'un vase au fond duquel se trouve un fil de cuivre rouge enroulé en spirale et s'élevant au milieu du liquide sous la protection d'un tube de verre qui l'isole. A la partie supérieure se trouve un cercle de zinc. La pile, qui n'a aucun vase poreux, se charge en remplissant le vase avec de l'eau et en y jetant quelques cristaux de sulfate de cuivre, qu'on remplace au fur et à mesure de l'usure. Très-facile à entretenir, elle est très-constante et n'a qu'un seul inconvénient, qui n'est pas grave, puisqu'elle peut rester en permanence auprès du lit du malade. Une fois chargée, elle n'est pas transportable, car un mouvement brusque, en mélangeant la dissolution du sulfate de cuivre qui est au fond du vase à la couche d'eau qui la surmonte, forcerait à recharger la pile. Lorsqu'on veut la décharger pour la transporter, il suffit de décanter la couche liquide supérieure et de vider dans une bouteille la solution de sulfate de cuivre, qui peut indéfiniment resservir en y ajoutant de nouveaux cristaux (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai 1872. — Présidence de M. Trélat.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux ;* — *L'Union médicale ;* — La *Gazette hebdomadaire ;* — Le *Bulletin général de thérapeutique ;* — Le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique ;* — Le tome XI[e] des *Annales de l'Université de Toscane ;* — Une thèse de M. le docteur Paul Hybord sur *les Calculs de la vessie chez la femme et la petite fille ;* — Deux exemplaires du même ouvrage, destiné au concours du prix Duval.

M. Larrey présente les ouvrages suivants :

Les conseils de révision et la nouvelle organisation militaire, par le docteur Dionis des Carrières ; — *Fistule stercorale ;* — *Pleurésie et thoracentèse*, étude clinique par le docteur Lereboullet ; — *Des amputations sous-périostées*, par le docteur Poncet ; — *Barbotan, eaux et boues minérales*, par le docteur E. Darbès.

Discussion sur l'érysipèle.

M. A. Després. La communication de M. Verneuil, le discours de M. Le Fort ont touché à deux points de l'histoire de l'érysipèle sur lesquels je veux appeler davantage l'attention de la Société. Bien que le débat n'ait point pour objectif spécial la nature de l'érysipèle, l'épidémicité de cette maladie et sa propriété contagieuse admises par M. Le Fort, ces trois points ont été touchés à la fois, et c'est sur eux que je désire m'arrêter.

Et d'abord la nature de l'érysipèle. De tout ce qui est écrit récemment, de ce qui a été dit ici par MM. Chassaignac, Verneuil et Le Fort, il ressort que les médecins ne savent pas quelle est la nature de l'érysipèle et que les chirurgiens ne sont pas d'accord sur ce point, c'est-à-dire qu'il ne le savent pas davantage.

M. Giraldès. Nous le savons.

M. Després. Presque pas, on peut le dire. Le malheur à cet égard vient d'une division toute factice qui existe dans les livres modernes. Le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* renferme un excellent article de M. Gosselin, sous le titre d'*Érysipèle chirurgical,* qui est suivi d'un article de M. Raynaud, intitulé : *Érysipèle médical.* Chirurgien et médecin décrivent séparément la même maladie, et il est impossible de saisir une distinction entre les deux maladies décrites. En effet, messieurs, je ne vois et vous n'y pouvez voir d'autre distinction que celle-ci : les érysipèles chirurgicaux sont ceux qui sont observés dans les services de chirurgie ; les érysipèles médicaux sont ceux qui sont observés dans les services de médecine, et principalement les érysipèles de la face.

Tout le monde s'accorde, en effet, depuis Trousseau et Piorry, pour reconnaître que la très-grande majorité des érysipèles de la face viennent à l'occasion et autour d'une écorchure méconnue et non soignée aux orifices de la face. Que dis-je, J. Franck, avant eux, avait écrit, à propos de l'érysipèle : « Ici, c'est la chirurgie qui enseigne la médecine, » et il reconnaissait que l'inflammation des plaies était la cause principale des érysipèles.

J. Franck est oublié ; les tendances empiriques, le besoin de mysticisme plus familier au médecin qu'au chirurgien, a conduit nos médecins à admettre que l'érysipèle était quelque chose de particulier, d'indéfini, que c'était une maladie épidémique et contagieuse, édifiant ainsi pour l'érysipèle une sorte d'astrologie médicale, si j'ose me permettre l'expression.

Mais prenons un exemple dans l'article du Dictionnaire auquel je viens de faire allusion. M. Gosselin ne dit pas quelle est la nature et surtout le siége de l'érysipèle. M. Raynaud est encore moins explicite ; il dit : Ce (l'érysipèle) n'est pas une phlegmasie simple de la peau (une cutite), soit d'un des éléments anatomiques qui entre dans sa constitution (lymphangite cutanée). Sans doute, dans l'érysipèle, il y a toujours de la lymphangite, il peut y avoir de la cutite et même de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané ; mais ces lésions sont incapables de rendre compte de l'ensemble des phénomènes observés, et il conclut : tout en un mot indique sa spécificité.

Voilà, messieurs, où en sont, au dix-neuvième siècle, les opinions des livres nouveaux sur l'érysipèle. Ni les travaux étrangers, ni même les travaux français n'ont changé cette manière de voir, qu'ont fortifiée les idées de contagion acceptées par les médecins. Et pourtant l'érysipèle est une maladie que nous observons journellement. Chaque jour, cependant, plus d'un chirurgien cherche à sortir du vague, et chaque jour le même fait les saisit. De douze ans en douze ans, on revient toujours, comme M. Verneuil l'a fait dernièrement, à constater le mélange de l'angioleucite et de l'érysipèle, et le développement de l'érysipèle autour des plaies non soignées ou enflammées après absorption dans les lymphatiques des liquides des plaies.

Le système lymphatique répandu à toute la surface de la peau, se compose de ganglions qui reçoivent des vaisseaux lymphatiques, lesquels naissent de réseaux de capillaires lymphatiques très-fins, situés dans la couche la plus superficielle du derme, dans le corps muqueux. Suivant les uns, ce sont des vaisseaux ; suivant Bruke, ce sont des espaces où circulent les corpuscules de la lymphe. Pour tout le monde médical ou chirurgical, les ganglions et les gros vaisseaux peuvent être le siége d'une inflammation simple non contagieuse. Il n'y a qu'aux petits vaisseaux qu'on refuse le pouvoir de s'enflammer simplement. Je passe sur l'adénite. Mais considérons l'angioleucite des gros troncs. Leur inflammation

(1) Ces derniers détails répondent à la demande de plusieurs de nos correspondants, qui nous avaient signalé les *desiderata.* (*Note de la réd.*)

est accompagnée de rougeur, de chaleur, de fièvre, mais la rougeur des traînées angioleuciques est beaucoup plus large, plus étendue que le vaisseau malade; cela tient à ce que le vaisseau enflammé cause une rougeur de la peau voisine, comme le ferait un corps étranger introduit dans les tissus. Dans l'érysipèle, même chose se passe, les capillaires lymphatiques sont malades, enflammés, il y a rougeur, chaleur, fièvre, précédées de phénomènes de début variables, et le phénomène rougeur a la même cause que le phénomène rougeur de l'angioleucite. M. Le Fort se fonde sur cette rougeur et sur la structure des capillaires lymphatiques dépourvus de *vasa-vasorum* pour dire que les capillaires ne s'enflamment pas, que c'est la peau qui s'enflamme; mais Blandin, qui a fait le premier cette remarque, puisqu'il disait : « L'inflammation commence par les lymphatiques de la peau... la rubéfaction est consécutive seulement, » a conclu dans un sens tout à fait opposé. J'ajoute et j'ai ajouté pour ma part, que l'on ne doit pas rechercher dans l'inflammation des vaisseaux les phénomènes qu'on trouve dans celle du tissu cellulaire. Que la lymphe altérée dans les vaisseaux, la formation de pus bien constatée dans les phlyctènes de certains érysipèles, dans les parties atteintes d'érysipèle, quoi qu'il n'y ait pas d'abcès, est un signe suffisant d'inflammation; personne, sous ce rapport, ne contestant l'inflammation des tubuli du rein, ne peut contester l'inflammation des capillaires lymphatiques.

Ceci posé, voyons l'analogie, l'identité entre les différentes inflammations des lymphatiques : l'origine est la même; les phénomènes locaux essentiels sont les mêmes, la marche n'est différente qu'en apparence.

Dans l'adénite, les vaisseaux capillaires sont, comme le reste des ganglions, le siége d'une altération. Dans la lymphangite, outre la rougeur des parois des vaisseaux, il y a des coagulations de la lymphe dans les vaisseaux. Dans l'érysipèle, il y a les altérations de la lymphe et des oblitérations de réseaux capillaires; toute la différence, et elle est minime, tient à la structure plus ou moins compliquée des vaisseaux. Mais, messieurs, représentez à votre esprit ce que vous avez tous vu, ce que j'ai vu et ce que chacun verra encore : un malade a une écorchure au pied, elle n'est point soignée, une adénite apparaît; la plaie du pied n'est pas pansée, ou est mal pansée, des traînées angioleuciques apparaissent avec une rougeur vive au départ; il y a angioleucite. Puis la rougeur du pied s'étend, et l'érysipèle qui existait au départ de l'angioleucite s'est étendu à tout le membre et revêt les caractères classiques de l'érysipèle. J'ai déjà dit, dans le travail que j'ai fait sur l'érysipèle, qu'aux membres l'érysipèle avait toujours été une moment un angioleucite, au moins au début, et c'est dans ce fait que je trouvais la preuve d'identité de nature entre l'angioleucite et l'érysipèle.

Ces faits prouvent on ne peut plus clairement que l'érysipèle est dû à une altération de la lymphe dans les capillaires lymphatiques, altération causée par l'introduction de produits putrides, septiques ou purulents. En effet, la chose est admise sans contestation pour l'adénite et l'angioleucite. Et si l'on montre que dans certains cas l'érysipèle suit l'angioleucite, naturellement c'est la preuve de l'identité des deux inflammations. Que constatons nous en effet? La lymphe apportée à la peau doit rentrer dans le torrent de la circulation par les capillaires lymphatiques, les troncs lymphatiques et les ganglions. Une plaie enflammée ou septique existe, un peu de pus ou de lymphe viciée est absorbé par les capillaires, le ganglion l'arrête et il se congestionne ou s'enflamme; le tronc lymphatique qui se rend au ganglion ne fonctionne plus, la lymphe prend alors un autre chemin, et comme les troncs lymphatiques ne s'anastomosent pas entre eux comme les veines, c'est un autre tronc qui est le canal recteur de la lymphe; si celle-ci est malade encore, il y a alors angioleucite; un autre tronc, puis deux sont pris, l'angioleucite occupe les grandes voies de la lymphe, mais il en arrive toujours au voisinage de la plaie, il faut qu'elle rentre dans la circulation générale. Elle prend alors la direction du réseau lymphatique et chemine pour trouver une autre porte afin d'entrer dans le torrent de la circulation. Ce qui correspond visiblement à ce voyage de la lymphe altérée, c'est l'érysipèle. Ici, on le voit, je fais de la quantité de liquide altéré, absorbé par les vaisseaux, la cause du développement de l'adénite, de l'angioleucite et de l'érysipèle. M. Le Fort croit que l'intensité de l'inflammation est la cause variable de ces trois maladies, qu'il distingue entièrement; cette opinion est la conséquence de sa distinction, mais elle n'est point vérifiée par les faits, puisque des plaies à peine enflammées produisent tantôt un érysipèle, tantôt une adénite simple résolutive.

M. Verneuil pense que l'angioleucite et l'érysipèle sont mêlés, et il reconnaît aussi que les érysipèles qu'il appelle précoces sont produits par auto-inoculation, par l'absorption des liquides des plaies dans les lymphatiques.

Après Blandin et moi-même, c'est une confirmation de plus du fait avancé. Mais je me permettrai de faire remarquer à M. Verneuil qu'il faut être conséquent : s'il admet que dans les érysipèles précoces le malade absorbe son propre pus, je ne saisis pas la différence avec les érysipèles qui surviennent les cinquième, sixième et septième jour après une plaie, c'est-à-dire pendant la période de suppuration; car, à ce moment l'absorption a lieu comme M. Verneuil reconnaît qu'elle a lieu, dans les premiers jours. La lymphe, qui s'est coagulée dans les petits vaisseaux, se dissout; les vaisseaux béants absorbent du pus, parce qu'ils sont perméables comme au moment de la production d'une plaie. J'ai assez insisté sur ce fait dans mon livre sur l'érysipèle. Je rappelais l'action bien constatée des alcalis et de l'hydrogène sulfuré engendrés dans les plaies en suppuration, dans ces plaies fétides que nous voyons si souvent produire l'angioleucite, l'érysipèle et même l'infection purulente.

Voilà donc établi que l'adénite, l'angioleucite des gros troncs ont les caractères communs de l'inflammation et une communauté d'origine prouvée par la succession ou le mélange des trois maladies.

La marche de l'érysipèle ressemble à celle de l'angioleucite. Au début, et surtout aux membres, la plaque d'érysipèle est une rougeur irrégulière, présentant ici ou là une traînée ressemblant à la traînée rouge de l'angioleucite. Ce liséré rouge saillant, qui, permettez-moi de le dire, est trait pour trait, aussi bien pour la forme que pour l'étendue, le liséré que l'on voit sur le pourtour des plaques des réseaux lymphatiques injectés au mercure, manque dans beaucoup de cas et dans certaines régions. Il manque lorsque l'érysipèle se développe sur une partie œdémateuse. Au dos, le liséré manque; la compression passive du dos, sur lequel le malade repose, empêche ce liséré de se produire. La plaque érysipélateuse elle-même reproduit exactement la plaque de lymphatique injectée au mercure, qui se termine dans un tronc lymphatique injecté du même coup que la plaque.

M. Le Fort dit que l'angioleucite est centripète et que l'érysipèle, au contraire, a une marche irrégulière et quelquefois centrifuge de la racine des membres à leur extrémité. Ceci n'est qu'une apparence : l'érysipèle est centripète comme l'angioleucite; seulement il fait de grands détours. Le voyage des plaques érysipélateuses en est précisément la marque. Lorsque les vaisseaux d'une partie sont oblitérés par la coagulation de la lymphe, ce qu'il y a de lymphe dans les réseaux capillaires cherche une autre voie; elle retourne, par exemple, de la racine du membre à son extrémité, d'une épaule au flanc, par exemple, jusqu'à ce qu'elle trouve une voie libre pour regagner des ganglions ouverts à la circulation.

J'abrége; j'aurais bien d'autres considérations à faire valoir pour montrer l'identité de nature entre l'angioleucite et l'érysipèle, c'est-à-dire pour préciser la nature de l'érysipèle. Je voudrais m'arrêter cependant sur l'absence d'angioleucite au visage et au cuir chevelu. Comment se fait-il, et je l'ai déjà dit ici, que l'on observe une si grande quantité d'érysipèles de la face et que l'on rencontre si peu, c'est-à-dire pas du tout, d'angioleucite du visage? La statistique médicale des hôpitaux pour 1863, la plus complète, celle où il y a le plus de détails, ne renferme pas la mention d'un seul cas d'angioleucite de la face en 1863, tandis qu'il y a un groupe d'angioleucites du cou, un du membre supérieur et un du membre inférieur. L'angioleucite de la face existe pourtant; mais la brièveté des troncs lymphatiques ne permet pas de constater les signes de l'an-

gioleucite, et l'érysipèle ou angioleucite des réseaux très-riches de la face, qui accompagne toujours l'angioleucite des troncs, masque de suite les signes de cette lymphangite.

Messieurs, l'érysipèle, comme l'angioleucite, se développe autour des plaies non soignées, et principalement les petites plaies, celles qui par leur peu d'importance échappent au pansement; c'est au moins le cas le plus général. J'en ai fourni des preuves, et je rappelle seulement un fait : Un malade avait une fracture de la clavicule, avec plaie et communication de l'air dans le foyer de la fracture, et une petite plaie du pouce qui avait échappé au chirurgien. Un érysipèle survint et se développa, non pas autour de la plaie grave, qui était bien pansée, mais autour de la plaie du pouce non pansée. Ce fait est tellement significatif, qu'il n'est pas besoin de commentaires. Mais, messieurs, j'ai été frappé, pendant la guerre, de l'absence d'érysipèle chez les individus blessés par les armes à feu. Sur douze cents blessés, à Beaugency, j'ai eu un cas d'érysipèle, encore c'était pour une plaie faite par un coup de sabre. Plusieurs chirurgiens, auxquels j'ai demandé s'ils avaient vu des érysipèles chez les soldats blessés par balles ou éclats d'obus, ne se rappelaient pas en avoir vu même à Paris. Ainsi, voilà une série de plaies semblables qui ne sont pas compliquées d'érysipèle et d'angioleucite. A quoi cela tient-il? Au pansement, assurément. En effet, le pansement des plaies de guerre est, comme les plaies, uniforme : de la charpie et des linges mouillés, et voilà tout. Pour ce qui est des cas que j'ai observés, le pansement était fait non-seulement par nos mains, mais par les blessés eux-mêmes; ils arrosaient leur pansement à chaque instant, et avec une sollicitude d'autant plus grande que ce mouillage soulageait leurs douleurs. Ce pansement humide était appliqué dans toute sa rigueur, et c'est à lui que l'on doit attribuer l'absence d'inflammation des plaies et d'érysipèle. M. Le Fort, qui croit à l'efficacité du pansement à l'eau-de-vie camphrée pour empêcher les érysipèles, eût trouvé dans le souvenir que j'invoque un argument puissant en sa faveur, si j'avais mis en usage l'eau alcoolisée; mais je n'ai employé que l'eau simple. Aussi je pense que le pansement humide, quel que soit le principe que l'on mélange à l'eau, est en réalité le meilleur mode de pansement pour prévenir les érysipèles, toutes les fois, au moins, que des lésions profondes graves ne sont pas à elles seules une cause presque insurmontable d'inflammation.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1872.

117. Passabosc. De l'anesthésie et de son opportunité dans la chirurgie oculaire.

118. Martin. Considérations sur la folie puerpérale.

119. Battarel. Étude sur quelques cas de typhus (Épidémie algérienne de 1868).

120. Pauchon. De l'iridectomie curative dans les opacités de la cornée.

121. Delacour. De la gangrène traumatique; pathogénie, pronostic et traitement.

122. Viardot. Essai sur les tumeurs perlées du testicule.

123. Crevaux. De l'hématurie chyleuse ou graisseuse des pays chauds (pymélurie de M. Bouchardat).

124. Hulaud. Considérations sur le traitement des pyrexies par l'eau froide, et plus spécialement par les bains froids.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Charcot reprendra samedi 1er juin, à 9 heures, à l'hospice de la Salpêtrière, ses leçons sur les maladies du système nerveux, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— *Erratum.* — Le fabricant du bandage herniaire de M. Pégé, présenté à la dernière séance de l'Académie, par M. Gaultier de Caulbry, est M. Hardon et non M. Hardouin.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, considérées principalement au point de vue du diagnostic et du traitement, contenant un Appendice sur les maladies du vagin et de la vulve, par A. Courty, professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier. 2e édition, revue et considérablement augmentée. 1 vol. grand in-8° de 1240 pages, cartonné à l'anglaise. — Prix : 19 fr. — P. Asselin.

De la Maladie expérimentale comparée à la maladie spontanée, par le docteur Lancereaux, médecin des hôpitaux de Paris. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HÔTEL-DIEU. Leçon clinique sur les hémorrhoïdes uréthrales chez la femme et leur traitement (M. Richet). — Note sur le traitement des hydropisies locales par injections d'alcool (M. Monod). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Bibliographie. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

HOTEL-DIEU. — M. RICHET.

Leçon clinique sur les hémorroïdes uréthrales chez la femme et leur traitement.

(Recueillie par M. FILHOL, interne du service.)

Messieurs, je veux vous parler aujourd'hui d'une malade qui est couchée à la salle Saint-Charles. C'est une jeune fille de vingt ans, qui nous raconte qu'il y a deux ans elle fut prise d'une rétention d'urine qui dura trois jours, durant lesquels elle ne voulut pas se laisser sonder. Au bout de ce temps, sous l'influence de cataplasmes, de boissons émollientes, de bains prolongés, elle finit par uriner. Quelle a été la cause de cette rétention d'urine? est-elle survenue à la suite d'un refroidissement, d'un abus de coït, ou de toute autre cause? Nous n'en savons rien. Toujours est-il que, depuis ce moment, elle n'a cessé de souffrir du côté de la vessie et du canal de l'urèthre toutes les fois qu'elle a dû uriner. Il y a de cela deux mois, fatiguée par ces douleurs persistantes, elle fut, nous dit-elle, à l'hôpital Saint-Louis, et entra dans le service de M. Tillaux. Là, elle subit une opération, et on lui excisa, toujours d'après son dire, des polypes du canal de l'urèthre. Je rapporte les renseignements qu'elle nous a donnés, parce que l'on peut s'y fier ; ce que nous voyons prouve, en effet, qu'elle ne trompe pas. Elle séjourna à l'hôpital quinze jours environ, mais les douleurs apparaissant de nouveau, elle vint à l'Hôtel-Dieu, demandant qu'on lui fît quelque chose contre ses souffrances épouvantables.

Lorsqu'on examine localement cette malade, on voit, si l'on vient à écarter les petites lèvres, une saillie au lieu d'un enfoncement dans le point où se trouve le méat urinaire. Aussi, si, se fiant aux préceptes habituels du cathétérisme, on voulait sonder cette femme en se servant du doigt comme guide, on se tromperait infailliblement. En outre, à l'ouverture du méat, on aperçoit des végétations, qui font une légère saillie à l'extérieur.

Voici, d'autre part, ce que nous apprend le toucher vaginal. Le doigt, porté sur la paroi supérieure du vagin et promené d'avant en arrière, trouve un cylindre ayant à peu près la grosseur d'un tuyau de plume d'oie et allant rejoindre le col de la vessie. Ce cylindre, dur et gonflé, que l'on sent, est le canal de l'urèthre augmenté de volume. Pourquoi? Nous allons essayer tout à l'heure de le savoir.

Étudions d'abord le siége des douleurs qu'elle éprouve. Au niveau du méat urinaire, les sensations douloureuses sont presque nulles ; mais à 1 centimètre et demi en arrière, elles se réveillent plus vives, et elles acquièrent leur acuité extrême lorsque l'on porte le doigt sur le col de la vessie et qu'on appuie sur la symphise pubienne. Plus loin, du côté de la vessie, rien. Du côté de l'utérus, rien non plus. Il est dans une légère anteflexion qui n'a rien d'exagéré, cette situation devant être considérée, comme je l'ai démontré dans mon *Traité d'anatomie chirurgicale*, comme la situation anatomiquement normale de l'utérus.

Le col de l'utérus de cette femme est normal ; il n'y existe pas de granulations, rien qui puisse retentir sur la vessie. Elle a eu un peu d'écoulement vaginal, peut-être a-t-elle eu un peu de vaginite, mais à l'heure actuelle, elle n'a que des flueurs blanches. Le col d'ailleurs est conique, ce qui est parfaitement en rapport avec ce qu'elle nous dit, qu'elle n'a pas eu d'enfant.

Le cathétérisme était très-important à pratiquer. Elle n'y voulait pas consentir, craignant la douleur, et ce n'est qu'avec beaucoup de ménagements que je suis parvenu à l'y décider. Je l'ai sondée avec soin, avec précaution, parce que je savais que je devais rencontrer chez cette malade quelque chose d'anormal à 1 centimètre, 1 centimètre et demi du méat. Ce que j'avais prévu est arrivé ; après avoir introduit une sonde, je l'ai poussée dans le canal de l'urèthre, et, arrivé à la distance que je fixais tout à l'heure, j'ai été arrêté par ce quelque chose d'anormal, que je supposais devoir exister en ce lieu, c'est-à-dire par un rétrécissement. Après avoir constaté l'obstacle, j'ai pressé sur le rétrécissement, qui a fini par céder, et je suis arrivé dans la vessie, tandis que la malade se tordait dans d'affreuses douleurs.

J'ai voulu me rendre compte de la qualité des urines ; elles n'avaient rien que de très-normal. Quant au sang qu'a rendu cette malade à une certaine époque, une ou deux gouttes chaque fois, ce sang ne provenait pas de la vessie, ainsi qu'elle l'avait fort bien constaté elle-même, mais du canal de l'urèthre.

Seulement elle prétend qu'elle a quelquefois des urines comme *une éponge*. Nous l'avons interrogée sur la signification qu'elle donnait à ce mot d'éponge, et nous avons appris qu'elle appelait ainsi un nuage que ses urines laissaient de temps à autre précipiter. Voilà ce que nous avons pu obtenir par le cathétérisme et les interrogations.

J'ai cherché à savoir quels étaient les symptômes éprouvés par elle. En dehors de la mixtion, elle ne souffre pas. Lors-

qu'elle marche, lorsqu'elle se fatigue, elle éprouve des douleurs de reins et du bas-ventre. Mais quand elle urine, les douleurs apparaissent très-vives; et elles se prolongent durant cinq, six et huit minutes. Les douleurs de reins et du bas-ventre, elle ne les éprouve que lorsqu'elle fatigue, mais les autres sont journalières et lui rendent la vie insupportable, ce qui fait qu'elle veut guérir à tout prix.

Qu'a cette malade? Quel diagnostic devons-nous porter? M. Tillaux a dit, et en cela je ne fais que répéter ce qu'a dit la malade, car je n'ai pas eu l'occasion de voir M. Tillaux et de savoir au juste ce qu'il en pensait, qu'elle avait des polypes de l'urèthre. C'est là certainement la première idée qui viendrait à tout le monde. On noterait en même temps un peu de névralgie du col de la vessie, accusée par des symptômes. Voilà ce que l'on pourrait dire après un court examen.

Eh bien, messieurs, telle n'est pas l'affection dont souffre cette femme qui est venue demander nos soins. Elle est atteinte d'une maladie fort peu connue, et sur laquelle j'ai déjà eu l'occasion d'appeler plusieurs fois l'attention dans mes cliniques de la Pitié, il y a six ans.

Cette femme a des végétations hémorrhoïdales à l'entrée du canal de l'urèthre.

Nicot, le premier, a appelé l'attention sur les polypes du canal de l'urèthre, et depuis on leur a conservé le même nom. Beaucoup de femmes en sont atteintes; mais beaucoup laissent ignorer leur mal, préférant souffrir en silence que de se montrer à un médecin. J'ai enlevé souvent de ces prétendus polypes du canal de l'urèthre; j'en ai fait et fait faire l'examen histologique, et jamais, à ma grande surprise, leur étude ne m'a démontré la structure habituelle des polypes.

Dans le rectum, on observe fréquemment, et cela surtout chez les enfants, à la suite de diarrhée, de dysenterie, des polypes du rectum, quelquefois en nombre considérable, et qui sont formés par une hypertrophie de follicules muqueux. Les follicules augmentent de volume, puis, à la longue, se pédiculisent et font hernie dans le rectum. Ici, pour les polypes de l'urèthre, je m'attendais à trouver la même chose, des polypes muqueux, et, tout au contraire, j'ai vu que j'avais affaire à des végétations vasculaires ressemblant aux tumeurs hémorrhoïdaires que l'on trouve à la région anale. Je ne veux pas dire pour cela que les polypes de l'urèthre n'existent pas. Il doit y en avoir, quoique je n'en connaisse point de cas authentiques; mais ils doivent être beaucoup plus rares qu'on ne l'a cru, et ils ont été et sont confondus avec l'affection dont je vous parle.

Mais ce n'est pas seulement par la structure que ces végétations diffèrent des polypes; elles s'en distinguent aussi par l'aspect extérieur. Quand vous les examinerez, vous verrez que ce n'est pas un produit pédiculé flottant et mobile comme les polypes, mais bien des franges occupant tout le pourtour du méat, franges qui ne sont autre chose que l'exagération du bourrelet muqueux, que l'on trouve au même niveau à l'état ordinaire chez presque toutes les femmes.

(*A suivre.*)

NOTE

SUR LE TRAITEMENT DES HYDROPISIES LOCALES

PAR INJECTIONS D'ALCOOL.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 8 mai 1872, par M. MONOD.)

J'ai lu, à la séance de la Société de chirurgie du 4 octobre 1871, une note sur la possibilité de guérir les hydropisies de cause locale par l'addition d'un peu d'alcool au liquide accumulé dans la cavité malade. A l'appui de cette assertion, j'ai communiqué à la Société quelques faits d'hydrocèle et un fait de kyste du corps thyroïde, dont la guérison me paraissait due à ce traitement. J'ai ajouté que ces faits n'étaient ni assez anciens, ni assez nombreux, pour établir d'une manière positive la vérité de mon assertion, et que mon principal but, en faisant cette communication, était d'obtenir la coopération de mes collègues, mieux placés que moi pour faire ces recherches et juger de la valeur de ce traitement.

Aujourd'hui, je viens vous donner des nouvelles des opérés dont je vous ai entretenus, et vous présenter quelques autres faits qui me paraissent confirmer la vérité de mon assertion.

La guérison du kyste du cou se maintient; elle date maintenant de près de quatre ans.

Chez deux des opérés d'hydrocèle, la guérison s'est maintenue en ce sens que la quantité de sérosité existant encore dans la tunique vaginale est insignifiante et n'augmente pas.

Chez un troisième, qui avait été opéré le 10 juin 1871, que j'avais perdu de vue jusqu'à la fin d'octobre, la résolution ne s'étant pas faite, j'ai dû faire trois injections, le 31 octobre, le 2 décembre et le 25 janvier 1872, pour amener le même état que chez les deux premiers. Aujourd'hui, à la vue, les deux bourses sont presque semblables, et on constate, à la palpation, qu'il ne reste presque plus de liquide dans la tunique vaginale.

Chez le quatrième, vieillard de 70 ans, diabétique, je n'avais injecté, dans l'été de 1871, que de l'eau alcoolisée; le malade était parti le lendemain pour la campagne.

Le 15 janvier 1872, six mois après, je constatai que l'hydrocèle n'avait subi aucune modification, et j'injectai 1 gramme d'alcool à 40°. L'opéré repartit pour la campagne le lendemain matin.

A son retour, le 30 janvier, je constatai que le volume de l'hydrocèle avait diminué de plus de moitié, et que la tumeur était fort molle. Depuis, la résolution a marché, et, le 15 avril, quoiqu'il y eût encore une quantité notable de liquide, le malade se considérait comme guéri.

J'ai eu occasion depuis d'observer deux autres faits, dont voici le résumé :

Jeune homme de 30 ans. — Hydrocèle du côté droit plus grosse que le poing, remontant à une époque indéterminée, mais ayant pris un accroissement rapide dans ces derniers temps. Ponction le 8 décembre 1871. Après avoir recueilli 4 grammes de liquide, j'injecte 1 gramme d'alcool à 40°. Pas de suspensoir. Le malade, opéré le matin dans mon cabinet, reprend immédiatement ses occupations, qui sont très-actives. La bourse est un peu sensible au toucher pendant les deux premiers jours.

23 décembre. — La tumeur a très-notablement diminué. Nouvelle injection, suivie de la même sensibilité de la bourse.

13 janvier 1872. — L'hydrocèle a repris son volume primitif. Troisième ponction; je laisse écouler un peu plus de liquide, qui est lancé en jet comme la première fois, et j'injecte 1 gramme d'alcool. Même sensibilité de la bourse à la suite de l'opération.

20 janvier. — Le volume de l'hydrocèle a beaucoup diminué, mais la tension et la dureté sont les mêmes. Quatrième ponction. Injection de 1 gramme d'alcool; mêmes suites.

2 février. — L'hydrocèle est diminuée de volume, mais toujours dure. Cinquième ponction. Le jet de la sérosité est moins fort. Injection de 1 gramme d'alcool. Mêmes suites.

2 mars. L'hydrocèle a diminué des quatre cinquièmes; à la vue, la bourse n'est guère plus volumineuse que la gauche, et il faut tendre la peau en saisissant la bourse en arrière pour bien constater l'existence du liquide surtout. Sixième ponction. L'injection de l'alcool est suivie d'une sensation de cuisson.

Pendant les quatre jours suivants, la bourse est douloureuse au toucher, mais l'opéré n'en continue pas moins ses occupations fort actives et ne porte pas de suspensoir.

5 avril. — Il reste un peu de sérosité dans la tunique vaginale, mais il serait impossible de faire une ponction sans s'exposer à blesser le testicule. La bourse a repris son volume normal et l'opéré

se considère comme guéri. Je lui recommande de venir me voir, si la bourse gonfle de nouveau. Il n'a pas reparu.

VI° Observation. — Hydrocèle très-volumineuse et dure, ayant plus de 20 centimètres de longueur. Le sommet s'engage dans l'anneau. J'ai constaté l'existence de la maladie il y a trois ans. Le malade a 50 ans et est vigoureux.

Première ponction le 14 novembre 1872. Je tire 3 grammes de liquide et injecte 1 gramme d'alcool. Les suites sont nulles sous le rapport de la douleur, et l'opéré est sorti un moment après que je l'ai quitté, portant un suspensoir.

Deux jours après, je constate que l'hydrocèle a diminué de moitié.

Neuf jours après l'opération, la tumeur a tellement diminué, qu'en faisant une nouvelle ponction, on s'exposerait à blesser le testicule. J'enlève le suspensoir.

5 décembre. — L'hydrocèle a un peu augmenté. Seconde ponction suivie d'injection. Pas de sensibilité à la visite.

20 décembre. — La quantité de liquide sortant est si petite que le malade se croit guéri, et je néglige de le voir pendant les mois de janvier et de février.

Le 2 mars 1872, je constate que l'hydrocèle a considérablement augmenté, sans néanmoins atteindre son volume primitif. Troisième ponction. Je laisse écouler un peu plus de liquide, et j'injecte 1 gramme d'alcool. Une petite veine a été piquée et il s'écoule quelques gouttes de sang.

Le 8 mars, la tumeur a très-notablement diminué ; il y a une petite ecchymose au niveau de la piqûre faite six jours avant. Quatrième ponction.

14 mars. — La tumeur a diminué des trois quarts.

9 avril. — La résolution n'ayant pas continué, je fais une cinquième ponction suivie d'injection.

18 avril. La résolution a marché rapidement; la différence entre les deux bourses est peu notable et l'opéré n'éprouve plus aucune gêne. Mon intention est néanmoins de faire une sixième ponction si la résolution ne continue pas.

De l'exposé de ces six cas, il résulte : 1° que la réduction de l'hydrocèle à un volume à peine notable peut-être obtenue par l'extraction d'un peu de sérosité suivie de l'injection d'une quantité moindre d'alcool à 40°.

2° Que ce résultat est obtenu plus ou moins rapidement; dans un cas, une seule opération a suffi pour obtenir ce résultat au bout de huit jours, et la guérison se maintient depuis neuf mois.

Dans les autres, ce résultat a exigé plusieurs ponctions.

3° Qu'à l'exception d'un cas, il n'y a pas eu de douleurs à la suite de l'injection et qu'aucun des opérés n'a été entravé un seul instant dans ses occupations.

4° Qu'il n'y a eu aucune infiltration de sérosité dans la bourse, ni suppuration à la suite de ces ponctions multipliées.

S'il m'était permis de tirer une règle de conduite de faits aussi peu nombreux, voici comment j'établirais ce traitement pour l'hydrocèle : faire une injection tous les huit jours, jusqu'à ce que la résolution soit arrivée au point de rendre la pression dangereuse pour le testicule. Je crois que, si dans deux cas, j'ai été obligé de multiplier les injections, c'est que je les ai trop espacées.

J'émettais, dans ma note du 4 août dernier, l'opinion que ce traitement pourrait être appliqué à la guérison de toutes les hydropisies locales, et que l'innocuité de ces injections dans la tunique vaginale me paraissait en justifier l'essai dans d'autres cavités séreuses, et notamment dans l'hydarthrose chronique. Un fait, qui m'a été communiqué par M. le docteur Louis Monod, me paraît justifier cette assertion. Je laisse parler M. Louis Monod :

Il s'agit d'un garçon de 25 ans environ, affecté dans son enfance de scrofule et de rachitisme, qui ont produit de graves difformités; entre autres misères, il est sujet à des hydarthroses des deux genoux. L'hiver dernier, le genou droit a été le siége d'un épanchement qui a duré plusieurs mois et qui a fini par disparaître à la belle saison.

Entré le 4 octobre 1871 à l'hôpital protestant, à Neuilly, pour un rhumatisme, il est atteint, le 6, d'un nouvel épanchement dans le genou droit. L'articulation présente, outre l'épanchement, un gonflement assez marqué des extrémités articulaires. Pas de chaleur, pas de douleur.

Jusqu'au 16 novembre, on emploie, sans résultat satisfaisant, le traitement par la teinture d'iode, la compression, les vésicatoires volants.

M. Labbé fait une ponction évacuatrice, avec aspiration, par l'instrument Dieulafoy. Le liquide soustrait est incolore, onctueux; la fluctuation a disparu, mais il y a encore de l'empâtement au voisinage des surfaces articulaires et sensation spéciale de froissement, dus sans doute à la présence d'une substance gélatineuse qui n'a pu être évacuée et qui revêt les surfaces articulaires.

Compression du genou au moyen d'un bandage ouaté. Pas d'accidents.

Le liquide se reproduit rapidement et aussi abondant qu'avant la ponction.

Le 3 janvier 1872, je me décide à essayer le traitement par l'injection d'alcool, indiqué par mon oncle; je soustrais une demi-cuillerée à café de synovie qui s'écoule goutte à goutte, et j'injecte *un* gramme d'alcool.

Avant l'opération, la circonférence du genou mesurait 33 centimètres et demi. Pas de douleur pendant l'opération. Immédiatement après, des compresses imbibées d'eau froide coupée de moitié d'alcool, et souvent renouvelées, sont maintenues pendant vingt-quatre heures. L'immobilité est absolue.

Le lendemain matin, j'applique un bandage modérément compressible. Vers le soir, il y a un peu de douleur; l'articulation est un peu chaude et tendue, elle mesure 34 centimètres.

Même état le lendemain.

Du 6 au 7, les symptômes subinflammatoires disparaissent complétement. Il n'y a plus de tension, et le liquide intra-articulaire a manifestement diminué de quantité.

Le 12, l'état est stationnaire; l'articulation semble contenir moitié moins de liquide que lors de l'opération.

Une seconde injection est faite dans les mêmes conditions et avec les mêmes précautions, à la suite.

Le 13 et le 14, il y a un peu de tension et de douleur.

Le 15, rien de pareil. Il est difficile de constater la présence du liquide. La diminution de l'épanchement est évidente. En palpant, on sent, au niveau des cartilages, une sorte de crépitation due sans doute à cette substance gélatineuse mentionnée à la suite de l'évacuation faite par M. Labbé. Nous n'avons pas affaire à une hydarthrose simple, mais à une arthrite chronique, probablement de nature rhumatismale. Nous immobilisons le genou dans un appareil silicaté.

Depuis, l'épanchement est revenu, non-seulement dans le genou droit, mais aussi dans le gauche.

En somme, nous avons certainement éprouvé un insuccès au point de vue de la cure radicale, mais nous avons obtenu un résultat remarquable comme diminution momentanée de l'épanchement. Ce résultat nous semble propre à encourager ceux qui auraient à soigner des hydarthroses chroniques simples à suivre la même pratique que nous, et à tenter au moins cette opération inoffensive.

Il me paraît résulter de cette observation de M. Louis Monod que, même dans une hydarthrose dépendante d'une lésion des cartilages, l'injection de l'alcool peut être faite sans accident et peut amener une grande diminution momentanée dans la quantité du liquide épanché. Sous ce point de vue, ce fait m'a paru digne de vous être communiqué.

Je termine en sollicitant de nouveau votre concours pour décider si ce mode de traitement des hydropisies locales est réellement utile, et, dans ce cas, pour établir les règles du traitement et élucider la question de physiologie pathologique qui se rattache à ce traitement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

M. Desprès termine ainsi :

L'érysipèle n'est pas épidémique ; il ne l'est pas plus que les inflammations franches : la pneumonie et le phlegmon.

J'invoquerai encore la statistique des hôpitaux. Voici les chiffres. D'une part, à Saint-Louis, je trouve, pour les services de médecine :

En 1861	49 érysipèles
En 1862	58 —
En 1863	38 —

Il s'agit des entrées.

Pour les services de chirurgie, des hôpitaux réunis, il s'agit encore des entrées :

En 1861	99 érysipèles.
En 1862	112 —
En 1863	107 —

Ces chiffres ne comprennent pas les érysipèles développés dans les salles : ce sont les entrées ; et ces chiffres correspondent à ce qu'on appellerait l'épidémie dans la ville. Rien ici ne précise une épidémie. A l'hôpital Saint-Louis, comme dans les autres services de chirurgie, les légères oscillations sont les mêmes. Mais, messieurs, il y a quelque chose de bien plus significatif : les lymphangites notées dans la statistique hospitalière suivent les mêmes légères variations :

En 1861, 62 lymphangites ou angioleucites.

En 1862, 68 ; augmentation comme pour les érysipèles.

En 1863, 56 ; nouvelle diminution.

Il s'agit toujours des entrées.

J'ai publié, en 1863, la statistique des érysipèles observés dans le service de Velpeau ; c'était le complément de mon travail de l'année précédente. En 1862, il n'y a eu que 50 érysipèles au lieu de 66 ; mais ici les entrées et les cas développés dans la salle sont comptés. Ah ! dira-t-on, 16 cas de moins, voilà l'épidémie ; elle a existé en 1861 ! Non, messieurs, Velpeau a eu moins d'érysipèles en 1862 qu'en 1861, parce qu'il a reçu 100 malades de moins et qu'il a fait moins d'opérations. Une de ses salles est restée trois mois en réparation.

Ici je répondrai à M. Le Fort. Notre collègue a fait remarquer le nombre et la gravité des érysipèles dont j'ai recueilli les observations, et en a tiré la conclusion qu'il y avait eu au moins une épidémie de mauvais pansements. Non, il n'y a pas eu une épidémie de mauvais pansements ; il y a eu quelque chose que j'ai donné à entendre au lieu de préciser ; je ne voulais pas critiquer la pratique de Velpeau. Aujourd'hui la mémoire de Velpeau est assez honorée pour qu'on puisse, sans la diminuer, signaler quelques imperfections. Velpeau, pour les besoins de sa clinique et de l'enseignement, opérait les malades à jour fixe, sans les préparer. Une malade même a été amputée du sein trois jours après son entrée à l'hôpital. Ajoutez à cela que Velpeau était prodigue de coups de bistouri sur les rougeurs phlegmoneuses. Une observation de mon travail montre un érysipèle partant d'un coup de bistouri, peut-être prématuré.

Une de nos malades, opérée d'une nécrose de la mâchoire au neuvième jour d'une poussée inflammatoire, a eu un érysipèle le lendemain de l'opération ; c'était bien là l'érysipèle précoce dont vous a parlé M. Verneuil. Que M. Le Fort fasse appel à ses souvenirs ; lorsqu'il a cherché les preuves de la gravité des suites des opérations pratiquées pendant la période inflammatoire des plaies, n'a-t-il pas vu de nombreux exemples d'érysipèles ? Je dirai enfin que l'année 1861, où j'ai recueilli mes observations, renfermant 35 cas de mort, la Charité a été exceptionnellement chargée de grands blessés ; on démolissait alors le pavillon des Tuileries.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

M. Gosselin, qui a noté pendant sept années les cas d'érysipèle qu'il a observés, a vu que les érysipèles apparaissaient de mois en mois dans des proportions presque semblables à celles qui se trouvent dans ma statistique de l'année 1861. Tous les ans, il a eu un nombre à peu près égal d'érysipèles.

Vous voyez, messieurs, où en est l'épidémicité après ces quelques remarques. Examinons la contagion.

L'origine est anglaise. Wells a cité le fait d'une famille où plusieurs personnes ont été malades d'un mal de gorge, de rougeurs au visage, après avoir soigné un homme atteint d'érysipèle. Les médecins français ont repris l'idée, et on a réuni quelques faits qui se résument à peu près ainsi : un malade, qui a été en contact d'un autre qui avait un érysipèle, a eu un érysipèle. Avec une pareille facilité, on prouverait que tout est contagieux. Mais je veux prendre les faits les plus affirmatifs, les faits soumis par M. Blin (de Saint-Quentin) à l'Académie de médecine, et sur lesquels M. Gosselin a fait un rapport en 1865. Ce fait est, à mon sens, le plus contraire à la théorie de la contagion, parce qu'il prouve trop. Un monsieur vient à Paris, il soigne un de ses amis qui a un érysipèle ; il prend le chemin de fer et s'en retourne chez lui ; là il est pris d'un érysipèle, qu'il transmettrait à d'autres personnes, et on pourrait suivre la contagion. Si cela était une interprétation exacte, il n'y aurait aucune maladie plus contagieuse. L'érysipèle serait plus contagieux que la variole, la syphilis et la gale ; et nous devrions chaque jour pouvoir remonter à la source de la contagion des nombreux érysipèles que nous voyons. Il n'en est rien ; depuis douze ans, époque à laquelle j'ai écrit mon travail sur l'érysipèle, j'ai cherché et je n'ai rien vu de semblable.

J'ai eu pendant ces dernières variations de température, aux mois d'avril, de mars et de février, 10 érysipèles à l'hôpital Cochin. J'ai 110 lits divisés en 7 salles, dont deux sont séparées seulement par une porte de deux autres, et 3 baraques isolées, que j'appellerai A, B, C, réservant D, E pour les salles contiguës d'hommes, et F, G pour les salles contiguës de femmes.

Le 18 février, un érysipèle dans la baraque C.

Le 28 février, un érysipèle dans la baraque B.

Le 15 mars, un érysipèle dans la baraque A.

Le 28 mars, un érysipèle, angioleucite d'abord, érysipèle léger ensuite, dans la salle D.

Le 6 avril, 1 érysipèle dans la salle D, suite d'un coryza ; le malade était huit lits plus loin que le premier, et était juste en face de la porte, et recevait tous les courants d'air.

Le 19 avril, 1 érysipèle dans la baraque B, suite de plaie de tête.

Le 1er et le 11 avril, 2 érysipèles successifs sur un sein affecté d'abcès multiples, salle F.

Le 15 avril, érysipèle autour d'une eschare du coude, chez une malade toujours couchée, salle G.

Le 17 et le 29 avril, 2 érysipèles successifs sur un sein affecté d'abcès multiples, malade identique à la précédente, salle F.

Enfin, le 9 mai, chez un leucocythémique, j'ai ouvert un abcès ganglionnaire. Un érysipèle est survenu, le 9 mai, dans la salle D, où il n'y avait plus d'érysipèles depuis vingt jours.

En ce moment même, un autre érysipèle apparaît dans la baraque C.

Si l'érysipèle était aussi contagieux qu'on le dit, j'aurais voulu voir une des salles épargnées ; mais non. Les baraques même, où d'ailleurs j'ai eu autant de complications des plaies que dans la vieille salle, n'ont pas été exemptes d'érysipèles, et c'est ce qui m'a fait encombrer un peu de grands blessés la vieille salle, car là au moins les malades n'avaient pas froid.

Je crois si peu à la contagion, messieurs, que je me suis fait un jeu, pardonnez-moi le mot, de faire des opérations pendant qu'il y avait des érysipèles dans les salles. Ainsi, à Cochin, pendant qu'il y avait des érysipèles, j'ai opéré un adénome du sein, un lipome de l'épaule et une bourse séreuse hypertrophiée ; aucune de ces malades, dont deux sont sorties guéries, qui étaient dans la salle F, n'ont eu d'érysipèle.

Lorsque je remplaçais Foucher à l'hôpital Saint-Antoine, j'avais

trois opérations à faire : enlever un cancroïde au dos de la main, un lipome du dos, et pratiquer une opération de taille. J'ai attendu qu'il entrât un érysipèle ; il en est venu deux, j'ai fait les trois opérations, et aucun des malades, pendant le mois où je suis encore resté à Saint-Antoine, n'a eu d'érysipèle. Un cependant en a eu un quatre jours après mon départ ; c'était le taillé. Foucher avait repris le service, et, voyant le malade bien, il ne faisait pas le pansement, tandis que, jusqu'au dernier jour, j'avais pansé ce malade moi-même.

Voilà, messieurs, pourquoi je suis convaincu que l'érysipèle est une inflammation dans le système lymphatique capillaire, et pourquoi, à défaut de la conclusion logique qu'on devrait tirer de cette définition contre l'épidémicité et la contagiosité de l'érysipèle, j'ai invoqué des preuves contre une croyance des modernes, qui est acceptée trop facilement. Comme conclusion pratique, il me paraît que faire rigoureusement un pansement humide sur les plaies, ne pas opérer dans les tissus sains pendant la période inflammatoires des plaies et opérer au jour des malades et non au jour des chirurgiens, tel est le véritable secret pour prévenir un grand nombre des érysipèles dits épidémiques ou contagieux.

M. MARJOLIN. M. Després a parlé en passant de l'érysipèle des enfants ; je voudrais savoir son opinion.

M. DESPRÉS. Pressé par le temps, j'ai laissé de côté l'érysipèle des enfants, dont je devais tirer une indication du siége de l'érysipèle. Cette inflammation chez les enfants occupe, relativement à la petite dimension du corps, une très-grande surface, et comme l'on sait que les réseaux lymphatiques chez les enfants sont plus libres, plus perméables que chez l'adulte, puisque M. Sappey conseille d'employer de préférence les enfants pour les préparations anatomiques des réseaux, on comprend pourquoi l'érysipèle s'étend si rapidement et si facilement, et réciproquement on en infère que le mal chemine dans les réseaux lymphatiques.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

LECTURE

M. CORNIL donne lecture d'une observation recueillie par M. Cazalis dans le service de M. Guéneau de Mussy, qu'il remplace actuellement à l'Hôtel-Dieu.

Trachéotomie chez un enfant de 10 mois atteint du croup. — Guérison. — M. BOURDILLAT présente à la Société l'observation d'un enfant de 10 mois auquel il a pratiqué avec succès la trachéotomie pour le croup. C'est, en France, l'enfant le plus jeune qu'on ait encore guéri par l'opération. A ce titre, cette observation offre donc un grand intérêt, parce qu'elle démontre que l'âge ne doit jamais être une contre-indication formelle à l'emploi de la trachéotomie dans le croup.

Le diagnostic ne laisse d'ailleurs aucun doute : l'enfant, malade depuis plusieurs jours, avait la toux rauque, la voix éteinte, la respiration abdominale, le murmure vésiculaire affaibli, et les ganglions sous-maxillaires engorgés. Il avait eu plusieurs accès de suffocation, et il avait failli succomber dans l'un d'eux. Il a été opéré selon la méthode rapide que M. Bourdillat emploie presque toujours, et que nous avons exposée ici il y a quelques années. La perte de sang fut très-minime, grâce à la petitesse de l'ouverture et à la rapide introduction de la canule, ce qui est, comme on sait, l'hémostatique le plus puissant dans la trachéotomie.

La guérison du croup eut lieu avec une extrême lenteur. La canule ne put être retirée définitivement que quinze jours après l'opération, malgré des tentatives répétées.

Pendant cette période, l'enfant rendit à plusieurs reprises des fausses membranes. Le huitième jour de l'opération en particulier, on trouva dans la canule une fausse membrane bifurquée à l'une de ses extrémités et longue de 1 centimètre 1/2.

La canule dont on se servit était une canule Lüer 00. Cependant, dans plusieurs circonstances, il arriva qu'on dut avoir recours à la canule bivalve, principalement lorsque l'enfant était resté plusieurs heures sans canule. Il en résultait alors un rétrécissement rapide de la plaie, qui rendait momentanément impossible l'introduction de la canule ordinaire.

La convalescence n'a rien présenté de particulier.

M. Bourdillat a recherché, à cette occasion, quels étaient les résultats auxquels étaient parvenus les opérateurs qui l'avaient précédé, et il est arrivé à constater qu'au-dessous de 1 an 1/2, il existait en France cinq cas de croup guéris par la trachéotomie.

M. Vigla a observé un enfant de 17 mois opéré à la période asphyxique.

M. Isambert a opéré et guéri un enfant de 16 mois.

Enfin, MM. Trousseau, Barthez et Archambaut ont publié chacun une observation de guérison chez des enfants âgés de 13 mois seulement.

Un échange d'explications a lieu entre MM. Potain, Chauffard, Bucquoy et Cornil, au sujet de cette observation.

BIBLIOGRAPHIE

1° Maladies de l'utérus, par COURTY. — **2° Impuissance et stérilité,** par ROUBAUX. — **3° Prostitution à Paris et à Londres,** par LECOURT. — **4° Histologie,** par FORT. — **5° Revue photographique des hôpitaux.**

Je regrette bien que la place qui m'est laissée dans la *Gazette des hôpitaux* soit si restreinte pour un ouvrage de l'importance du *Traité des maladies de l'utérus* (1) de M. le professeur Courty, de Montpellier. L'Académie des sciences lui a décerné en 1868 une de ses récompenses dont elle n'est pas prodigue; mais M. Courty ne s'est pas endormi sur ses lauriers académiques, ni dans sa toge professorale : il est de ceux qui croient que, quel que bon que soit un livre, ce livre a toujours besoin d'être revu, remanié, repoli, et c'est ce qu'il a fait pour sa seconde édition.

Ce volumineux ouvrage est divisé en deux parties. La première comprend l'étude des maladies utérines en général, les notions préliminaires d'anatomie, de physiologie et de tératologie, le diagnostic, le traitement et le caractère de ces maladies en général.

Dans la seconde partie, nous avons, dans 900 pages environ, l'étude des maladies utérines en particulier, suivie, dans un appendice, des maladies de la vulve et du vagin.

M. Courty, qui professe avec raison que la spécialité est le plus bas degré de l'art quand elle n'est pas fécondée par les connaissances générales, nous met à même, dans la première partie, de juger de ses qualités et de son esprit pratiques. Ce chapitre est plein d'enseignements profonds. Il y a une vingtaine d'années, la doctrine de Lisfranc régnait en souveraine; et avec cette école, qui pensait que l'engorgement était le point de départ de toutes les maladies utérines, on ne voyait que jeunes femmes condamnées au repos horizontal et aux petites saignées révulsives. Au règne de l'engorgement ont succédé celui du déplacement, puis celui de l'écoulement leucorrhéique, puis celui des granulations. Le traitement général se ressentait évidemment de ces doctrines médicales.

Dans cette première partie, où les détails abondent, le médecin, jeune ou vieux, trouvera matière à glaner. La symptomatologie y est traitée avec un rare talent d'exposition, et, comme il n'est en médecine si petit détail qui n'ait un grande importance, le jeune praticien y trouvera d'excellents conseils sur les signes de certitude

---

(1) Un très-fort volume grand in-8°, avec 280 figures dans le texte, cartonné; 2e édition. 1872, chez Asselin. Prix : 19 francs.

et les moyens d'exploration des malades. Là sont exposés les principes de M. Courty sur les médications thérapeutiques, et nous y trouvons l'école de Montpellier et les théories barthésiennes.

La seconde partie est subdivisée en cinq sections et comprend :

1° Les altérations fonctionnelles, c'est-à-dire la menstruation et ses désordres;

2° Les états morbides sans néoplasmes, c'est-à-dire les fluxions, congestions, métrites, ovarites, phlegmasies péri-utérines, hypertrophies et atrophies, leucorrhées, granulations, ulcérations. Dans cette section, l'auteur a fait de nombreuses additions aux phlegmasies des ovaires, aux phlegmasies péri-utérines.

Bien que la leucorrhée ne soit pas une maladie, mais le plus souvent un symptôme, elle méritait bien, par sa fréquence, un chapitre à part, et il est écrit de main de maître; il contient d'excellentes considérations sur les caractères des sécrétions normales comparées aux sécrétions pathologiques. A propos de la leucorrhée des petites filles, M. Courty accepte les idées de Guersant, admises d'ailleurs par tous nos médecins des enfants et qui sont bien différentes de celles que professent nos bons voisins les Allemands. Écoutons le Prussien Vogel : « On ne saurait nier que, même chez les enfants âgés à peine de quelques années, on ne rencontre déjà l'infection par le virus blennorrhagique. Un stupide et affreux préjugé règne parmi les gens du peuple; en vertu duquel il suffirait, pour faire disparaître la blennorrhagie chez l'homme, de mettre la verge en contact avec un hymen encore intact. C'est ce préjugé qui a déjà fait perdre leur innocence à bien des petites filles (1). »

On n'est pas plus immonde!... Et c'est cette race qui a l'outrecuidance de se dire appelée par Dieu à civiliser et à moraliser les races latines!..

La section troisième est consacrée aux changements de situation de l'utérus, naguère encore grand sujet de débats entre nos autorités gynécologiques. Cette section est traitée par l'auteur avec un grand sens pratique et un profond jugement.

La quatrième section contient les altérations organiques, désespoir des malades et des médecins; et la cinquième est consacrée aux maladies des annexes.

La stérilité chez la femme méritait un chapitre à part, car elle est malheureusement trop fréquente, puisqu'on compte un ménage sur huit dans lequel la femme est stérile. M. Courty reconnaît trois causes à la stérilité, selon qu'il y a inaptitude au coït ou impuissance, — inaptitude à l'imprégnation ou infécondité, — inaptitude à la germination ou impuissance proprement dite.

Le livre du professeur de Montpellier est, sans contredit, le plus *complet* que nous possédions aujourd'hui sur la pathologie utérine. « C'est, dit le professeur Pajot, le meilleur traité des maladies des femmes que nous ayons en français, et nous pourrions ajouter, avec un certain orgueil patriotique, dans toute la littérature médicale française et étrangère.

Ce que M. Courty a traité en 32 pages, M. Roubaud l'a rédigé dans un volume de 870 pages, dont la 2e édition vient de paraître (2). Mais, dans son livre, M. Roubaud envisage la question chez les deux sexes. Il divise son sujet en deux parties : l'impuissance — et la stérilité, — qu'il étudie d'abord chez l'homme, ensuite chez la femme. Il est important de ne pas confondre ces deux affections, qui sont tout à fait distinctes. Chez l'homme, l'impuissance se révèle par l'absence de désirs vénériens, par le défaut d'érection de la verge, par le manque d'éjaculation spermatique, par l'absence de plaisir au moment de cette évacuation. Chez la femme, elle est constituée par le manque de désirs vénériens, par la non-réception de la verge dans le vagin, par l'absence de plaisir. Telle est l'opinion de M. Roubaud, qui peut être vigoureusement attaquée, car on voit tous les jours des hommes dont l'érection est bien faible devenir *réellement* pères; on voit également des femmes froides concevoir aussi bien que les femmes passionnées. Il suffit que la liqueur fécondante soit portée sur les ovules; les fécondations artificielles le prouvent surabondamment.

On ne doit pas confondre l'impuissance avec la stérilité, qui est l'inaptitude à la procréation. On peut donc être impuissant sans être stérile, et réciproquement.

C'est là une question d'étude bien importante au point de vue moral, social et pathologique, à tel point que des gens étrangers à notre profession vont quelquefois faire l'école buissonnière dans le domaine de la médecine.

On peut être impuissant par cause morale, et c'est là une des conditions les plus fréquentes. La crainte d'être impuissant rend l'homme impuissant. Le plus souvent, l'impuissance a lieu par défaut d'énergie; quelquefois le contraire a lieu et le sperme est retenu par excès d'énergie dans l'érection. J'en ai communiqué un cas en 1864 à la Société de médecine pratique : c'est, je l'avoue, le seul cas d'aspermatisme par excès que j'aie observé depuis plus de vingt ans.

Platon, à la dernière page du *Timée*, dit que les dieux nous ont donné un membre inobédient et tyrannique. Quel médecin, en effet, après une dizaine d'années de pratique, n'a reçu de ces confidences dans lesquelles l'homme se plaint de l'inobédience ou de la tyrannie de cet organe, qui, comme dit Montaigne, forcène quand on n'en a que faire ou fault quand on en a besoin.

Un homme admirablement constitué, doué d'érections vigoureuses, peut être stérile selon qu'il y aura des troubles dans la sécrétion spermatique, ou dans l'excrétion. Chez la femme, il peut y avoir des troubles dans la réception spermatique par lésions, déplacements utérins, élongation du col, etc.

Un chapitre sur la fécondation artificielle termine le livre de M. Roubaud et reproduit les observations heureuses de *fécondation à domicile* pratiquées par différents médecins, à la tête desquels se place M. le docteur Girault.

Pour ma part, je ne me sens guère enthousiaste de semblables résultats.

Ne quittons point ce sujet sans dire quelques lignes d'un livre qui cotoie la médecine et touche à l'hygiène proprement dite et à l'hygiène morale. C'est l'*Histoire de la prostitution à Paris et à Londres de* 1789 *à* 1871, par M. Lecour, chef de division à la préfecture de police (1). Ce livre, conçu dans un autre plan que le livre de Parent Duchatelet, est plein de renseignements curieux pour le médecin et le moraliste sur ce mal nécessaire de la société. Cette plaie peut être envisagée sous le point de vue social, comme l'a fait Esquiros dans ses *Vierges folles*, ouvrage épuisé depuis longtemps, ou bien sous le point de vue médical et administratif, comme l'ont fait Parent-Duchatelet et Jeannel. Chez M. Lecour, l'administrateur l'emporte sur le médecin. Cela devait être, car la position qu'il occupe à la tête de la première division de la préfecture lui a facilité ses curieuses recherches. Son livre est un livre à lire : il contient tout ce que doivent savoir les hommes spéciaux, et est terminé par l'histoire de la prostitution à Paris pendant le siége et pendant la Commune. Il est curieux de savoir comment nos maîtres d'alors envisageaient ce *mal nécessaire* et comment ils prétendaient le réglementer.

Il faut encore signaler une nouvelle édition du *Traité élémentaire d'histologie* (2), de M. le docteur Fort. Cette édition n'a de commun avec la première que le titre, car elle est entièrement refondue. C'est un livre qui est appelé à un succès analogue aux autres publications de l'auteur.

La première partie, seule, vient de paraître. Elle contient l'histologie générale, c'est-à-dire l'étude des parties élémentaires et celle des tissus considérés d'une manière générale. On y trouve l'anato-

(1) Vogel, *Traité des maladies de l'enfance*, p. 476.

(2) *Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, et des moyens d'y remédier.* 1 vol. in-8. 2e édition, 1872; chez J. Baillière. Broché, 8 fr.

(1) 1 vol. in-12, chez Asselin, 4 fr. 50.

(2) 1 vol. in-8°, chez A. Delahaye : 14 fr. (Ouvrage complet.)

mie, la physiologie et la pathologie des cellules, puis celles des tissus, qui comprennent les systèmes épithélial, glandulaire, conjonctif, adipeux, fibreux, séreux, tendineux, élastique, cartilagineux, osseux, musculaire et nerveux. Cette première partie constitue la moitié de l'ouvrage et les figures y abondent, car il y en a presque autant que de pages.

La section troisième comprendra l'histologie des appareils et des organes en particulier et paraîtra prochainement. Nous pourrons alors revenir à nouveau sur ce livre éminemment classique et l'étudier d'une façon plus complète.

Terminons enfin cette excursion bibliographique en signalant la *Revue photographique* des hôpitaux de Paris (1), bulletin médical publié sous le patronage de l'Assistance publique, par MM. de Montméjà et Bourneville.

Cette revue mensuelle contient les observations et les conférences cliniques les plus curieuses des hôpitaux. Elle est rédigée avec soin, et chaque numéro est accompagné de plusieurs photographies représentant les cas les plus intéressants observés dans la pratique hospitalière. C'est là une heureuse innovation qui fonctionne depuis bientôt quatre ans, et qui est appelée à rendre des services à la science.

Dr A. Corlieu.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

125. Régnault. De la pathogénie des abcès de la jambe, et en particulier des abcès de la gaîne du jambier postérieur.
126. Lesbros. Étude sur les luxations ischio-pubiennes de cause traumatique.
127. Quéré. Quelques considérations sur le cancer primitif du foie.
128. Gillet. Quelques considérations sur le typhus de Riantec (Morbihan).
129. Lécuyer. Considérations sur les lipômes.
130. Reverchon. Essai sur le pied bot.
131. Durruty. Étude sur les insertions vicieuses du placenta.
132. Masselon. De l'amblyopie nicotique.
133. Bonneau. De la douleur dans les maladies du cœur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle en date du 21 mai dernier, M. le docteur Boudant, professeur à l'école de médecine de Clermont-Ferrand, et M. le docteur Selsis, médecin à Nérac, ont été nommés inspecteurs-adjoints de l'établissement thermal du Mont-Dore.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 7, juin à 3 heures et demie très-précises, au Palais du Luxembourg.

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance;

2° Communication de M. Peter sur la névralgie diaphragmatique;

3° Discussion sur la communication de M. Gillebert d'Hercourt touchant le danger des voyages entrepris immédiatement après le mariage;

4° Votes sur les candidatures de MM. Gillette et Blumenthal au titre de membres titulaires, et M. Hameau au titre de membre correspondant.

— Le docteur Garrigou-Desarènes recommencera le 8 juin sa clinique sur les maladies des oreilles à son dispensaire, 24, rue Serpente. — Examen clinique des malades les mardis et samedis, à midi.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Manuel de chirurgie anatomique, par W. Roser; professeur de chirurgie à l'université de Marbourg. 2e édition. Ouvrage traduit de l'allemand par les docteurs Culmann et Sengel (de Forbach), avec 90 figures intercalées dans le texte. La 1re édition française a paru sous le titre d'Éléments de pathologie chirurgicale spéciale et de médecine opératoire. — Prix : 12 francs.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ❄, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Météorologie et maladies régnantes observées à Perpignan pendant l'année 1869, par M. le docteur J. Fines. Brochure in-8° de 148 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Germer Baillière.

Les eaux minérales de la France mises en regard des eaux minérales de l'Allemagne, rapport présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris par M. le docteur Durand-Fardel. Brochure in-8° de 80 pages. — Prix : 1 fr. 50. — G. Baillière.

(1) Chez Adrien Delahaye, 20 fr. par an.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Leçon clinique sur les hémorrhoïdes uréthrales chez la femme et leur traitement (M. Richet). — De l'œsophagotomie externe (M. Terrier). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme l'annonçait samedi dernier M. le docteur Brochin, cher collaborateur avec lequel j'alterne tous les trimestres, mon tour est venu de reprendre le poste qui nous est commun.

Cette fois enfin, j'ai trouvé l'Académie engagée de nouveau dans une de ces discussions qui ont fait sa célébrité et auxquelles, on ne sait pourquoi, elle avait paru renoncer depuis quelques mois. Dans un feuilleton très-récent encore, le docteur Simplice accusait cette torpeur funeste qui, depuis la fin de la guerre, avait envahi notre Académie de médecine, et en même temps, dans son ensemble, notre journalisme médical.

Le réveil ne pouvait tarder.

Aucune raison sérieuse n'était intervenue pour motiver cette abdication de l'Académie et du journalisme; car c'est bien une abdication pour l'une et pour l'autre que de cesser d'explorer les voies du progrès scientifique et de ce mouvement qui n'est pas toujours le progrès.

La vulgarisation et la critique des idées nouvelles, soit en ce qui touche la théorie, soit en ce qui touche la pratique, voilà ce qui est toujours le fond des discussions académiques comme de nos premiers-Paris; mais l'Académie a cet avantage, qu'elle y mêle plus de passion.

Grâce à Dieu, ce n'est point un corps autoritaire ou traditionnaliste. Le grand nombre de ses membres et la diversité de leurs études ou de leurs tendances, y font trouver des avocats, aussi bien que des adversaires, pour toute espèce de nouveautés, françaises ou non. Les questions à l'ordre du jour s'y doublent le plus souvent de questions de personnes, qui les compliquent bien un peu, mais qui ont du moins l'avantage d'animer au plus haut degré les orateurs, de leur faire chercher avec soin tous les arguments pour leur cause, et d'influer par conséquent sur l'habileté et l'éloquence qu'on admire dans quelques-uns. Quand la lutte a été brillante, elle n'est pas sans profit pour le corps médical : bien des préjugés traditionnels rapportés des bancs de l'école, et qui semblaient indiscutables à la plupart des praticiens, sont ainsi sortis de leurs esprits quand ils ont vu ceux de leurs maîtres qui avaient les mêmes préjugés ne pas convaincre leurs collègues en les défendant devant eux.

En sera-t-il de même en ce qui touche les opérations dont on discute en ce moment les avantages et les dangers en cas d'empyème purulent ?

Plusieurs chirurgiens du plus haut mérite ont professé pour l'incision d'un des espaces intercostaux, sur une longueur de quelques centimètres, dans la suppuration de la plèvre, une répulsion qui, je le reconnais, n'était pas purement instinctive, mais qu'avaient motivé d'anciennes statistiques.

On avait bâti toute une théorie sur la nocuité que devait avoir l'air mis en contact avec la plèvre, alors même qu'elle suppurait depuis longtemps.

Pourtant, des cas de guérisons incontestables avaient eu lieu après le passage d'un drain par une double plaie, qui laissait à la fois entrer l'air et sortir le pus : et cela sous les yeux de ces grands adversaires de l'incision.

Ils distinguèrent alors l'incision et le drainage comme deux méthodes qui n'avaient pas d'analogie.

L'air introduit par l'incision pure et simple causait la mort ; mais, introduit par le drainage, il demeurait à peu près innocent.

Cette théorie ne m'avait jamais paru lumineuse, même quand je l'entendis émettre par un professeur aussi justement estimé que M. Richet. Un commencement de controverse sur ce sujet eut lieu, l'année dernière, entre M. Richet et moi. La nouvelle leçon, dans laquelle il répondait à mes objections et insistait sur les dangers de l'incision et l'innocuité du drainage a été publiée par nous. Ainsi, cette question n'est pas nouvelle pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ; mais pour que la passion s'en mêlât, il fallait l'intervention active de M. Chassaignac dans un débat académique.

M. Chassaignac est le père de la méthode du drainage; aussi veut-il difficilement admettre que l'empyème puisse être guéri par incision. Les observations de ce genre lui paraissent toutes entachées de quelque vice. Telle est la pensée qui résume ce qu'il a dit hier dans un troisième discours, qu'il doit achever mardi prochain.

Avant lui, M. Hérard avait pris la parole pour rappeler que maintenant on peut utilement intervenir, dans beaucoup de cas, par des moyens moins radicaux que l'incision ou le drainage. Ceci ne fait pas l'ombre d'un doute. Toute la question est de savoir si l'incision est essentiellement différente du drainage et si elle doit être rejetée absolument comme toujours funeste, ou s'il faut l'accepter comme dernière ressource. Nos correspondants nous ont envoyé sur ce sujet plusieurs observations qui contribueront à l'élucider.

Quant aux très-petits épanchements non purulents qui furent l'objet de la première communication de M. Béhier, on n'en parle plus.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Leçon clinique sur les hémorroïdes uréthrales chez la femme et leur traitement (1).

(Recueillie par M. Filhol, interne du service.)

Qu'elle est l'étiologie de cette affection ?

Les femmes sont plus que nous soumises à l'obligation de conserver longtemps leurs urines. Leur vessie est par suite fréquemment distendue; les plexus veineux du col sont comprimés, ainsi que les veines qui viennent s'y rendre, d'où la difficulté souvent très-grande du retour du sang veineux de la membrane muqueuse et des parois du canal uréthral. Mais il y a d'autres causes encore de ce retard dans la circulation des veines uréthrales, et une des plus importantes à noter est la fréquence de l'antéflexion de l'utérus, qui est, comme nous l'avons dit tout à l'heure, la position presque normale de l'utérus. Cette position s'exagère souvent par engorgement de l'organe, et cette pression de l'utérus s'ajoute alors à la distension de la vessie pour gêner la circulation en retour. Enfin, l'une des causes les plus importantes est l'état de grossesse, ou bien la présence d'un de ces myomes utérins si fréquents chez les femmes qui ont passé l'âge de 30 ans. En effet, durant l'état de gravidité de l'utérus, et surtout pendant les premiers mois de la grossesse, les femmes sont prises de fréquents besoins d'uriner, et la pression que supporte le plexus vésical se traduit par cette coloration ardoisée du vagin, due à la stase veineuse, coloration bleuâtre qui est regardée, à juste titre, par les accoucheurs, comme un des bons signes de la grossesse.

Chez cette femme, il n'y a pas eu de grossesse, il n'y a pas de tumeur fibroïde ; il n'y a qu'un peu d'antéversion de l'utérus et une rétention d'urine, dont la cause nous est inconnue. L'étiologie de son affection ne peut donc être attribuée qu'à la rétention volontaire d'urine qu'occasionnent les exigences sociales.

Je reviens à la symptomatologie de ces hémorrhoïdes uréthrales, ainsi que je les ai appelées. Lorsqu'elles sont arrivées à un certain degré, elles s'ulcèrent comme les hémorrhoïdes rectales, et alors les douleurs commencent à apparaître. Les douleurs sont vives et s'exaspèrent par le contact de l'urine; elles amènent des contractions de l'urèthre, et, au bout d'un certain temps, une contraction spasmodique du sphincter uréthral. Il se passe là exactement ce que l'on observe pour les hémorrhoïdes anales ulcérées, lesquelles déterminent à peu près constamment une contraction du sphincter anal.

J'ai huit observations de ces affections uréthrales, et dans ces huit cas, il y a eu constamment cette contracture du sphincter uréthral.

Après tout ce que je viens de dire, nous arrivons à faire un peu la lumière sur cette affection mal connue, et à voir qu'en se bornant comme traitement à l'excision de ces végétations, on ne peut espérer guérir radicalement les malades. Que voulez-vous que fassent ces excisions ? Elles ne suffisent certainement pas à faire disparaître le rétrécissement spasmodique ou organique du canal de l'urèthre. Il fallait donc chercher un mode de traitement qui fût en rapport avec ces lésions compliquées.

Comme tous les chirurgiens, j'avais commencé par exciser ces polypes après les avoir amenés au dehors. Je voyais bien qu'ils n'étaient pas pédiculés, mais je ne comprenais pas ce que pouvaient signifier ces végétations dont était hérissée la muqueuse uréthrale, et dont j'enlevais des bandes longitudinales, en même temps que les soi-disant polypes.

Je croyais guérir les malades et je ne faisais le plus souvent que les soulager momentanément. Plus tard, en m'apercevant qu'il existait chez celles qui revenaient me voir un rétrécissement du canal de l'urèthre, je crus que c'était moi qui l'avais fait naître par mon opération. Et dans le cas qui nous occupe, on pourrait peut-être dire que l'opération qu'a subie il y a quelque temps la malade, a déterminé le rétrécissement que nous notons aujourd'hui. Mais si l'on veut bien remarquer que, chez les huit malades que j'ai observés depuis que je connais mieux cette affection, j'ai constamment trouvé, avant toute opération, ce même rétrécissement siégeant au même niveau ; et si l'on veut bien se rappeler que cette malade avait été atteinte, avant toute opération, de rétention d'urine ayant duré jusqu'à trois jours, on ne conservera plus de doute sur l'antériorité du rétrécissement à l'excision des végétations faites à l'hôpital Saint-Louis.

Si donc l'excision est insuffisante, il faut recourir à d'autres moyens, et nous en avons deux : l'uréthrotomie et la dilatation. Par ces deux moyens, j'ai guéri jusqu'ici toutes mes malades, et cela ne doit pas surprendre, lorsque l'on songe que bon nombre de malades ayant des hémorroïdes anales avec contraction du sphincter, voient les douleurs céder à la dilatation pure et simple.

C'est à ce procédé que je vais avoir ici recours, comme offrant moins de dangers que l'incision uréthrale, qui cependant m'a bien réussi et n'a point amené d'accidents. Voici comment je vais procéder à cette dilatation :

J'ai l'habitude de me servir d'un petit dilatateur, qui n'est autre que le dilatateur prépucial de Thibault pour le phymosis. Cet instrument qui, à mon avis, n'est pas bon pour l'opération à laquelle son inventeur le destinait, est excellent pour le cas qui nous occupe.

Voici de quelle manière je vais procéder. Cet instrument, comme le lithotome de Frère Côme, est pourvue d'une vis qui permet de l'arrêter au point où on veut porter la dilatation. Ici, je désire aller un peu au delà du calibre normal de l'urèthre. Cette précaution prise, j'introduis l'instrument fermé dans le canal, je l'ouvre et je le ramène lentement au dehors. Cette dilatation forcée suffira certainement pour rendre au canal de l'urèthre son amplitude primitive et même au delà. Alors profitant de la possibilité de pouvoir écarter les lèvres du méat, et par conséquent de mieux apprécier la profondeur à laquelle s'enfoncent les végétations, avec des pinces à griffes je saisirai ces replis muqueux vasculaires, et j'enlèverai deux ou trois bandes de muqueuse sur la circonférence ; j'obtiendrai ainsi le retrait de l'urèthre. Tel est le procédé dont je me sers toujours maintenant et qui constamment m'a donné d'excellents résultats. Vous allez me le voir mettre en pratique.

DE L'ŒSOPHAGOTOMIE EXTERNE

Par M. le Dr F. Terrier (1)

Ancien interne lauréat des hôpitaux.

Conclusions. — 1. L'œsophagotomie externe, abandonnée dans ces

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) In-8°. — Prix : 3 fr. 50.

dernières années, au moins en France, est une opération qui mérite cependant de fixer l'attention des chirurgiens.

2. Elle peut être faite dans deux circonstances, soit pour retirer des corps étrangers arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien, soit pour traiter les rétrécissements du même conduit.

3. Les corps étrangers irréguliers, et en particulier les os, arrêtés dans le conduit pharyngo-œsophagien, nécessitent plus que tous les autres l'œsophagotomie externe.

4. Les tentatives de propulsion ou d'extraction de ces corps doivent être faites avec beaucoup de ménagements, afin de ne pas léser les tuniques des premières voies digestives.

5. On doit proscrire l'emploi des vomitifs, qui épuisent le malade et facilitent l'enclavement du corps étranger.

6. Lorsque le corps étranger ne peut être extrait par la bouche ou refoulé dans l'estomac, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'œsophagotomie externe, si surtout le corps arrêté dans le conduit œsophagien y séjourne depuis quelques jours.

7. Plutôt sera faite l'opération, plus les chances de guérison seront grandes.

8. Dans les rétrécissements de l'œsophage, l'opération peut être palliative ou curative.

9. Lorsqu'il existe un rétrécissement cancéreux infranchissable ou presque infranchissable, de la partie supérieure du conduit œsophagien, on peut ouvrir l'œsophage au-dessous du point rétréci pour alimenter les malades et les empêcher de mourir d'inanition.

10. Quand un rétrécissement inflammatoire ou cicatriciel est situé dans la portion cervicale, ou tout à fait à la partie supérieure de la portion thoracique de l'œsophage, que ce rétrécissement est infranchissable ou très-difficile à franchir, l'œsophagotomie externe est parfaitement autorisée, comme opération palliative ou curative.

11. Dans ce dernier cas, l'ouverture de l'œsophage peut être faite, soit au niveau même du rétrécissement qui est alors sectionné de dehors en dedans, soit au-dessus de lui.

12. La section directe du rétrécissement est tout à fait exceptionnelle jusqu'ici; mais rien ne prouve que ce soit une mauvaise opération.

13. L'ouverture du conduit pharyngo-œsophagien doit être faite de préférence au-dessus du rétrécissement, à cause de la plus grande facilité de l'opération, et de la possibilité de dilater assez vite le point coarcté.

14. Enfin, ne pourrait-on associer l'œsophagotomie externe à l'œsophagotomie interne lors de rétrécissements siégeant à la fois dans la portion cervicale et dans la portion thoracique de l'œsophage?

15. L'opération de l'œsophagotomie externe offre bien moins de gravité qu'on ne pense généralement; et contrairement à ce qu'on en a dit, elle nous semble entraîner plus d'accidents chez les animaux, et surtout chez les ruminants, que chez l'homme.

16. Le manuel opératoire de l'œsophagotomie externe n'est pas extrêmement difficile, au moins dans le plus grand nombre des cas.

17. Sauf quelques circonstances exceptionnelles, il existe un *lieu d'élection* pour pratiquer l'œsophagotomie externe.

18. De même que pour l'uréthrotomie externe, l'œsophagotomie externe peut être exécutée *avec* ou *sans conducteur*.

19. L'œsophagotomie externe avec conducteur doit être faite toutes les fois qu'il est possible d'introduire une sonde dans le canal pharyngo-œsophagien, ce qui permet d'en faire saillir la paroi latérale du côté de la plaie du cou.

20. L'œsophagotomie externe sans conducteur, dont les premiers temps sont tout à fait analogues à ceux de l'œsophagotomie avec conducteur, est indiquée dans un certain nombre de cas, et en particulier dans les rétrécissements cancéreux infranchissables de la partie supérieure de l'œsophage.

21. Le dernier temps de cette opération est parfois assez pénible, vu la difficulté qu'on peut éprouver à découvrir le conduit pharyngo-œsophagien caché derrière le larynx et la trachée.

22. Les soins consécutifs à l'opération varient beaucoup, selon le but que le chirurgien s'est proposé d'atteindre.

23. A-t-on enlevé un corps étranger, il faut faciliter la cicatrisation des parties, et empêcher autant que possible l'issue des matières ingérées, par la plaie de l'œsophage.

24. Cette indication peut être remplie, pensons nous, par la suture de la muqueuse œsophagienne.

25. Lors de rétrécissements cancéreux, il faut au contraire laisser l'ouverture œsophagienne béante et combattre son rétrécissement incessant par le cathétérisme ou l'usage d'un tube à demeure.

26. Le rétrécissement inflammatoire doit être dilaté, et dès qu'on est parvenu à un certain résultat, il faut fermer la plaie œsophagienne et continuer la dilatation par les voies supérieures.

27. Les accidents consécutifs à l'opération de l'œsophagotomie externe sont exceptionnels au moins d'après les faits publiés. Rien ne prouve qu'il se fasse ultérieurement un rétrécissement de l'œsophage au point où celui-ci a été sectionné.

28. Sauf des indications exceptionnelles, les opérés ne devront pas être soumis à une diète absolue. Il faut essayer, au moins dans les premiers jours qui suivent l'opération, de les alimenter avec une sonde œsophagienne d'un calibre modéré, et ne leur permettre d'avaler des liquides qu'en petites quantités.

29. Grâce à l'emploi de la suture de la muqueuse, on pourra peut-être se dispenser du cathétérisme et alimenter tout de suite les malades, tout en prenant d'ailleurs de grandes précautions.

30. Nous croyons que dans tous les cas il est absolument contre-indiqué de réunir les lèvres de la solution de continuité des parties molles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un exemplaire du 1er volume du *Recueil du Comité consultatif d'hygiène publique de France.*

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Desormaux et Ulysse Trélat, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Des lettres de MM. les docteurs Lagneau, Hillairet et Lunier, qui se présentent comme candidats à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale;

3° Une lettre de M. le docteur Crocq (de Bruxelles) qui sollicite le titre de membre correspondant.

M. Béclard présente : 1° une nouvelle seringue naso-œsophagienne, exécutée par M. Mathieu, sur les indications de M. le docteur Fauvel;

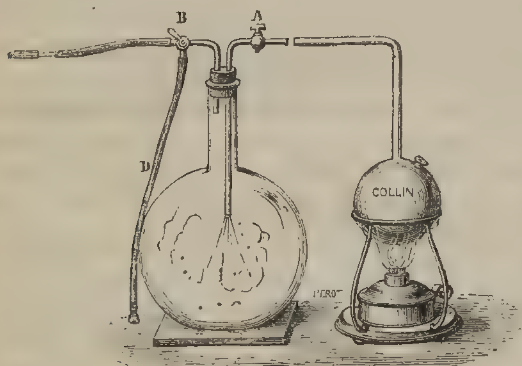
2° Différents appareils aspirateurs imaginés par M. le docteur Fleuret (de Mâcon).

1er procédé. — Appareil aspirateur à vapeur. — A un petit récipient métallique sphérique muni d'une soupape de sûreté, s'adapte un tube de cuivre mobile par un pas-de-vis, et recourbé horizontalement. Le nez d'un robinet A vient s'y ajuster à volonté. Ce robinet est soudé à un tube recourbé, dont la partie verticale pénètre à travers un bouchon de caoutchouc qui ferme un récipient en verre. Dans l'autre trou du bouchon, pénètre verticalement la branche horizontale d'un robinet à trois branches, coudée à cet effet. La clef de ce robinet ne peut effectuer qu'un tiers de circonférence de rotation. Quand elle se trouve placée horizontalement, elle sert à l'aspiration directe; quand elle est verticalement dirigée, elle sert à l'aspiration par le siphon D. L'appareil est fermé dans toutes les autres positions intermédiaires possibles. En un mot, le

courant s'établit toujours dans le sens de la branche à laquelle la clef est parallèle.

J'introduis alors de l'eau dans le récipient métallique par la petite soupape de sûreté, j'ouvre les robinets, et je chauffe au moyen d'une lampe à alcool mobile sur un petit plateau. Bientôt, un courant de vapeur s'établit dans l'appareil et sort par la branche horizontale du robinet B ouverte à cet effet; je ferme alors successivement les robinets B et A, puis je retire mon ballon de verre, où j'ai alors le vide par la condensation de la vapeur d'eau.

J'ai amorcé le siphon en remplissant d'eau le tube D et le fixant plein d'eau à la branche verticale du robinet B, et je puis faire à volonté l'aspiration directe, ou l'aspiration par le siphon, par la rotation de la clef du robinet B.



Voici maintenant les avantages de cet appareil :

1° Les ballons graduellement échauffés par la vapeur ne cassent plus comme lorsqu'ils sont chauffés à feu nu.

2° On peut employer un récipient quelconque autre que ballon ou matras, seuls possibles dans le chauffage direct. On peut prendre un flacon, une bouteille; cependant l'opération devient d'autant plus longue que la masse de verre à échauffer est plus considérable.

3° Quelle que soit la marche de l'opération, que l'on oublie d'ouvrir le robinet, ou que le robinet s'égayant par la chaleur se soit fermé de lui-même sans qu'on y prenne garde, la disparition du générateur de vapeur met à l'abri de toute explosion du ballon.

Ce nouvel appareil, d'une très-petite dimension, fort élégamment installé par M. Colin, sur le modèle primitif que j'avais construit moi-même, ne se dérange point comme les pompes de toutes sortes lorsqu'elles restent longtemps sans servir, et par cela même qu'il est toujours prêt à fonctionner, il est appelé à rendre de véritables services aux praticiens de la province, éloignés de nos grands fabricants d'instruments.

L'opération, à l'aide de cet appareil, est plus rapide que lorsque l'on chauffe directement l'eau dans le ballon : 1° parce que l'on porte à l'ébullition une quantité moindre d'eau, deux à trois cuillerées, et 2° parce que l'on peut chauffer immédiatement très-fortement, n'étant pas obligé de prendre des précautions pour tâcher d'éviter de casser son ballon.

On peut adapter au tube du siphon un deuxième ballon préparé, et avoir ainsi une nouvelle aspiration directe.

On peut utiliser le petit générateur de vapeur, et, à l'aide d'ajutages très-simples, on peut remplir d'autres indications, suivant le désir de chacun (douches oculaires, fumigations, pulvérisations).

Dans les deuxième et troisième procédés, le vide est effectué à l'aide de combinaisons chimiques.

M. LARREY présente : 1° Une série d'observations de clinique chirurgicale, par M. le docteur Larghy (de Verceil);

2° Un exemplaire du discours prononcé par M. le docteur Joly, à l'occasion de l'inauguration du buste de Delpech, à Toulouse.

M. BROCA met sous les yeux de l'Académie un appareil imaginé par M. le docteur Michel, et destiné à remplacer la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

M. BOUDET dépose sur le bureau : 1° Un mémoire manuscrit sur un nouveau procédé de fabrication des granules médicamenteux imaginé par M. Adrian, pharmacien à Paris;

2° Une note de M. le docteur Cressant, de Guéret (Creuse), en réponse aux questions que lui avait adressées M. Boudet sur les conditions particulières de nourrissage et d'éducation des enfants en bas-âge, dans le département de la Creuse ;

3° Une brochure de M. le docteur Monot (de Montrouge), sur la mortalité des enfants durant le premier âge ;

4° Un discours sur l'*amour maternel*, prononcé à la séance publique annuelle de la Société protectrice de l'enfance, de Lyon, par M. le docteur Brochard ;

5° Un exemplaire du compte rendu de cette séance.

M. BÉCLARD. J'ai l'honneur de déposer sur le bureau de l'Académie un ouvrage de M. le docteur Édouard Fournié, médecin à l'Institut des sourds-muets intitulé : *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal.* L'auteur a cherché à démontrer que la physiologie *expérimentale* n'est pas toute la physiologie. Sous le prétexte que la physiologie du système nerveux est tout entière circonscrite dans le champ de l'expérienee du laboratoire, on a, dit l'auteur, laissé aux métaphysiciens le soin d'écrire les plus belles pages de la science de l'homme.

Jamais, dit M. Fournié, les vivisections et les procédés de la médecine expérimentale ne nous dévoileront le mécanisme de la parole et de la pensée.

D'un autre côté, la méthode psychologique des métaphysiciens est également impuissante. Le temps est donc venu, dit M. Fournié, d'arracher la physiologie du cerveau à l'exclusivisme de la méthode expérimentale aussi bien qu'à l'incapacité de la méthode psychologique.

La méthode, M. Fournié la résume en ces termes : observation analytique et synthétique des faits naturels, des faits pathologiques et des faits de l'expérimentation, unie à l'ensemble des procédés logiques de l'esprit.

L'auteur reconnaît, dans les organes, deux ordres de mouvements : les uns se rattachent à la vie organique, les autres à la vie fonctionnelle. Cette distinction, qui n'est pas précisément celle de Bichat, a conduit l'auteur à une foule d'aperçus nouveaux en ce qui concerne le système nerveux. C'est ainsi qu'il s'est efforcé de déterminer le nombre, la nature et le mécanisme des fonctions du cerveau d'après un procédé analogue à celui que l'on emploie dans l'étude physiologique des autres organes.

Ce livre se recommande à l'attention de tous ceux qui s'occupent des hautes questions de notre science.

COMMUNICATION

Note sur une tumeur érectile de l'intestin. — M. le docteur Laboulbène rappelle que les tumeurs érectiles ont été observées sur presque tous les points de la peau, sur les orifices des membranes muqueuses et dans plusieurs viscères; mais on n'a publié, dit-il, aucun exemple de tumeur érectile de l'estomac ou de l'intestin. C'est pour mettre hors de doute l'existence des tumeurs érectiles dans le tube intestinal qu'il présente ce travail à l'Académie.

X..., âgé de 74 ans, n'offrant ni maladies diathésiques, ni infirmités, avait rendu des garderobes noires, sans présenter les signes d'une maladie de l'estomac; il avait aussi vomi du sang noirâtre et en partie coagulé. A la suite de ces accidents observés avec soin, l'attention était dirigée sur la possibilité d'une lésion stomacale, soit cancer, soit ulcère simple; mais, après avoir interrogé le malade sur tous les points qui pouvaient éclairer le diagnostic, après avoir passé en revue les commémoratifs, l'hérédité, etc., on n'arrivait pas à conclure avec certitude. En effet, il n'existait pas de tumeur appréciable dans l'abdomen, ni aucun signe de maladie du foie; le doigt passé dans le rectum n'indiquait rien d'insolite. Les organes thoraciques, poumons et cœur, fonctionnaient bien; les urines ne renfermaient ni albumine, ni glucose.

Les symptômes, d'autre part, n'étaient point nettement ceux

d'une maladie stomacale, avec digestions troublées, gastralgies opiniâtres, etc.

Le diagnostic porté par M. Laboulbène fut celui d'une *lésion ulcéreuse du duodénum*, rendant compte du sang rejeté plusieurs fois par l'intestin, et plus rarement par l'estomac.

Le malade succomba en quelques heures, après avoir présenté les signes d'une hémorrhagie interne.

L'autopsie, pratiquée avec grand soin, permit de constater l'intégrité parfaite, relativement à l'âge du malade, de la presque totalité des organes thoraciques et abdominaux. Un seul endroit du duodénum était lésé. On trouvait, plus bas que l'orifice des canaux cholédoque et pancréatique, une petite tumeur oblongue, du volume d'une amande, dirigée dans le sens de la longueur de l'intestin. La saillie formée par la production morbide était bien visible sur l'intestin lavé et débarrassé du sang qui le remplissait.

Examinée sous l'eau, la muqueuse recouvrant la tuméfaction montrait une petite ouverture ulcérée, à bords frangés et d'un brun rougeâtre. M. Laboulbène reconnut que c'était par cet endroit que le sang s'était écoulé en dernier lieu. Deux autres points noirâtres paraissaient former les anciens orifices d'érosions déjà réparées et par lesquelles d'autres hémorrhagies avaient dû s'effectuer.

La tumeur incisée montrait un tissu assez mou et comme feutré; une partie lavée et malaxée entre les doigts est devenue d'un gris rougeâtre; la muqueuse pigmentée est amincie sur plusieurs points. Du reste, la tumeur a envahi toute la profondeur de la muqueuse et adhère aux membranes intestinales; le péritoine et les fibres musculaires sont reconnaissables. Il n'existe pas de membrane d'enveloppe autour de la tumeur.

La masse est formée par des vaisseaux capillaires de volume variable, depuis 1 centième jusqu'à 2 dixièmes de millimètre. Les parois de ces vaisseaux sont limitées par un double contour et pourvues de noyaux nombreux. Les vaisseaux capillaires sont dilatés en beaucoup d'endroits : tantôt la dilatation est uniforme, tantôt elle est latérale, ressemblant à une varicosité ou à un bourgeonnement. Plusieurs vaisseaux sont remplis de granulations moléculaires brunâtres, d'autres sont rétrécis, d'autres enfin paraissent communiquer avec des intervalles remplis de globules sanguins, à la suite de rupture.

Les capillaires *flexueux, dilatés et anastomosés*, circonscrivent des mailles qui ne renferment ni éléments spéciaux, ni graisse. On n'y trouve que des fibres du tissu conjonctif, quelques fibres élastiques et des noyaux embryoplastiques. Le tout est recouvert par les éléments de la muqueuse duodénale, dont les vaisseaux superficiels étaient eux-mêmes dilatés.

M. Laboulbène admet que cette tumeur, composée presque uniquement de vaisseaux capillaires anormaux, atteints d'ectasie ou de dilatation, soit partielle et latérale, soit régulière, avec les parois altérées, parfois rompues, est une tumeur érectile, télangiectasie ou angiôme. C'est une production morbide constituée par la formation anormale et le développement de vaisseaux capillaires du réseau profond de la muqueuse duodénale, et ne renfermant dans ses mailles que les éléments ordinaires de la région.

Ayant déjà observé à plusieurs reprises des *nœvi* et des tumeurs érectiles, depuis le moment où il passa sa thèse sur ce sujet (*Thèses de Paris*, 1854, nº 38), M. Laboulbène a recherché si dans quelque point de la tumeur il y aurait de petits kystes résultant de l'oblitération des vaisseaux sur plusieurs points, avec dilatation arrondie sur d'autres. Il n'a rien trouvé de semblable.

Le siége de la lésion avait été pressenti par l'étude des symptômes, et le diagnostic se rapprochait extrêmement de la vérité, puisqu'il existait une tumeur duodénale spontanément ulcérée.

Les conclusions de l'auteur, en l'absence d'exemples analogues, se bornent aux suivantes :

1º Les tumeurs érectiles (angiômes) existent dans le tube intestinal comme à la surface du tégument externe;

2º Ces tumeurs se développent dans la muqueuse de l'intestin;

3º Elles peuvent donner lieu à des hémorrhagies mortelles.

Suite de la discussion sur la thoracentèse.

M. HÉRARD. On est maintenant convaincu de la nécessité d'une intervention chirurgicale dans les pleurésies purulentes, et on n'hésite pas à agir dès que l'on acquiert la conviction que la plèvre est pleine de pus. Mais il n'en fut pas toujours ainsi. Autrefois on n'intervenait que le plus tard possible, car on n'espérait guère de succès. De là les statistiques désastreuses de Dupuytren, Astley Cooper, etc. Aujourd'hui, il faut espérer qu'on ne verra plus des épanchements purulents séjourner pendant des mois ou des années dans une plèvre. Mais si tout le monde est d'accord sur l'urgence d'évacuer le pus, si nul ne croit plus que de lui même, il puisse disparaître de la plèvre par résolution naturelle, on ne s'entend plus aussi bien sur le mode de procéder.

Faut-il préférer l'incision ou le drainage? Faut-il recourir dès le début à l'une ou à l'autre de ces opérations?

Je ne le crois pas, et pour ma part, je préfère toujours commencer par la ponction.

Souvent une simple ponction suffira pour produire la guérison d'épanchements purulents aigus, tels que ceux qui se manifestent à la suite de la rougeole, de la scarlatine, etc. J'ai vu un cas remarquable de ce genre chez un malade atteint de pleurésie après une attaque de choléra.

M. Chassaignac a prétendu que l'on ne pouvait pas évacuer tout le pus à cause de la configuration anfractueuse de la plèvre; mais les faits de guérison de pleurésie purulente par une ponction unique prouvent suffisamment que la plèvre peut être parfaitement vidée en une seule fois, ce que rend facile l'ampliation pulmonaire.

Maintenant, peut-on espérer, lorsque le pus se reproduit, le tarir par des ponctions réitérées jusqu'à complet épuisement? Lorsque ces ponctions se faisaient avec des trocarts ordinaires, le chiffre des revers dépassait tellement le chiffre des succès que la plupart des médecins avaient renoncé à cette pratique.

D'ailleurs, il n'était pas facile de renouveler cette ponction souvent avec l'assentiment du malade. C'était pour lui une opération qui l'effrayait, et, dans tous les cas, on voyait bientôt une fistule s'établir sur un des points ponctionnés.

Or, c'est en cela que consiste le mérite des nouveaux appareils. Ils permettent de se servir de très-petits trocarts qui sont bien supportés par les malades et ne causent pas de fistules. Ils permettent donc de renouveler indéfiniment la ponction. Ceci est bien plus important que l'aspiration en elle-même.

Aussi M. Bouchut a-t-il pu répéter trente-trois fois la thoracentèse et guérir son malade à l'aide d'un aspirateur Dieulafoy.

M. Bucquoy a aussi obtenu une guérison par dix-huit piqûres.

Il y a donc là un progrès considérable; mais je crois, pour ma part, qu'il ne faut pas s'en tenir à la simple ponction.

Après la ponction, je pratique des injections de teinture d'iode. Ordinairement, je me sers du mélange suivant :

Teinture d'iode............	*Quarante* grammes.
Iodure de potassium.......	*Deux* grammes.
Eau......................	*Cent* grammes.

Et ce mélange une fois injecté, je le laisse en contact avec la plèvre; et je fais exécuter au malade divers mouvements ayant pour but de mettre le liquide en contact avec toute la surface pleurale. Cette surface est loin d'être alors dans le même état que lorsqu'elle est saine. Aussi l'introduction de cette quantité notable de teinture d'*iode* ne provoque-t-elle généralement aucun accident. — Un peu de fièvre, un peu de douleur, et c'est tout.

Le premier malade que je traitai par cette méthode était atteint de pleurésie suppurée depuis deux mois, il y a de cela quatre ans. En outre, il était affecté de bronchite capillaire, et lorsque je fus appelé chez lui, rue Drouot, il était au plus mal. Je lui fis une première ponction, qui amena l'évacuation de 3 litres de pus; puis j'injectai la teinture d'iode. L'amélioration fut immédiate, mais l'épanchement se reproduisit, et je dus faire une nouvelle ponction

après peu de jours; bref, j'eus à faire quatre ponctions et quatre injections de teinture d'iode avant que le malade ne se rétablit. Mais la guérison fut complète après quatre mois.

Je laisse toujours dans la plèvre l'iode injectée. D'autres ont fait de même, quelques-uns involontairement, parce qu'ils n'avaient pu faire écouler le liquide qu'ils avaient introduit; d'autres volontairement, parmi lesquels Aran qui a obtenu deux guérisons en injectant le mélange de :

Teinture d'iode.......... *cinquante* grammes.
Iodure de potassium........ *cinq* —
Eau.................... *cent* —

Ma manière de faire est fondée sur deux principes :

1° Évacuation du pus au fur et à mesure de sa production;

2° Modification incessante de la surface suppurante à l'aide de l'iode qu'on y laisse en contact.

Quant à l'incision, elle peut être utile tout aussi bien que le drainage. Si nos collègues qui la combattent, au lieu de s'en référer purement et simplement aux statistiques anciennes, avaient lu les travaux modernes, les observations publiées par Moutard-Martin, Siredey, etc., etc., ils s'en seraient bien vite convaincus. Dans certains cas, c'est la seule méthode qui puisse amener à la guérison. Mais inciser sur une longueur de 6 à 7 centimètres un espace intercostal, c'est là, pour un médecin, une véritable opération chirurgicale, et le plus souvent ce ne sont point des chirurgiens qui ont à traiter des pleurésies.

Le drainage n'est pas exempt d'inconvénients et de difficultés, surtout quand il s'agit de la contre-ouverture qui doit permettre de ramener le drain d'avant en arrière. On peut alors blesser l'artère intercostale, qui n'est pas protégée par le rebord des côtes. En outre, le drainage entraîne la présence d'un tube pendant des mois entiers, et la continuation de pansements très-pénibles pour le malade. Le pus qui coule, souvent fétide, peut amener par sa présence des rougeurs, des érysipèles et des phlébites. Enfin par les deux ouvertures l'air, pénétrant librement dans la plèvre, gêne dans une certaine mesure cette ampliation pulmonaire qui est indispensable pour amener la guérison.

M. CHASSAIGNAC commence un discours, dont la suite est remise à la prochaine séance, vu l'heure avancée.

La séance est levée à cinq heures et quart.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 15 mars 1872. — Présidence de M. LÉON GROS.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée contient un numéro du *Marseille médical*.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. le docteur Reliquet, qui demande, à l'appui de sa candidature, à faire une lecture dans une des prochaines séances.

Durée de la paralysie générale. — M. FOVILLE. A l'occasion du procès-verbal, je demanderai à dire quelques mots, non pour reprendre la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance entre MM. Perrin, d'une part, Voisin, Motet et Lunier de l'autre, sur la durée relative de la paralysie générale, suivant que les malades sont soignés dans les asiles d'aliénés ou dans leur familles, mais pour faire connaître à la Société quelques chiffres encore inédits qui me paraissent devoir mettre fin à toute discussion en tranchant la question d'une manière péremptoire.

Tout le monde s'accorde aujourd'hui, du moins je le pense, pour reconnaître que les premiers auteurs qui ont décrit la paralysie générale lui ont attribué une durée trop courte. Cela doit tenir en partie à ce que l'on est progressivement arrivé, par une étude plus approfondie des premiers symptômes de cette maladie, à en reconnaître l'existence à une époque plus rapprochée de son début; en partie à ce que, la reconnaissant plus tôt et la connaissant mieux, on peut instituer un traitement plus rationnel et prolonger davantage l'existence des malades.

Toujours est-il que, en 1825, Bayle fixait la durée de la paralysie générale à dix mois; en 1826, M. Calmeil lui en attribuait treize. En 1841, Parchappe a publié, dans son *Traité de la Folie*, le résumé de 70 observations de paralysie générale chez des hommes. La durée moyenne de la maladie était d'un an, sept mois, deux jours.

L'année dernière, j'ai fait, de mon côté, le relevé de la durée de la maladie sur 100 hommes décédés à Charenton par suite de paralysie générale, pendant les années 1868, 1869, 1870. Je n'ai pris que les cas sur lesquels j'avais des renseignements suffisants pour apprécier, avec une exactitude assez rigoureuse, l'époque à laquelle l'existence de la maladie avait été bien manifeste, sans y comprendre la période des prodromes, beaucoup plus longue et moins bien caractérisée.

Je suis arrivé à trouver que, pour ces 100 paralytiques hommes, la durée moyenne de la maladie avait été de deux ans trois mois et vingt et un jours; soit huit mois et dix-neuf jours de plus que Parchappe; les durées extrêmes ont été quinze jours et huit ans.

Voulant ensuite me rendre compte de l'influence du maintien dans les familles, ou du placement dans l'asile, sur la durée de l'affection, j'ai admis que toutes les fois que le malade était mort très-peu de temps après son admission à l'Asile, c'est-à-dire dans le premier mois de son séjour, on pouvait considérer la maladie comme ayant suivi ses périodes successives dans la famille, puisque le malade n'en était sorti qu'*in extremis* ou très-près de l'accident final. Et, en effet, j'ai constaté, comme l'avait déjà fait M. Motet, que tous ces cas de décès rapides étaient dus soit à des accidents apoplectiformes ou épileptiformes subits, soit à un état de marasme très-avancé, soit à une suracuité des symptômes comparables au délire aigu, tous accidents dans la pathogénie desquels on ne pouvait donner la moindre place aux quelques jours passés à l'Asile.

J'ai donc partagé mes 100 cas en deux séries : l'une, composée des malades ayant fait un séjour assez long à l'Asile pour qu'on puisse les considérer comme y ayant été réellement soignés et traités; l'autre, comprenant les malades qui y étaient morts si rapidement que l'on pouvait les considérer comme ayant été traités ou soignés dans leur famille. Il s'est trouvé que la première série a compris 77 cas et la seconde 23.

Faisant ensuite le calcul de la durée de l'affection pour chacune d'elles, j'ai trouvé que, dans la première série, elle avait été de deux ans six mois vingt-deux jours;

Et, dans la deuxième série, elle avait été d'un an cinq mois quatorze jours.

Différence en moins pour les malades soignés dans leur famille : un an un mois huit jours.

Si l'on prend la durée de la maladie de la première série comme égale à 100, on trouve que celle de la seconde est égale à 56.

Par conséquent, en moyenne, les aliénés paralytiques soignés dans leur famille ont vécu, depuis le début de leur affection jusqu'à leur mort, un espace de temps 44 0/0 inférieur à celui pendant lequel s'est encore prolongée la vie de ceux qui ont été soignés et traités à Charenton.

Je fais remarquer qu'il n'est question ici que d'aliénés paralytiques hommes appartenant à la classe moyenne et aisée.

Chez les femmes, la durée de la maladie est, en général, plus longue, mais, je n'ai pas d'éléments pour la calculer, non plus que pour étudier la même question dans les classes indigentes.

M. LUNIER. En province, en général, et notamment dans le département de Loir-et-Cher et dans celui des Deux-Sèvres, la durée moyenne de la paralysie générale progressive est de quatre ans environ.

M. MOTET, à propos du rapport sur la révision de la loi de 1838 sur les aliénés, ajoute que, pour lui, l'intervention du magistrat est une excellente chose. M. Perrin a demandé un mode spécial d'assistance pour les aliénés soignés à domicile; nous le signalons dans les conclusions du rapport.

M. FOVILLE donne lecture des conclusions du rapport modifié, en tenant compte de l'observation de M. Perrin. Les conclusions du rapport sont adoptées, et la Société en décide l'envoi au comité de publication.

M. LE PRÉSIDENT, au nom de la Société, adresse des félicitations à M. Dolbeau, pour sa nomination comme membre de l'Académie de médecine.

M. DOLBEAU remercie ses collègues, qu'il aime beaucoup et qu'il tient en grande estime.

M. LUNIER. A la suite du rapport lu à l'Académie par M. Bergeron, il s'est formé une association française contre l'abus des boissons alcooliques. Il serait à désirer que le plus grand nombre de médecins possible fît partie de cette association, dont les membres de la commission d'organisation vous sont tous connus.

M. PERRIN dépose sur le bureau, pour être mis dans les archives, un document authentique qui prouve que c'est en vertu d'un arrêté préfectoral que la Société a été chargée de la visite des employés de la Préfecture. C'est une lettre en date du 9 mai 1834, adressée à M. le docteur Deville, l'un des membres de la commission d'examen.

M. LAGNEAU. Jusqu'en 1833, une somme de 300 francs était allouée par l'administration à la Société de médecine de Paris, à titre d'indemnité de visite et de consultations aux employés de la Préfecture.

M. BLUMENTHAL, candidat pour une place de membre titulaire, donne lecture, à l'appui de sa candidature, d'une observation très-intéressante de paralysie musculaire progressive de la langue, du voile du palais et des lèvres.

Une commission, composée de MM. Charrier, Duroziez, Onimus, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

M. LUNIER. Je dois publier un travail sur les cas d'aliénation mentale qui se sont produits en 1870 et 1871 à la suite des événements politiques. Le nombre des admissions dans les asiles, loin d'augmenter, a diminué de mille environ en 1870-1871. Cette diminution peut s'expliquer en partie par la perturbation apportée par les événements dans le fonctionnement du service et par la parcimonie, depuis quelque temps, dans les admissions. Mais ces causes ne suffisent pas pour expliquer le fait que je viens de signaler. Les causes d'aliénation mentale sont très-variables, et les cas observés n'ont pas été plus fréquents dans les départements envahis dès le début que dans les départements limitrophes et dans ceux où il y a eu luttes et passages des troupes ennemies.

Les départements du centre, au point de vue de l'aliénation mentale, ont été à peu près étrangers aux émotions de la guerre.

Peu de cas observés chez les jeunes gens appelés sous les drapeaux; un plus grand nombre de cas observés dans les départements du Midi, à la nouvelle des désastres des armées de l'Est.

Les cas d'aliénation mentale à la suite d'excès alcooliques ont été au-dessous de la moyenne dans la population civile.

Sur trois cas d'aliénation, on en observait deux chez les hommes et un chez les femmes.

Il y a un certain nombre d'aliénés parmi les individus partis de Paris après le premier siége. Ces aliénés, admis dans les asiles de province, viendront augmenter le nombre des aliénés au compte du département de la Seine.

Quelques cas d'aliénation mentale ont été observés parmi les officiers revenant prisonniers d'Allemagne.

Quant à la forme, la guerre n'a pas produit de forme spéciale, et les cent cas environ de récidive observés ont présenté à peu près les mêmes formes que dans les accès précédents.

M. ONIMUS. M. Moreau (de Tours) a exprimé l'opinion que la guerre n'était qu'une occasion d'aliénation; est-ce aussi l'opinion de M. Lunier ?

M. LUNIER. Les individus prédisposés héréditairement ne sont pas ceux, en général, qui deviennent aliénés par suite de grandes émotions, et particulièrement à la suite des faits de guerre. J'ajouterai en outre qu'il y a eu presque toujours guérison dans les cas de délires subaigus qui ont été observés en 1870-1871.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire annuel : Dr Ad. TISSIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance le mercredi 12 juin, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Communications diverses;

2° Du service de la pharmacie dans les maisons de secours des bureaux de bienfaisance et dans les hôpitaux.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

Guide des baigneurs aux eaux minérales de Plombières par les docteurs HUTIN et BOTTENTUIT. 6e édition, entièrement refondue, accompagnée de 17 gravures et d'une carte des environs de Plombières. 1 vol. in-32 cartonné en toile. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 66. — SAMEDI 8 JUIN 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 8 JUIN 1872. — N° 66.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Promenade dans les hôpitaux ; faits rares et curieux. Ouate collodionnée ; mobilisation de la peau pour éviter les rétractions cicatricielles. Observations pour servir à la question du traitement de la pleurésie purulente. — MÉDECINE LÉGALE. Cas de mort déterminé par la foudre ; autopsie (M. Fredet). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Une lettre d'outre-tombe. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

PROMENADE DANS LES HOPITAUX. — FAITS RARES ET CURIEUX

Nous ne pourrons pas aujourd'hui donner un grand développement à la revue clinique proprement dite, car nous devons réserver une place aux faits que nos correspondants nous communiquent relativement à l'opération de l'empyème, faits importants pour la discussion qui se poursuit sur ce sujet à l'Académie de médecine.

Nous n'entrerons donc pas dans l'étude approfondie des cas curieux que l'on observe en ce moment dans les hôpitaux de Paris. Nous nous bornerons à signaler brièvement quelques raretés et à noter en peu de mots quelques points de pratique.

Les raretés ne manquent pas dans le service de M. Broca. On peut notamment y aller voir :

— 1° Une tumeur réductible de la région lombaire dont le diagnostic reste encore un peu incertain, mais que sa brusque apparition peu de temps après une chute tend à faire considérer comme une de ces hernies lombaires décrites par Jean-Louis Petit. Il y aurait à faire ressortir toute une discussion très-délicate de signes différentiels et pour ainsi dire tout un calcul de probabilités diagnostiques entre ces hernies et les collections de liquides, nées, par exemple, dans le tissu cellulaire périnéphrétique, etc., qui viennent se faire jour dans la même région et forment également des tumeurs réductibles ; mais cela nous conduirait trop loin.

— 2° Chez un jeune enfant, un vice de conformation non encore décrit. La cuisse droite est tout à fait rudimentaire, et le fémur présente à peine une longueur de 3 à 4 centimètres, bien que la jambe et le pied aient un développement à peu près normal. Une double flexion de la cuisse sur la hanche et de la jambe sur la cuisse, fait que la jambe paraît d'abord se rattacher directement à l'aine. Ce n'est point là un phocomèle proprement dit, car, pour faire songer à la conformation du phoque, il faudrait que l'arrêt de développement portât sur la jambe comme sur la cuisse, et que le pied parût sessile ; mais on peut se servir de ce mot phocomèle, faute d'en avoir un meilleur.

M. Broca n'est pas d'avis qu'il faille négliger toute intervention en cas semblable. Il recommande de pratiquer l'extension continue, à l'aide d'un appareil, pendant la durée de la croissance.

Ceci n'a pas trait seulement à ce genre nouveau de phocomèle, mais à tout enfant en bas âge qui présente en flexion constante un segment de membre rudimentaire.

La flexion continue gêne le cours du sang dans les artères principales et met obstacle à la nutrition. Il n'en faudrait pas davantage pour faire admettre le précepte de M. Broca ; et il n'est pas besoin d'insister sur plusieurs autres indications qui mènent à la même pratique.

— 3° Un éléphantiasis énorme du membre inférieur gauche et de la grande lèvre droite chez une femme âgée, atteinte en même temps d'un kyste hydatique du foie. L'épiderme d'un brun grisâtre, dur et corné, les plis profonds de cette peau épaisse, divisée par eux en segments qui se rapprochent et se recouvrent comme les pièces d'une armure, l'aspect du pied, qui ressort à peine, rappellent chez cette malade, d'une manière vraiment frappante, la jambe d'éléphant et l'origine de ce mot : *éléphantiasis*. Cette maladie date de la jeunesse ; elle n'a jamais mis obstacle à la marche ; elle ne fait plus de progrès qu'avec une extrême lenteur depuis une vingtaine d'années : elle est donc passée à peu près à l'état de difformité ; mais il est rare d'en observer dans nos climats un aussi beau type avec cette transformation de l'épiderme.

— 4° Chez un jeune homme, un cristallin qui s'est échappé dans la chambre antérieure de l'œil, à la suite d'une opération de cataracte par discision, et qui, se dissolvant dans l'humeur aqueuse, s'est réduit en définitive à un très-petit noyau, gros comme un grain de mil, d'un jaune cuivré, opaque, projetant, lorsqu'on dirige sur lui un rayon de lumière, son ombre sur l'iris, auquel il adhère par un prolongement filiforme. L'opération, du reste, a très-bien réussi, car le malade voit parfaitement de cet œil, et il ne paraît pas que l'iris soit irrité par la présence de ce débris de cristallin, ainsi suspendu à son bord et situé en avant de son arc inférieur.

— Nous ne parlerons pas aujourd'hui d'une fracture du pubis avec chevauchement des fragments, consolidation incomplète après cinquante jours, claudication, etc., ni de plusieurs fractures du crâne, dont une a eu pour résultat la perte presque absolue de la mémoire des choses récentes.

OUATE COLLODIONNÉE. — MOBILISATION DE LA PEAU POUR ÉVITER LES RÉTRACTIONS CICATRICIELLES.

Après l'opération du bec-de-lièvre, que M. Broca ne craint

pas de pratiquer sur les jeunes enfants à la mamelle, ce chirurgien opère la réunion à l'aide de fils d'argent qu'il a soin de retirer le plus tôt possible: le cinquième, le quatrième, et souvent le troisième jour.

Il agit ainsi non-seulement parce qu'il a peur de voir les fils couper les tissus à la longue, mais parce que l'inflammation suppurative, commençant d'abord autour d'eux, peut s'étendre aux bords de la plaie et les désunir. Il en a vu plusieurs exemples.

Une cicatrice de trois jours n'est pas encore bien solide; et les lèvres sont exposées à tant de tiraillements, surtout quand l'enfant crie, qu'il serait téméraire de compter uniquement sur la résistance qu'offrirait une réunion si récente. Il faut donc empêcher les mouvements de produire une traction trop énergique, qui pourrait décoller les bords. Dans ce but, on peut recourir à des bandelettes qui passent au-devant de la lèvre et aillent prendre leur point d'appui sur les joues. Mais parfois ces bandes se déplacent, il est difficile de les fixer; tandis que le procédé de M. Broca est tout ce qu'il y a de plus simple au monde.

Après avoir retiré les fils, on imbibe de collodion un peu d'ouate, et, rapprochant l'une de l'autre les joues de l'enfant par une pression bilatérale, on étale par-dessus la lèvre cette ouate collodionnée, qu'on fait déborder de chaque côté sur les joues comme une moustache. Une fois l'éther évaporé, non-seulement cette couche de ouate adhère parfaitement, mais elle se rétracte, comme ferait le collodion sans ouate; et la lèvre se trouve ainsi soutenue et mise à l'abri de tout déchirement.

Voilà donc un nouvel usage de la ouate collodionnée, qui avait été employée déjà comme moyen d'obturation, pouvant transformer une plaie ouverte en une sorte de plaie sous-cutanée. Nous en avons dit quelques mots l'année dernière dans nos revues cliniques sur les procédés d'occlusion.

— Vers la même époque, nous recommandions aussi les bandelettes collodionnées comme adjuvant d'une méthode qui consiste à réduire presque indéfiniment l'étendue d'une plaie suppurante et de la cicatrice qui doit lui succéder, par le glissement progressif et, pour ainsi dire, la mobilisation de la peau qui la borde. Cette même méthode, M. Gosselin l'applique à des lésions de la paupière inférieure qui, sans être très-étendues, peuvent amener secondairement un ectropion cicatriciel. Il fait exercer, sur la joue, de bas en haut, des pressions répétées, qui ont pour but d'en remonter la peau au-dessous de l'œil. La peau, en effet, refoulée par cette espèce de massage, glisse et acquiert une mobilité qui peut prévenir, dans certains cas, le renversement de la paupière.

— Nous remettons à samedi prochain l'étude d'une question pratique au plus haut degré, celle de savoir si, sans aucun risque, on peut éviter aux femmes en couches la souffrance, du moins excessive.

— Il est temps d'en venir au traitement des pleurésies purulentes au sujet desquelles M. le professeur Delacour (de Rennes) nous a adressé les intéressantes réflexions et observations que voici :

Dr Victor Révillout.

Observations pour servir à la question du traitement de la pleurésie purulente.

Depuis quatre ans, j'ai eu l'occasion, dans mon service de l'Hôtel-Dieu, d'observer une dixaine de cas de pleurésies purulentes. Dupuytren et Velpeau avaient éloigné les médecins de l'opération de l'empyème. C'est seulement depuis vingt ans que MM. J. Guérin, Aran, Boinet, Chassaignac ont publié des observations qui démontrèrent l'avantage d'associer des injections désinfectantes à l'incision ou l'évacuation par le trocart.

MM. Trousseau et Marotte ont vulgarisé parmi nous cette manière de faire et, dans la discussion actuellement ouverte devant l'Académie, l'utilité d'agir a été, par nos maîtres, de nouveau démontrée. L'opération, rare encore, ne tardera pas à se vulgariser sous la forme de l'incision ou des ponctions.

Quelle est la meilleure des méthodes?

Dans trois des sept cas que j'ai opérés, j'ai trouvé ces fausses membranes flottantes dont la présence, la putridité peut être un obstacle à la guérison. L'avantage de les faire sortir immédiatement, l'innocuité et la grande simplicité de l'incision m'ont fait la préférer à la ponction double de M. Chassaignac.

Je ne connaissais pas la modification de M. Gosselin (incision en arrière, ponction en avant, tube intermédiaire). Je ne vois aucune objection à faire à ce procédé, si ce n'est qu'on réussit fort bien par une incision de 2 centimètres dans l'aisselle, 6e espace intercostal, et par l'introduction d'une sonde de caoutchouc vulcanisé, fenêtrée, qu'on engage à une profondeur de 10 centimètres et qui sert à faire des injections deux fois le jour avec un demi-litre d'eau phéniquée au 50e, tiède.

Cette brusque évacuation du liquide ne cause pas beaucoup plus d'angoisse que la simple thoracenthèse.

L'eau phéniquée a l'avantage de ne pas salir les doigts, de ne pas tacher le linge; elle prévient parfaitement la putridité, elle diminue bientôt la suppuration.

Pour que la sonde ne tombe pas dans la cavité pleurale, ce qui a été observé, je fixe l'extrémité externe par un fil qui adhère au thorax à l'aide d'une bandelette de diachylon circulaire.

Le pus coule autour de la sonde et par sa cavité; celle-ci rend les injections plus faciles.

La première observation ne fut pas heureuse. Je la résume :

G... (Marie), 21 ans, lingère, entre salle Sainte-Anne, 9, le 25 novembre 1868.

Malade depuis deux mois, alitée depuis huit jours. Toux fréquente; oppression datant de trois semaines; douleur au côté gauche, matité au deux tiers; absence de souffle, absence de vibrations thoraciques; fièvre. Deux vésicatoires sont appliqués successivement.

Le soir du 31, l'oppression étant considérable, je ponctionne l'aisselle et retire un litre de liquide séreux. La baudruche s'est un peu déchirée, et quelques bulles d'air s'introduisent dans la plèvre. Après un soulagement très-notable, l'oppression apparaît le lendemain, et le 2 décembre une seconde ponction est pratiquée; elle donne issue à un litre environ de liquide séro-purulent. Cette opération apporte un peu de calme; le pouls, qui était petit et très-fréquent, devient plus ample, descend à 115. Potion d'alcool.

8 décembre. Après une ponction qui ne laisse couler qu'une petite quantité de pus, j'incise le 5e espace intercostal en arrière et j'introduis une longue bandelette, quelques jours après une sonde. Chaque jour on fait une injection de 50 à 60 grammes d'une solution iodurée au 6e.

Le pus devient fétide, la fièvre et l'anxiété continuent; la mort a lieu le 23 décembre.

Autopsie. — Nécrose limitée des deux côtes au niveau de la sonde. Poumons infiltrés de tubercules, avec quelques petites cavernes.

Cette malade a succombé à une phthisie aiguë accompagnée

de pleurésie purulente; l'opération a été inutile, mais elle n'a pas aggravé la situation. Les injections n'ont pas été assez abondantes et assez répétées. La nécrose tient à ce que le trocart a passé avec difficulté entre les deux côtes.

B... (Joseph), 32 ans, entré à l'hôpital le 25 mars 1871, affecté d'une pleuropneumonie grave. La pneumonie guérie, la pleurésie continue, la fièvre persiste. Après une ponction, qui me fit constater le caractère purulent de l'épanchement, je pratique l'opération de l'empyème, fais des injections, et le malade sort guéri le 18 juin, sept semaines après l'incision.

C... (Auguste), marchand ambulant, âgé de 54 ans, entre en juillet 1871, affecté de pleuro-pneumonie droite; la pleurésie domine, persiste avec fièvre, anxiété, épanchement abondant. La ponction faite deux fois, la purulence du liquide démontrée, l'état général et local restant très-grave, je fais l'incision le 12 août; une amélioration progressive succède. La sonde peut être retirée le 25 octobre, et le malade sort le 27 novembre, encore faible.

(*Sera continué.*)

MÉDECINE LÉGALE

—

CAS DE MORT DÉTERMINÉE PAR LA FOUDRE. — AUTOPSIE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE FLUIDE ÉLECTRIQUE SUR L'HOMME ET LES ANIMAUX

Par M. le docteur FREDET, de Clermont Ferrand (1).

A la fin de l'année dernière, nous avons eu l'occasion d'observer sur l'homme les lésions anatomiques produites par la foudre. Nous avons pensé que la relation du fait qui nous est personnel, joint à quelques autres cas qui nous ont été communiqués, pourrait intéresser les personnes qui s'occupent de l'électricité et de ses effets. Il est aussi une branche de la science médicale pour laquelle ces quelques notes ne seront peut-être pas sans profit, nous voulons parler de la médecine légale.

« Cette question, dit François Arago (2), en parlant des accidents produits par la foudre sur l'homme, intéresse au plus haut degré le médecin légiste, et l'on doit avouer qu'elle n'a pas été traitée jusqu'ici avec toute l'attention et la vigueur nécessaires. »

Nous avons donc cru faire chose utile en publiant le résultat de notre examen :

Le 11 septembre 1871, le parquet de Clermont fut averti que le cadavre d'un homme de 30 à 40 ans avait été trouvé au lieu dit *Grand-Tournant*, sur la route de Bordeaux. La rumeur publique croyait à un crime, et nous-même, *à priori*, partagions cette croyance, en nous reportant aux tristes et lugubres événements accomplis dans ces parages pendant une période de quinze à vingt ans. Les annales judiciaires de la contrée comptent, en effet, plusieurs assassinats commis dans les détours de cette route, qui gravit le plateau des monts Dore pendant 6 à 7 kilomètres. L'an dernier, à pareille époque, à 100 ou 150 mètres de l'endroit actuel, j'eus à assister à la levée du cadavre d'un homme assassiné dont on avait brisé la tête à coups de pierre. L'assassin, malgré toutes les recherches, est resté inconnu jusqu'à ce jour. C'est donc à quelques centaines de pas du théâtre de ce dernier crime qu'on avait trouvé, au milieu d'un endroit désert et sauvage et bien fait pour inspirer l'idée d'un meurtre, le corps d'un homme dont l'identité était parfaitement établie. Cet individu, originaire du village de Durtol, était sourd et muet; on l'avait vu, la veille encore, traversant le grand chemin pour prendre un sentier menant au village.

Arrivé sur les lieux, en compagnie du juge d'instruction, je vis, en effet, à l'endroit indiqué, le cadavre d'un homme de 30 ans environ, étendu sur le dos, légèrement incliné sur le côté gauche. Ses vêtements sont lacérés; son chapeau en paille commune est partagé en plusieurs lambeaux, dont on retrouve les traces à plus de 20 mètres de là. Cet homme était chaussé de sabots; le sabot droit est intact, le gauche est réduit en fragments. Enfin, dans un examen sommaire et fait par une pluie battante, nous constatons, à la région moyenne du cou et sur les parties latérales, des ecchymoses plus étendues et plus marquées à gauche qu'à droite, mais représentant assez bien les ecchymoses produites par la pression des doigts de la main droite, comme s'il avait été *étranglé*. En outre, la face est fortement cyanosée.

J'avoue que sur le moment, et d'après l'examen extérieur du cadavre, je crus à un crime. Toutefois, une singulière attitude du sujet m'intriguait au dernier point : sa main gauche tenait serrée, entre les doigts crispés, la blouse en toile bleue renfermant une grande quantité de noisettes, dont pas une ne s'était échappée sur le sol. Pouvait-on supposer que cet homme, si on eût attenté à sa vie, n'eût pas immédiatement lâché sa cueillette de fruits pour se défendre?... Mais il était sourd, muet et idiot. Était-il permis de penser que l'instinct de conservation de sa récolte, en face d'un agresseur, eût été plus fort que celui de sa conservation personnelle?

Je pris donc le sage parti de ne donner mon opinion au juge d'instruction qu'après avoir fait l'autopsie du cadavre, que je fis transporter à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu. Là, les doutes furent bientôt dissipés. Voici, d'ailleurs, les résultats de notre examen :

Les cheveux sont brûlés en arrière et à gauche de la tête, dans une étendue de 8 centimètres carrés environ. Derrière l'oreille gauche existe une petite plaie contuse, donnant encore un peu de sang; elle est triangulaire et de 2 centimètres d'étendue. Les vêtements se composent d'une blouse déchirée en plusieurs endroits, d'un gilet de drap également déchiré; ce gilet a des boutons d'acier, dont un seul a été enlevé et que l'on retrouve sur la peau de la poitrine avec un lambeau de chemise brûlée. A ce niveau, la chemise, qui est en grosse toile, présente un premier trou de 2 centimètres de diamètre; les bords du linge sont déjetés en dedans; plus loin et à droite, un second trou plus large que le premier et dont les bords effilés sont renversés en dehors. Ces deux orifices ont une grande analogie avec le *trou d'entrée* et le *trou de sortie* des projectiles lancés par des armes à feu, tels que des balles. En regard de ces deux orifices, la peau est brunâtre, l'épiderme s'enlève, mais la brûlure n'est pas profonde.

On trouve dans les poches du gilet quelques allumettes dont aucune n'a été enflammée. Le pantalon en toile bleue est retenu par une ceinture à plaque métallique qui n'a pas été détériorée. Le pantalon est décousu principalement à gauche, mais non déchiré.

Nous constatons une rigidité cadavérique très-prononcée et la présence de plusieurs taches brunâtres peu étendues au niveau de la clavicule gauche, des trous de la chemise et la partie interne et moyenne de la cuisse gauche.

Outre les cheveux, tous les poils de la partie antérieure de la poitrine, du pubis et du membre inférieur gauche sont complétement brûlés. Il n'en reste plus que la cendre. Les vêtements et le cadavre lui-même dégagent une forte odeur de roussi. Enfin, une dernière circonstance, qui est à noter avec soin, est la trace d'une éjaculation récente peu abondante sur le pli de l'aine gauche. La verge, peu développée, est molle. Le liquide observé est épais, filant, analogue au sperme. En l'examinant au microscope, avec un grossissement de 290 diamètres, nous y avons découvert les caractères de cette liqueur : des spermatozoïdes, peu nombreux, il est vrai, mais dont la présence n'était pas douteuse.

L'ouverture du crâne ne nous a fait découvrir aucune fracture

---

(1) Mémoire lu à la Société médicale du Puy-de-Dôme dans sa séance de décembre 1871.

(2) Arago, *Notices scientifiques.*

de la boîte osseuse. On constate seulement un léger épanchement sanguin entre les membranes cérébrales et le lobe gauche du cerveau. La substance cérébrale paraît saine et n'a pas été désorganisée par le fluide électrique, comme dans un cas cité par je ne sais plus quel médecin, où le cerveau paraissait traversé comme par un fer rouge.

Le poumon gauche seul présente une congestion très-vive, et, à la coupe, il s'écoule une assez grande quantité de sang noir. Les cavités du cœur contiennent quelques caillots. Il n'y a pas d'épanchement dans le péricarde. Le foie et les autres organes abdominaux n'offrent aucune altération appréciable.

En face de toutes ces lésions, nous conclûmes, dans notre rapport, que la mort de cet homme n'était pas, comme on avait pu le snpposer d'abord, le résultat d'un crime, mais qu'elle était due au choc électrique. La veille de notre transport, il y avait eu, en effet, un orage très-violent, et c'est en voulant regagner son domicile que ce malheureux avait été frappé.

A l'endroit où cet homme a été tué, il n'y a aucun arbre, aucune pointe de rocher pouvant attirer la foudre. Dans ces conditions, il se trouvait être, au milieu de cette lande déserte, le point culminant que la foudre devait frapper.

Certains désordres, déterminés par le fluide électrique, soit sur les vêtements, soit sur les tissus eux-mêmes, doivent, dans cette observation, attirer plus spécialement notre attention. Les traces du passage de l'électricité sur la chemise, caractérisées par deux orifices analogues aux ouvertures faites par l'action des balles sur les tissus (trou d'entrée et trou de sortie), sont à noter. Il en est de même de l'éjaculation causée par le choc électrique. Je ne sache pas, en effet, que cette dernière circonstance ait été citée, si ce n'est toutefois chez les pendus. Elle doit cependant se produire, si on en juge d'après ce fait, dans tous les cas où le système nerveux est soumis à une très-forte commotion. Les accidents occasionnés par le tonnerre ne sont malheureusement que trop fréquents, aussi n'est-ce que la rareté des observations de ces mêmes accidents qui nous a décidé à lire, devant la Société médicale, le résumé de notre examen.

Les effets de la foudre sur l'homme et les animaux ne sont relatés dans aucun des ouvrages modernes de médecine et de chirurgie. Le Dictionnaire en 30 volumes de Vallex, Grisolle, Requin, Boyer, Nélaton, n'en parle pas. Follin y consacre un chapitre de quelques pages d'après les observations de Benjamin Brodie, de Jack, de Boudin et d'Andres Poey, dans une période de quinze ans, de 1846 à 1861 (1). Enfin Tourdes (*Gazette médicale de Strasbour* et Sestier ont aussi traité cette importante question.

Les accidents causés par la foudre ne sont pas notés avec autant de soin que dans l'ancienne Rome, où des livres spéciaux, *libri fulminales*, contenaient tous les détails relatifs aux coups de tonnerre.

Il serait à désirer que les cas des personnes foudroyées, qu'on lit si souvent dans les *faits divers* des journaux, fussent conservés et recueillis avec les circonstances remarquables qui accompagnent presque tous ces accidents. Une collection authentique de faits de ce genre, dit M. Louis Figuier, ne serait pas seulement d'un intérêt considérable pour la statistique, elle servirait peut-être à expliquer l'un des phénomènes les plus obscurs de la physique. Malgré toutes les difficultés qu'a pu présenter pareil travail, s'il a été conçu d'une façon sérieuse, les coups de foudre ont été l'objet d'une statistique sur laquelle Boudin a dressé une carte de France, avec des teintes différentes pour chaque département. Notre département est un de ceux dont la teinte est foncée en couleur, c'est-à-dire que les accidents y sont fréquents; de 1835 à 1852, 48 cas de mort par fulguration ont été notés, sur 1308 cas répartis sur les autres départements (1).

Les désordres les plus bizarres ont été observés chez les individus atteints par la foudre. Les déchirures des vêtements, les commotions nerveuses les plus fortes, comme celles qui résultent de la décharge d'une batterie électrique, les brûlures à tous les degrés, la paralysie du nerf optique, les paralysies partielles ou générales, persistantes ou temporaires ont été notées.

(*A suivre.*)

(1) Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe.*

(1) Nous voulions dresser une statistique départementale. Ce travail nous a été rendu impossible par suite du manque de renseignements nécessaires soit aux archives départementales, soit aux archives du parquet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine de l'Ouest*; — le *Lyon médical*; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Bordeaux médical*; — l'*Art dentaire*. — *Des lunettes après l'opération de la cataracte*, par le docteur Borel (de Rouen).

M. le docteur Holst, secrétaire de l'université royale de Christiana, adresse à la Société les travaux suivants : *Description anatomique des bourses muqueuses des membres supérieurs et inférieurs.* — *De l'inversion de la vessie et des luxations congénitales.* — *Contributions à l'anatomie normale et pathologique des ganglions lymphatiques.*

M. GIRAUD-TEULON présente, de la part de M. le docteur Pigeon (de la Nièvre), une *Note destinée à proposer une explication du mécanisme de la mort sous le chloroforme dans le cas communiqué par M. Trélat.*

M. FORGET offre à la Société un exemplaire de l'enquête faite par la Société de médecine de Paris sur : la *Conduite des médecins allemands pendant la guerre de 1870-71.*

M. LARREY présente : la *Chirurgie élémentaire*, de M. Fano.

De la part de M. le docteur Larghi, membre correspondant à Verceil, la traduction française de son *Traité des amputations sous-périostées*, publié à Turin en 1849.

A propos de cet envoi, M. Larghi rappelle qu'il a pratiqué, en 1843, des opérations sous-périostées à l'hôpital de Verceil et qu'il les a publiées, en 1847, dans la *Gazette médicale de Paris.*

M. VERNEUIL présente la thèse de M. Théodore Keller, intitulée: *Des grossesses extra-utérines et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie.*

COMMUNICATION

Observation de hernie étranglée suivie d'avortement. — M. GUYON donne lecture d'une observation de M. Thomas (de Tours), membre correspondant. Cette observation est intitulée : *Opération de hernie étranglée suivie d'avortement.* (Sera publié.)

Injections de chloral dans les veines contre le tétanos. — M. LABBÉ donne communication d'un travail de M. Oré (de Bordeaux), membre correspondant, sur ce sujet.

M. Oré a institué une série d'expériences d'injection dans les veines de doses variées de strychnine, et ensuite de chloral. Les animaux, dans ces conditions, ont succombé plus ou moins vite.

Dans d'autres expériences, M. Oré a injecté dans les veines à la fois de la strychnine et du chloral. Le chloral a empêché le tétanos de se produire dans des cas où il avait été injecté une quantité de strychnine capable de produire le tétanos strychnique.

M. FORGET. Dans le mémoire de M. Oré, il y a deux catégories d'expériences qui, dans la pensée de l'auteur, mettent en évidence l'efficacité curative du chloral contre le tétanos artificiellement produit par la strychnine.

Dans les expériences de la première catégorie, la strychnine est administrée par l'estomac, comme le chloral lui-même, donnée plus tard à des doses variées dans le but de combattre les symptômes tétaniques lorsqu'ils se sont manifestés. Or, dans cette série d'expériences, que voit-on? l'insuccès définitif du chloral, car dans tous les cas, après des alternatives de contracture et de résolution musculaires qui se succèdent à plusieurs reprises, l'animal en expérience a toujours fini par succomber : l'action de la strychnine a été amoindrie, ses effets ont été momentanément atténués par des doses élevées de chloral; mais en dernière analyse, le tétanos artificiel a persisté et a tué les sujets en expérience.

Ce premier ordre de faits est donc en contradiction avec la conclusion du mémoire, qui affirme l'efficacité curative du chloral dans le traitement des accidents tétaniques. C'est à une induction contraire que ces faits conduiraient par une interprétation logique.

Que disent les expériences du second ordre? Ici, un détail important vous a sans doute frappé comme moi, c'est l'administration simultanée de la strychnine et du chloral en solution injectés dans les veines de l'animal.

Or il résulte de ce mélange des deux substances, qui a pour effet d'affaiblir et d'annihiler en partie la propriété toxique de la strychnine, que celle-ci devient impropre à produire sur l'organisme les effets physiologiques auxquels le chloral doit remédier.

Ces expériences ne prouvent donc pas que le chloral ait guéri un tétanos strychnique qui n'a pas existé. — Elles ne prouvent qu'une chose qui était facile à prévoir, c'est qu'affaiblie, altérée, modifiée par son mélange avec le chloral, la strychnine ainsi devenue impure, perd sa propriété tétanogène.

A coup sûr, ce n'est pas ce que l'auteur a voulu démontrer : guérir un tétanos bien établi, persistant depuis plusieurs heures avec une intensité marquée, au moyen de l'administration du chloral, tel a été son but, celui qu'il propose à la thérapeutique chirurgicale. Or, c'est ce but que n'atteignent pas les expériences dont on nous a donné lecture.

M. VERNEUIL. Je suis le parrain du chloral dans le tétanos. Je ferai ici quelques brèves remarques. L'antagonisme du chloral et de la strychnine n'est pas nouveau; O. Liebreich l'avait bien indiqué. Il y a une grosse objection à adresser aux injections de chloral dans les veines, c'est qu'elles ne sont pas faciles à pratiquer. Mais il y a une autre considération : le chloral doit être administré quelquefois à des doses considérables et surtout répétées, tantôt parce que le médicament est mal préparé, tantôt parce qu'il n'y a pas d'absorption. Dans les cas de tétanos qui guérissent par le chloral, on produit d'abord une rémission, puis le malade se réveille; il faut donner alors une nouvelle dose de chloral, et y revenir cinq ou six fois par jour. Le tétanos qui guérit durant en moyenne vingt-cinq jours, il faut recommencer pendant tout ce temps pour maintenir le malade dans la narcose. Serait-il pratique de faire cinq à six injections dans les veines pendant vingt-cinq jours?

Loin de moi la pensée de critiquer la pathologie expérimentale; mais je crois que la détermination des effets des injections hypodermiques du chloral serait plus pratique que celle des injections intra-veineuses.

Discussion sur l'érysipèle.

M. TRÉLAT. Déjà, à propos de faits rapportés par M. Verneuil sur les prodromes de l'érysipèle, j'avais été frappé de la différence entre certains érysipèles. Les deux communications de M. Verneuil nous ont fourni des exemples opposés d'érysipèles survenant très-vite et sans prodromes très-graves et d'érysipèles précédés d'élévation énorme de température et de fièvre; et à ces occasions j'avais exprimé une opinion sur laquelle je ne reviendrai point; je dirai seulement encore qu'il y a des érysipèles sans prodromes.

M. Le Fort et M. Després ont discuté un autre point : l'érysipèle est-il l'angioleucite des réseaux? M. Després l'affirme; M. Le Fort repousse cette interprétation. Pour moi, dans l'érysipèle, que je considère comme une maladie infectieuse, l'angioleucite des réseaux joue le rôle d'un facteur. Il y a certainement un malentendu; car l'angioleucite des réseaux, au point de vue anatomique, a un rôle évident dans l'érysipèle. M. Le Fort repousse l'interprétation de l'inflammation des réseaux, parce qu'il n'y a point de *vasa vasorum* dans les capillaires lymphatiques et parce que la rougeur de la lymphe en circulation dans les lymphatiques n'est pas capable de produire la rougeur de l'érysipèle. Mais de ce que ces deux faits sont réels, il ne s'ensuit pas que les vaisseaux lymphatiques et l'état pathologique de la lymphe qui circule dans ces vaisseaux ne peuvent pas déterminer des lésions des tissus voisins.

Je voudrais aussi faire remarquer que M. Le Fort fait une angioleucite diffuse de ce que nous appelons l'érysipèle phlegmoneux. Les réseaux lymphatiques et les troncs lymphatiques qui suppurent ne sont pas sous la peau; les réseaux occupent la partie la plus superficielle du derme, et ce n'est pas là qu'est le pus dans la maladie que semble désigner M. Le Fort. Je crois donc que l'angioleucite phlegmoneuse n'est pas une interprétation rigoureuse des faits.

M. Le Fort insiste aussi sur le caractère des phénomènes précurseurs de l'érysipèle et leur comparaison avec ceux des fièvres éruptives. M. Le Fort se rattache, il me semble, à la théorie de la fièvre éruptive érysipélateuse, qui aujourd'hui est tout à fait inacceptable. D'une autre part, je répondrai à M. Després que l'angioleucite du visage existe. Pendant la guerre, j'avais pu montrer sur moi-même une angioleucite du visage. J'avais sur le nez une rougeur, une engelure qui était une angioleucite de la face. Mais à la main, aussi, il n'y a pas d'angioleucite. M. Després aurait pu faire la même remarque pour cette région. C'est que là il y a un réseau lymphatique très-riche et des vaisseaux sanguins nombreux, et qu'il y a très-rapidement inflammation violente, ainsi que cela se voit pour certains panaris superficiels, où les caractères de l'angioleucite sont très-rapidement masqués. Il y a très-rapidement propagation de l'inflammation de l'angioleucite au voisinage.

Si l'érysipèle se produisait sur les points où il serait démontré qu'il n'y a pas de lymphatiques, la question serait vite jugée, puisque l'érysipèle chemine sur tous les points du corps, et que dans beaucoup de cas nous voyons l'érysipèle suivre la direction des vaisseaux lymphatiques connus. Mais, à supposer même qu'il soit démontré que l'érysipèle existe sur tous les points du corps sans exception, il pourrait être moins marqué dans certains points que dans d'autres; car il y a des réseaux lymphatiques riches et il y en a de pauvres, ainsi que M. Le Fort et moi l'avons consigné dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique*.

M. Després et M. Le Fort reconnaissent les mêmes fonctions aux vaisseaux capillaires lymphatiques : l'absorption des liquides des plaies; mais voilà pourquoi, je le dirai à M. Després, les plaies superficielles sont plus souvent que les plaies profondes suivies d'érysipèles : l'érysipèle a lieu parce que la plaie existe dans la partie la plus riche en lymphatiques et qu'elle est en contact avec les réseaux. Il n'est pas besoin de faire intervenir le défaut de tout pansement.

Je crois que l'érysipèle est une infection causée par l'introduction de matière septique dans les lymphatiques. Il entre quelque chose dans ces vaisseaux, et l'inflammation se produit. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il y a une plaie qui sert de porte d'entrée à l'érysipèle, et quand on ne la trouve pas, c'est que l'on n'a pas bien cherché. Aujourd'hui, tous les érysipèles de cause interne sont mieux appréciés et peuvent être rattachés à une cause certaine, une lésion du tégument ou des muqueuses. Les matières putrides, absorbées par les réseaux dermiques ou sous-muqueux, engendrent

les érysipèles graves; mais je me hâte de dire que, en général, je ne considère pas que l'érysipèle ait la gravité qui a été admise par certains auteurs.

Je n'ai rien à dire de la contagion et de l'épidémicité de l'érysipèle, si ce n'est que je suis plus près de M. Le Fort que de M. Després. L'érysipèle n'est pas contagieux comme la variole, mais il l'est comme l'infection purulente. Il y a des érysipèles en hiver et au printemps, parce que nos salles offrent une insalubrité due à ce que l'on ne peut aérer les salles. En automne, même chose; les influences saisonnières sont ici palpables. J'admets donc une certaine constitution épidémique.

La mortalité signalée par M. Le Fort, dans le livre de M. Després, est réellement exceptionnelle. J'ai eu des érysipèles, mais je n'ai jamais eu une mortalité pareille. Nous ne connaissons pas cela.

Je suis tout à fait d'avis que le pansement humide est un bon moyen de prévenir l'inflammation des plaies. Je ne suis point ennemi de l'alcool camphré; mais j'emploie le mélange d'eau d'alcool et d'acide phénique. Je m'en suis bien trouvé; mais j'ai eu, à l'hôpital de la Charité, dans mon service, qui est mauvais, parce que l'aération y est difficile, trois érysipèles chez les hommes. Un malade atteint de fistule salivaire a gagné au froid, dans les cours, un érysipèle grave de la face...

M. FORGET. Où est la matière putride absorbée?

M. TRÉLAT. Je suis tout prêt à faire une réserve sur ce point, et je pense comme M. Forget, au fond. Un autre malade, un vieillard, a eu un érysipèle autour d'une petite plaie. Un amputé scrofuleux a eu un érysipèle ambulant autour de plaies en voie de cicatrisation. Chez les femmes, j'ai eu un érysipèle sur une malade atteinte de phlegmon des ligaments larges et un autre très-bénin de la face. Ce que j'ai vu là est à peu près ce qu'a vu M. Le Fort à l'hôpital Cochin.

M. LE FORT. Je n'ai pas eu d'érysipèle dans la salle des hommes; j'en ai eu dans la salle des femmes.

J'attache au camphre une vertu contre les germes contagieux, mais je me rattache à l'idée de la puissance antiphlogistique du pansement humide. Pour moi, l'érysipèle existe dans des endroits où les réseaux ne sont pas assez serrés pour que l'on dise que les vaisseaux lymphatiques sont le siége du mal. Il n'y a pas d'inflammation des vaisseaux capillaires lymphatiques. Dans l'angioleucite, les vaisseaux absorbent un liquide septique qui amène l'inflammation. Mais l'érysipèle est très-distinct; il a des phénomènes précurseurs et il ne suit pas le sens de la circulation. Ces deux propriétés sont pour moi des caractères tranchés. En somme, je crois que l'érysipèle est une maladie septique.

Pour ce qui est de l'angioleucite diffuse, caractérisée par des plaques rouges, puis de l'œdème et un décollement de la peau comme un phlegmon tout à fait superficiel, je pense qu'elle est causée par les vaisseaux lymphatiques enflammés.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. PROST soumet à la Société une modification qu'il a apportée au serre-nœud écraseur à fil de fer de M. Maisonneuve. La modification consiste à remplacer le fil de fer par une anse de fil d'acier articulé à charnière dans la partie destinée à embrasser les tumeurs et susceptible de se courber et de conserver sa courbure, de manière à circonscrire leur base tout en entrant dans la gaîne du serre-nœud. Ce fil d'acier est entouré d'un tissu de fil très-fort, de sorte que si la charnière venait à se briser, la section pourrait être terminée par l'enveloppe du fil d'acier.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

UNE LETTRE D'OUTRE-TOMBE (1)

1° Tout d'abord, nous avons connu et décrit l'accident spécial auquel vous réservez, dans votre nomenclature moderne, la dénomination de *chancre*. Que nous ne lui ayons pas donné ce nom, peu importe; l'essentiel est que nous en ayons spécifié la nature et les caractères; l'essentiel est que nous l'ayons reconnu comme le symptôme initial de la maladie, se produisant et se localisant au lieu même où s'est exercée la contagion. Or, en maints endroits de nos livres, vous trouverez signalée cette lésion locale, locale d'apparence au moins, comme préludant aux autres accidents de la maladie et se manifestant là seulement, exclusivement là où la contagion s'est portée. Exemples:

« Le mal français, dit Torella, débute le plus souvent par les parties génitales, et cela pour une raison bien simple, parce que ces parties ont été exposées à la contagion.... Si toute autre partie était touché par le *contagium*, ce serait elle qui subirait l'infection la première. Voyez, comme exemple, ce qui se produit chez les nourrissons : le mal chez eux débute par la bouche et par le visage.... Nicolas Valentin, mon ami, eut rapport avec une femme affectée de pudendagre (mal français); il fut aussitôt frappé du même mal, qui tout d'abord se porta sur la verge, comme cela arrive le plus souvent en pareil cas...; il se produisit sur la verge un ulcère sanieux et virulent, avec une sorte de callosité qui rayonnait longitudinalement vers les aines, etc. »

P. Maynard : « Le mal français débute le plus habituellement par les parties génitales... Il se produit là des boutons qui s'ulcèrent le plus souvent... J'ai vu ces boutons, sur plusieurs malades, devenir aussi durs qu'une verrue, qu'un poireau, etc... »

J. de Béthencourt : « Si la contagion résulte du commerce vénérien (ce qui est le cas de beaucoup le plus habituel), les premiers symptômes de la maladie apparaissent toujours sur les organes génitaux, où se produisent des ulcères virulents et sanieux... Si la maladie a été contractée d'une autre façon, indépendamment, par exemple, de tout rapport vénérien, des ulcères semblables se manifestent sur les parties qui ont été exposées à la contagion. C'est ainsi qu'on les voit se développer sur la bouche des nourrissons qui ont été infectés par leurs nourrices. »

N. Massa : « L'infection se gagne le plus souvent par le coït... Il se produit à la verge des ulcères de mauvais caractère, d'une dureté calleuse, longs et difficiles à guérir, etc... »

J.-B. Théodose : « ... Ce qui me porte à croire que ce malade était affecté du mal français, c'est qu'il présenta comme première manifestation de sa maladie un ulcère de la verge. Or, tous les médecins qui ont traité de ce mal sont d'accord sur ce point, qu'il fait son apparition première sur les parties génitales, et qu'ensuite seulement il se répand dans tout le corps. »

P. Jove : « Le nouveau mal se gagnait surtout dans les rapports sexuels. Il faisait son apparition première sur les parties génitales, qu'il ulcérait, qu'il corrodait, pour s'insinuer dans le corps. Puis il se portait de là sur d'autres points, etc... »

J.-B. Montanus : « Ce mal se prend le plus souvent par le coït... C'est une petite pustule ou un petit ulcère qui infecte tout le corps (2). »

Etc., etc.

2° Nous n'avons pas méconnu davantage la particularité curieuse de cette période muette succédant à l'accident originel de la maladie, période qu'aujourd'hui vous appelez la seconde

(1) Suite. — Voir le numéro du 21 mai 1872.

(2) V. de même S. Aquilanus, Léonicène, A. Beniveni, Alménar, Matthiole, A. Lecoq, etc...

incubation. Nous l'avons même si peu méconnue, cette période, que j'ai cru moi-même pouvoir en fixer la durée à six semaines environ ; évaluation qui, je le constate avec plaisir, est précisément celle que vous lui attribuez de vos jours. — Encore une découverte que vous vous seriez épargné la peine de faire si vous n'aviez pas dédaigné nos vieux écrits.

3° A ce singulier stade d'élaboration silencieuse succède une explosion d'accidents aussi multiples que variés, lesquels, loin de se borner au siége primitivement affecté, se portent sur tous les systèmes et attestent par leur généralisation qu'une diathèse a pris possession de l'organisme. Or, cette évolution, nous l'avons signalée. Ces accidents, nous les avons décrits, sinon tous, du moins le plus grand nombre. Cette diathèse enfin — et c'est là le point essentiel — nous l'avons comprise et affirmée. Voyez nos textes (1) et dites-moi si dans l'espèce nos prétentions sont mal fondées.

4° Enfin, est-il plus vrai que nous vous ayons laissé le soin de reconnaître les lois qui président à l'évolution générale de la maladie, la hiérarchie chronologique à laquelle semblent soumis ses accidents, la division possible de la diathèse en un certain nombre de stades successifs? Nullement, et sur tous ces points encore nous avons devancé vos découvertes. Je ne prétends pas, certes, que nous ayons, comme vous, formulé la chronologie de la vérole; mais, à coup sûr, nous l'avions pressentie, nous l'avions énoncée en principe, nous l'avions même, je puis dire, ébauchée (2).

Mais patience, car vous n'en avez pas encore fini avec moi.

(*Sera continué.*)

(1) Inutile de citer aucun texte relativement à la généralisation des accidents qui se produisent à un moment donné. — Quant au caractère diathésique de l'affection, voy. Gasp. Torella, J. Catanée, J. de Béthencourt, N. Massa, etc., etc...

J. de Béthencourt entre autres, et plus qu'aucun autre, est très-explicite sur ce dernier point :

« Le mal vénérien, dit-il, est une diathèse reconnaissant comme origine le commerce sexuel et la contagion, se révélant à son début par des ulcères qui se produisent soit sur les organes génitaux, soit sur les parties où la contagion s'est exercée; altérant ensuite les humeurs, et se caractérisant alors par des éruptions, des tumeurs, des ulcères et des douleurs.... Ce mal offre bien plutôt les allures d'une affection chronique que d'une affection aiguë... Il est sujet à des récidives qui se produisent d'une façon presque fatale lorsque les malades ont fait usage de mauvais remèdes, ou ne s'astreignent pas à un régime convenable... Il reste quelquefois latent dans l'organisme pendant de longues années pour reparaître tout à coup alors qu'on s'y attend le moins, etc. »

(2) V. notamment J. de Béthencourt et Thierry de Héry. J. de Béthencourt : « Le mal vénérien est une diathèse... se révélant à son début par des ulcères qui se produisent soit sur les organes génitaux, soit sur les parties où la contagion s'est exercée; altérant ensuite les humeurs, et se caractérisant alors par des éruptions, des tumeurs, des ulcères et des douleurs. » — Après avoir parlé dans son livre des « premiers ulcères qui succèdent à la contagion », J. de Béthencourt énumère les différents symptômes qui caractérisent le mal vénérien, tels qu'éruptions, douleurs, ulcérations, tumeurs, etc., et il spécifie très-catégoriquement que ces derniers phénomènes ne se produisent qu'à la suite des premiers, ultérieurement, consécutivement. Il va même plus loin, et, parmi ces accidents consécutifs, il en distingue qui se produisent à courte échéance après les « premiers ulcères de contagion » (tels que les éruptions, les douleurs), et certains autres qui ne se manifestent qu'après un temps assez long, « lorsque la maladie est déjà ancienne, lorsqu'elle a vieilli », tels que lésions osseuses, ulcérations viscérales, cachexie, etc. — N'est-ce pas là une ébauche de classification chronologique introduite dans la symptomatologie du mal français?

De même Thierry de Héry : « Les symptômes de cette maladie sont plusieurs, desquels les uns précèdent, les autres suivent, les autres surviennent. Ceux qui précèdent font ulcères de diverses nature en la verge, ardeur d'urine ou pisse-chaude, bubons ou poulains... lesquels servent quasi d'avant-coureurs. — Les autres, que nous appelons suivants ou consécutifs, sont pustules et ulcères naissant par tout le corps, principalement aux parties honteuses, au siége, à la bouche, à la teste, au front et aux émonctoires. Pareillement cheute de poil, communément dite pelade, douleurs articulaires, etc... — Les derniers, que nous appelons survenants, sont douleurs fixes de toute la teste, des bras, des jambes, principalement avec nodositez, où souvent sont les os cariez et corrompus, ulcères virulents et phagédéniques, scissures ou dartres aux mains, aux pieds et aux autres parties du corps, vice provenant de chacune des concoctions avec marasmation et amaigrissement d'iceluy. » (La *Méthode curatoire*, etc., p. 133.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 15 juin, à 9 heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

Traité élémentaire des fièvres, par A. Castan, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. 2e édition très-augmentée. 1 vol. in-8°. — Prix : 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 67. — MARDI 11 JUIN 1872. 45e ANNÉE MARDI 11 JUIN 1872. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Hôpital des Enfants-Malades De la thoracentèse par aspiration pneumatique dans la pleurésie purulente (M. Bouchut). — Médecine légale. Cas de mort déterminé par la foudre ; autopsie (M. Fredet). — Seringue naso-œsophagienne. — Variétés. Une lettre d'outre-tombe. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

LES QUESTIONS PENDANTES

Une des questions à l'ordre du jour est celle de l'inspectorat officiel des eaux minérales.

De toutes parts on a demandé la suppression de cette institution, dont les inconvénients pratiques sont beaucoup plus indéniables que les avantages supposés, et l'opinion du corps médical s'est si nettement prononcée dans ce sens, que les partisans de l'inspectorat, ceux qui s'en trouvent en possession ou y prétendent, et leurs amis, en sont émus et inquiets.

L'Union médicale, dont le gérant, M. le docteur Richelot, vient d'être nommé inspecteur des eaux du Mont-Dore, publie en ce moment un rapport à l'Association générale sur la suppression ou le maintien des inspecteurs.

Dans la première partie de ce rapport (*Union médicale*, numéro du mardi 4 juin), l'auteur, M. Hérard, est bien obligé de reconnaître, et il le fait expressément, sans réticence, que les thermes d'Aix-les-Bains se sont trouvés admirablement, pendant sept ans, jusqu'à l'annexion par la France, de n'avoir pas d'inspecteur officiel. Une société, comprenant tous les docteurs en médecine qui exerçaient à Aix, représentait infiniment mieux qu'un seul médecin officiel, la science médicale intervenant, pour conseiller, améliorer et surveiller. Naturellement la société, pour tous les rapports administratifs, donnait mission à son président d'agir et parler en son nom, mais la présidence était dévolue à tour de rôle, d'après la date d'inscription, et ce président, qui tenait ainsi en apparence la place d'inspecteur, n'avait qu'un an pour manifester son activité et son zèle.

Pendant cette première expérience de sept années, tout marchait au mieux.

Aucun président n'essaya jamais d'abuser de son rôle pour interdire l'entrée des thermes à ses confrères et s'appliquer à accaparer les malades par tous moyens.

Aucun n'essaya de contraindre les baigneurs arrivants à s'adresser à lui en faisant distribuer avec partialité les heures de bains, celles des douches et les cabinets disponibles.

Aucun ne s'arrogea le droit d'entrer seul, quand il le voulait, dans les cabinets occupés par les clients de ses confrères, tandis qu'il ne permettait pas à ses confrères eux-mêmes de venir visiter leurs propres clients dans le bain sans justifier, pièces en main, qu'ils venaient d'être demandés spécialement par un exprès.

Tous ces abus criants qu'on a vus exister et se perpétuer durant des années dans certains thermes dirigés par des inspecteurs officiels, ces abus et bien d'autres qui ont nécessité des destitutions bien connues, tout cela n'existait pas à Aix. La dignité professionnelle, qu'on a vue tant souffrir ailleurs par les exemples d'un charlatanisme privilégié, exemples provocants qui suscitaient bientôt d'autres charlatanismes, la dignité, l'honorabilité, les convenances médicales, y furent toujours respectées.

S'il n'en eût pas été ainsi, que fût-il arrivé? demande M. Hérard.

La ressource de la destitution, lorsqu'il s'agit d'inspecteurs officiels, peut se faire attendre longtemps, mais elle n'en existe pas moins, tandis qu'elle fait défaut contre ce président qui l'est une saison. Il ne peut pas être cassé par le Gouvernement, c'est une chose évidente. On peut ajouter que, quand même il pourrait l'être, avec les lenteurs administratives, il y aurait mille à parier contre un que la destitution viendrait quand il serait depuis longtemps, depuis très-longtemps hors de charge. La brièveté de ses fonctions le mettrait donc à l'abri de tout risque de ce côté, quels que pussent être, à ce sujet, les termes des nouvelles lois.

Voilà l'objection la plus grave qu'on puisse opposer au système inauguré naguère à Aix, avec un succès si frappant.

Mais, d'abord, est-il supposable que le président d'une saison songe à abuser de son titre? Et d'ailleurs, ayant derrière lui la Société qu'il représente, tant de confrères ses surveillants et ses égaux, prédécesseurs, successeurs désignés, comment pourrait-il en abuser, alors même que par impossible il y songerait?

Comment, surtout, pourrait-il nuire aux thermes ou aux baigneurs? Quel grand mal résulterait-il, pour le présent ou l'avenir, d'une présidence incapable?

Ceci nous conduit à examiner comment M. Hérard comprend l'utilité des inspecteurs. C'est ce que nous verrons dans un prochain article.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

De la thoracentèse par l'aspiration pneumatique dans la pleurésie purulente.

Le mémoire que j'ai publié dans la *Gazette des hôpitaux* en 1871, sur la thoracentèse par l'aspirateur pneumatique dans

la pleurésie purulente, semble avoir remis cette question à l'ordre du jour. On en parle dans la presse et dans les sociétés savantes. Chacun apporte un appareil nouveau, M. X... d'un côté, M. Z... de l'autre; mais, chose curieuse, on ne prononce même pas le nom de M. Dieulafoy, dont l'appareil ingénieux a rendu possibles toutes ces tentatives nouvelles de guérir une pleurésie purulente par de nombreuses aspirations pneumatiques successives.

Quoi qu'il en soit, après m'être servi bien souvent, et avec grand avantage, de l'aspirateur pneumatique de M. Dieulafoy dans la pleurésie purulente, pour des cas déjà publiés, je viens de l'employer de nouveau à l'hôpital des Enfants, et il en est résulté une guérison que je vais raconter.

OBSERVATION. — *Pleurésie costale et diaphragmatique aiguë. — Épanchement purulent. — Six thoracentèses pratiquées à l'aide de l'aspirateur pneumatique de Dieulafoy. — Déviation consécutive du thorax. — Redressement par l'application d'une couche de collodion sur le côté sain. — Guérison.*

Observation recueillie par M. LABADIE LAGRAVE.

Julie D..., 7 ans, entrée le 15 janvier 1872 à l'hôpital des Enfants malades, salle Sainte-Catherine, n° 25, service du docteur Bouchut.

L'enfant est malade depuis quatre jours. Elle a été prise presque subitement d'une douleur vive dans le côté gauche du thorax, s'irradiant dans l'épaule correspondante. Quelques heures après, elle a ressenti, nous dit-elle, des tiraillements dans l'estomac, accompagnés d'envie de vomir, mais sans vomissements.

Au moment de son entrée, elle se présente à nous le corps à demi-fléchi et fortement incliné du côté gauche. Cet *habitus*, tout à fait caractéristique, nous fait tout d'abord soupçonner une pneumonie. La respiration est fréquente, entrecoupée, incomplète, irrégulière et impérieuse. Le faciès exprime la souffrance. La toux est rare, sèche, et exaspère à tel point la douleur de côté, que l'enfant s'efforce de la contenir.

La percussion révèle une différence notable de sonorité des deux côtés de la poitrine.

A droite, le son est clair et presque tympanique; à gauche, la matité, presque absolue à la partie moyenne, est incomplète à la partie inférieure et en arrière.

Les vibrations thoraciques, à ce niveau, sont affaiblies, mais non pas éteintes.

A l'auscultation, souffle superficiel au niveau de l'épine et de l'omoplate gauche.

P = 120, R = 60, T. A. 39°,6.

Langue blanche, pommettes colorées, traits tirés. Le rhythme respiratoire est notablement modifié. Une partie de la cage thoracique reste absolument immobile. L'amplitude de la dilatation, du côté droit de la poitrine, pourvoit seul à la respiration. Les espaces intercostaux, du côté gauche, sont à peu près complétement effacés par suite de la position vicieuse imprimée au thorax par l'intensité même du point de côté.

16 janvier.—La résonnance de la poitrine est normale en haut, absente à la partie moyenne (dans un espace d'environ quatre travers de doigt). A ce niveau, faible souffle bronchique.

Égophonie depuis la crête de l'omoplate jusqu'au quart inférieur.

Inclinaison de la matité latéralement, du côté de la ligne axillaire.

En avant, résonnance tympanique sous la clavicule gauche.

Le cœur n'est pas déplacé. La matité cardiaque est normale.

La douleur thoracique est si vive, l'angoisse respiratoire si marquée, que l'existence d'une pleurésie diaphragmatique est rendue probable. Cette hypothèse est encore confirmée par les points douloureux siégeant sur le trajet du nerf phrénique au cou, et à son émergence, au niveau du rebord antérieur des fausses côtes.

P. 116, Resp. 56, T. 39°,4.

Traitement. — Application de deux sangsues, du côté gauche; poudre de digitale, *cinq* centigrammes; tisane pectorale.

17 janvier. — Le pouls s'est considérablement ralenti aujourd'hui, sous l'influence de la digitale (92). L'émission sanguine locale a diminué la douleur en même temps qu'abaissé notablement la température (38°,8). La dyspnée est également bien moins forte, et la percussion moins douloureuse.

A la partie moyenne, souffle remontant aujourd'hui au-dessus de la crête de l'omoplate.

Le cœur est refoulé de 1 centimètre environ sur le bord gauche du sternum.

Le bouton diaphragmatique est encore très-accusé à droite.

Traitement. — Looch blanc; poudre de digitale, *cinq* centigrammes.

18 janvier. — La respiration est encore très-gênée; le côté gauche reste à peu près immobile; il existe un fort tirage aspiratoire avec dépression correspondante des espaces intercostaux.

Le son semble cependant reparaître aujourd'hui à la partie moyenne. Le souffle est immédiatement au-dessous de l'épine de l'omoplate, et à partir de ce point, il est impossible de percevoir le moindre bruit respiratoire.

Les pommettes sont colorées, la respiration plaintive, les traits tirés.

En appliquant l'oreille dans la ligne axillaire, on entend très-distinctement un souffle pleurétique. Le cœur est déplacé jusqu'à la ligne médiane, mais ne la dépasse pas. (P. 112, T. 38, 8.)

19 janvier. — La respiration s'entend un peu mieux ce matin, mais le souffle persiste encore dans l'aisselle.

22 janvier. — Depuis avant-hier, l'enfant est beaucoup mieux; la respiration est plus calme; le murmure vésiculaire a reparu depuis deux jours. Il existe encore un peu de souffle bronchique au niveau de l'épine de l'omoplate.

28 janvier. — L'épanchement a fait de nouveaux progrès: matité complète dans tout le côté gauche en arrière; absence de vibrations thoraciques à ce niveau. Le côté gauche reste toujours déprimé, tandis que la voussure semblerait exister du côté sain. Les bruits du cœur s'entendent très-distinctement sous le sternum, près de son bord gauche, et se propagent même un peu du côté droit.

Bruit de pot fêlé dans le creux sus-claviculaire gauche. Les bruits du cœur ne sont pas perçus à ce niveau, tandis qu'ils sont très-distincts dans la région correspondante à droite.

La respiration offre le type costal inférieur et diaphragmatique. Il y a plutôt de la broncho-égophonie qu'une égophonie véritable.

30 janvier. — Le côté gauche reste toujours un peu déprimé, comparativement au côté sain. La rougeur des deux pommettes persiste depuis le début. La dyspnée est bien moins forte, mais il y a cependant une certaine gêne de la respiration. On entend encore le murmure vésiculaire sur le bord externe de l'omoplate; le souffle est très-prononcé dans l'aisselle et se propage jusque sous la clavicule.

Le cœur est de plus en plus refoulé à droite. Le maximum d'intensité de ses bruits correspond aujourd'hui au niveau du bord droit du sternum.

Bruit hydroaérique très-marqué dans le creux sous-claviculaire gauche; on peut aussi le percevoir dans la partie supérieure de la région sous-claviculaire, dans une étendue de 4 à 5 centimètres environ.

Thoracentèse. — Ponction faite avec le trocart capillaire, dans la ligne axillaire, sur l'équateur mamellaire, à l'aide de l'aspirateur de Dieulafoy.

Issue de 300 grammes environ d'un liquide purulent, épais, jaune-verdâtre, sans odeur.

31 janvier. — L'enfant a un peu mangé aujourd'hui; elle se sent très-soulagée, mais reste encore inclinée légèrement du côté gauche.

1er février. — Le souffle a disparu sous l'aisselle et sous la clavicule, et a été remplacé par de la respiration normale.

2 février. — 2e thoracentèse : 60 grammes de pus crémeux verdâtre sont de nouveau retirés. Aussitôt après l'opération, le murmure vésiculaire s'entend de haut en bas.

5 février. — Depuis sa dernière ponction, l'enfant a de la fièvre le soir, marquée par une exacerbation thermique dépassant de plus d'un degré la rémission matinale.

7 février. — On entend à peine le murmure vésiculaire. Le cœur est de nouveau refoulé à droite et en bas sous le sternum. Le souffle a reparu sous la clavicule et dans la ligne axillaire.

L'enfant est pâle, amaigrie, sans appétit, sans force. L'exacerbation thermique persiste.

8 février. — 3e thoracentèse (30 grammes environ de liquide offrant les caractères du pus).

9 février. — Bruit de pot fêlé dans la clavicule gauche.

15 février. — 4e thoracentèse, pratiquée dans le cinquième espace intercostal, au même niveau que les trois premières. On retire environ un demi-crachoir de pus : 100 grammes.

25 février. — 5e thoracentèse. 300 grammes de pus crémeux, bien lié, sans odeur.

3 mars. — 6e thoracentèse (200 grammes à peu près).

20 mars. — Épreuve faite à l'aide du spiromètre de Boudin ; la capacité pulmonaire ne paraît être que de 65 centimètres cubes.

8 avril. — 7e ponction fruste.

11 avril. — Le thorax reste toujours incliné du côté malade ; l'enfant paraît être gibbeuse au premier aspect. Essaye-t-on de rectifier son attitude vicieuse, elle la reprend aussitôt. Pour lutter contre cette déformation consécutive, nous appliquons sur le côté droit de la poitrine, au niveau de la ligne axillaire, une bande de collodion faiblement riciné, large de 8 centimètres et longue de 8 centimètres.

12 avril. — Dès le lendemain, l'enfant se levait droite et ne semblait nullement gênée par cette couche de collodion qui recouvrait une partie du thorax.

13 avril. — L'enfant est tout à fait redressée ; mais son état général laisse encore à désirer. Elle maigrit et s'étiole ; son teint est pâle, son appétit languissant. La toux n'a pas complétement disparu ; la respiration est courte, haletante, entrecoupée.

19 janvier. — Excoriation des lèvres, probablement due à une éruption de herpès buccal.

La couche de collodion est enlevée et la guérison de la difformité se confirme.

22 avril. Herpès labialis cutané.

27 avril. — Herpès de la conjonctive (conjonctivite de l'œil gauche).

1er mai. — Toute trace d'éruption herpétique a disparu.

L'état général de l'enfant est beaucoup plus satisfaisant ; elle se lève, joue avec ses petites camarades, descend au jardin avec elles, et se tient maintenant dans la rectitude la plus parfaite. Son appétit et ses forces reviennent, son teint est meilleur, ses joues plus colorées, et tout fait présager une guérison radicale et prochaine.

13 mai. — *Exeat* complétement guérie.

Réflexions. — Chez cette enfant, affectée de pleurésie diaphragmatique aiguë, avec épanchement purulent, la thoracentèse au moyen de l'aspirateur pneumatique, répétée six fois, a permis de guérir le mal sans ouvrir la poitrine et sans déterminer de plaie ni de fistule consécutive. Telle est la portée de ce fait rare dans l'histoire de la pleurésie purulente. On sait, en effet, qu'après la ponction par la thoracentèse ordinaire, l'épanchement purulent se reproduit, et qu'il faut recommencer. Souvent alors, après deux ou trois ponctions, le pus filtre dans l'une des ouvertures de ponction qui devient fistuleuse, et l'air, pénétrant à l'intérieur de la plèvre, détermine la putridité du pus. Il en résulte des symptômes de consomption qui, généralement, conduisent à faire l'empyème par incision pour faire le lavage de la cavité pleurale, ou à pratiquer la ponction pour mettre une sonde à demeure, ou à passer un drain au moyen de deux ouvertures, ou à faire un lavage par irrigation continue au moyen d'un siphon. Dans tous ces cas, il y a une fistule thoracique.

C'est pour éviter cette complication fâcheuse que j'ai eu recours à la ponction par l'aiguille creuse de l'aspirateur pneumatique, qui ne fait pas de plaie et n'entraîne pas de fistule. Six fois, j'ai retiré le pus qui s'était formé dans la cavité de la plèvre, et à la septième j'ai fait une ponction inutile, par laquelle il n'est rien sorti. L'enfant était guérie. Il n'y avait plus de pus dans la plèvre, et le traitement avait réussi sans provoquer de fistule consécutive.

Une autre particularité intéressante de cette observation, c'est la *déviation du rachis consécutive à la guérison* et le traitement mis en usage pour la faire disparaître.

On sait depuis longtemps que la pleurésie qui guérit entraîne souvent le rétrécissement de la poitrine. Chez les enfants, les choses se passent de même que chez l'adulte, mais il y a quelque chose de plus : avec le rétrécissement de la poitrine, il y a souvent incurvation latérale correspondante du rachis, et de cette attitude vicieuse peut résulter une difformité permanente. Ce n'est d'abord qu'une simple attitude vicieuse. La cage thoracique, rétrécie, entraîne la colonne vertébrale, qui s'infléchit latéralement, et le côté sain fait une saillie considérable. Notre malade était dans cette situation depuis deux mois. On pouvait craindre qu'elle restât ainsi difforme et bossue pour le reste de ses jours. Il en eût été ainsi sans le traitement mis en usage pour redresser la taille. Je pouvais mettre un corset mécanique à tuteurs latéraux et des courroies capables de remonter l'épaule gauche, mais c'était gêner l'ampliation du thorax, et j'y renonçai. Je préférai *l'emploi du collodion sur le côté sain,* de façon à exercer sur la peau une constriction assez gênante pour que l'enfant, désireuse de se soulager, s'inclinât volontairement sur le côté collodionné. Il fut ainsi fait. Du côté droit, sous l'aisselle, on mit une large couche de collodion riciné. La constriction exercée sur la peau par cet enduit fut telle que, pour la moins sentir, l'enfant s'inclina de ce côté. C'est ce que je désirais. Pour moins souffrir de la traction exercée à droite par le collodion, elle se redressa, et cet acte volontaire fit disparaître l'attitude vicieuse qui l'inclinait à gauche. Le résultat fut immédiat. Au bout de vingt-quatre heures, la colonne vertébrale était redressée, et quand on ôta la couche de collodion, toute attitude vicieuse avait disparu.

L'enfant se trouva ainsi guérie de sa pleurésie purulente et de la difformité consécutive de la colonne vertébrale produite par l'affaissement des côtes.

MÉDECINE LÉGALE

CAS DE MORT DÉTERMINÉE PAR LA FOUDRE. — AUTOPSIE

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES ACCIDENTS CAUSÉS PAR LE FLUIDE ÉLECTRIQUE SUR L'HOMME ET LES ANIMAUX

Par M. le docteur FREDET, de Clermont Ferrand (1).

Nous tenons de M. Lamotte, professeur à l'École de médecine, l'observation d'un homme du village de Beaumont, qui, frappé

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

par la foudre en pleine campagne, présentait une brûlure superficielle du dos et de la partie antérieure de la poitrine. Cet homme guérit très-bien de ses brûlures. Notre confrère, M. Thibaud, a été, l'année dernière, à Saint-Nectaire, témoin d'un coup de foudre qui frappa une femme occupée à serrer du linge dans une malle; elle reçut le choc sur la tête; le chapeau en paille fut déchiré en mille pièces, et elle-même fut projetée, la tête la première, dans la malle ouverte. Elle en fut quitte pour la peur. Une de ses compagnes, qui se trouvait dans le même appartement, fut atteinte d'hémiplégie du côté gauche, qui disparut après quelques semaines.

Le *Moniteur du Puy-de-Dôme* (numéro du 24 août 1871) donne les détails qui suivent sur l'accident arrivé dans le canton de Pionsat :

« Le jour de l'Assomption, suivant l'usage du pays, les habitants des villages se rangent sur le passage de la procession avec leurs bestiaux, pour les faire bénir.

Vers trois heures, au moment du défilé de la procession aux Goutles, village de Villemontagne, commune du Quartier, un violent orage survint. Chacun s'abrita du mieux possible, et une quinzaine d'hommes, de femmes ou d'enfants, accompagnés de bestiaux, prirent place sous un grand chêne.

Quelques instants après, la foudre tomba au milieu de ce groupe et frappa de mort la veuve Thévenet, âgée de 35 ans, ainsi que quatre vaches et un chien.

Une autre femme, également atteinte, a pu être rappelée à la vie, mais on craint qu'elle ne reste paralysée du côté gauche.

Circonstance à noter : la femme Thévenet était accompagnée de son enfant, qu'elle tenait abrité sous son manteau; il a été retiré sain et sauf.

Aucune branche de l'arbre n'était tombée, mais à 10 ou 12 mètres, le champ était jonché de petits éclats de bois provenant de la pile.

Le docteur Depoux, appelé, ne constata aucune trace de brûlure sur les femmes et les animaux frappés. »

Enfin M. Lamy, chimiste distingué à Clermont, nous a fait la narration du fait suivant, dont il a été le témoin oculaire, et dont il a failli être la victime:

C'était dans les premiers jours du mois d'août 1869, entre Bort et Tauves, à la côte de Pont-Vieux. M. Lamy occupait une place du coupé de la diligence qui fait le service entre Mauriac et Clermont. Le temps était lourd, mais rien dans l'état de l'atmosphère ne faisait présager un orage prochain. Les chevaux allaient au pas, lorsqu'une petite boule d'un blanc violacé apparut et disparut instantanément en produisant une détonation formidable, sans éclair et sans roulement de tonnerre. En même temps, postillon et chevaux sont couchés par terre sans mouvement. La boule éclata à la manière d'une bombe, à un mètre environ au-dessus du cheval du milieu, lançant vers la terre seulement, et en forme d'éventail, des gerbes d'une matière subtile et noirâtre, sans projection de lumière.

La foudre produisit des effets différents sur les cinq chevaux tués. Le timonier seul présenta une ouverture sous le ventre, d'où s'échappaient des flots de sang. Le rectum et le colon étaient sortis par l'anus chez les deux chevaux de devant. Les deux autres n'avaient aucune lésion apparente; les harnais n'étaient pas lacérés, les guides n'étaient pas brisées. Les chevaux étaient couchés sur le côté gauche, à l'exception du timonier, qui, placé immédiatement au-dessous de la boule fulgurante, s'était affaissé un peu sur ses jambes, retenu sans doute par les brancards de la diligence.

Le postillon fut renversé de son siége, une blessure au-dessus du front. Les voyageurs ne ressentirent aucune commotion. M. Lamy descendit du coupé et examina le corps du postillon couché par terre sans mouvement. Les yeux étaient fermés, la figure violacée et parsemée de points noirs. Le manteau était lacéré, et la jambe droite du pantalon, fendue longitudinalement, laissait voir une partie de la cuisse et du mollet entièremnnt criblée de points noirs. Il y avait absence complète des mouvements respiratoires. Le cœur ne battait plus; le sang sortait par une plaie béante du cuir chevelu. On le crut mort. Ce malheureux revint cependant à la vie trois quarts d'heure après, sous l'influence de la pluie, qui se mit à tomber par torrents. Il resta paralysé pendant de longs mois, et aujourd'hui encore marche-t-il avec peine.

M. Lamy fait suivre l'histoire de cet accident des considérations suivantes : « Il était assez difficile, dit-il, de se rendre un compte exact du phénomène. Une détonation formidable, sans étincelle, sans éclair, sans être précédée d'aucun coup de tonnerre, même lointain, aurait pu faire supposer que nous avions affaire à un bolide volant en éclats à une faible distance au-dessus des chevaux. Mais ayant été témoin récemment de la chute d'une météorite qui a éclaté dans l'air à une distance que j'évalue à 3 ou 400 mètres en donnant naissance à plusieurs gerbes rouges ou violettes, je pus établir entre les deux phénomènes une comparaison qui me prouva qu'il y avait une grande différence dans les effets produits, car je n'ai observé, pendant la dernière détonation, aucune projection de points lumineux. D'ailleurs, le petit trou remarqué sur le chapeau du postillon et l'ouverture faite sous le ventre du timonier, montraient assez que l'accident était le résultat du fluide électrique. On est donc conduit à supposer que les chevaux ont été foudroyés par un choc direct. La présence de la boule fulgurante au-dessus des chevaux et la détonation qui en est sortie démontrent que le choc a été direct.

« Comme il n'y a pas eu d'éclair, on peut dire que la foudre a pris naissance au point où elle a frappé la diligence. »

M. Lamy remarqua sur le corps du malheureux postillon la présence d'une poussière noirâtre, disposée régulièrement et affectant presque des formes géométriques régulières.

Ce phénomène n'est pas encore un des plus curieux effets de la foudre. On a observé sur la peau des foudroyés des images photo-électriques représentant des objets voisins. Andrès Poey (1) en cite plusieurs faits. Tel est encore ce cas rapporté par Francklin, où on observa sur la poitrine d'un homme l'image d'un arbre qui avait été frappé par la foudre à quelques mètres de lui. Le 16 août 1860, à Lappian (Aisne), un médecin de Sissonne constata d'une manière authentique, sur le dos d'une femme de 40 ans, touchée par la foudre, la reproduction d'un arbre dont le tronc, les branches et les feuilles étaient parfaitement distincts.

En 1864, à Nibelle (Loiret), trois hommes étaient occupés à cueillir des poires, lorsque la foudre tomba sur le poirier. Un des hommes fut tué; les deux autres ouvriers furent jetés par terre et restèrent quelque temps sans connaissance. Lorsqu'ils revinrent à eux, ils ne pouvaient remuer les jambes. Transportés chez eux et déshabillés, on constata chez l'un d'eux l'image des branches et des feuilles de poirier très-distinctement daguerréotypées sur la poitrine.

C'est bien à tort que l'on a mis en doute la possibilité d'un tel

(1) *Annuaire du Cosmos*, 1862.

résultat. La science a enregistré d'autres faits analogues, quelque étranges qu'ils puissent paraître. De toutes les manières d'expliquer ce phénomène, voici celle qui paraît la plus acceptable. La foudre qui a frappé un corps emporte avec elle des particules brûlées et réduites à un grand état de division de l'objet qu'elle a atteint (1). S'étant en quelque sorte moulée comme un cachet sur cet objet, elle peut emmener avec elle des particules brûlantes disposées suivant la même forme, et qui peuvent reproduire et imprimer par brûlure cette même image sur un autre objet. Il n'y a donc aucune action chimique de la lumière, mais un simple effet de transport mécanique de matière et une brûlure (2).

Dans l'observation qui nous est personnelle, j'ai noté une rigidité cadavérique assez prononcée ; mais les signes d'une putréfaction prématurée n'existaient pas. Cette dernière circonstance a été indiquée par Gaents, Ebell, Krels, qui ont pratiqué l'ouverture de cadavres de foudroyés. Sénèque avait signalé déjà la rapidité avec laquelle les vers se mettent dans les cadavres des sidérés.

Une autorité plus compétente que Sénèque en cette matière, Francklin, signale aussi comme très-fréquente la décomposition rapide chez les animaux tués par le tonnerre.

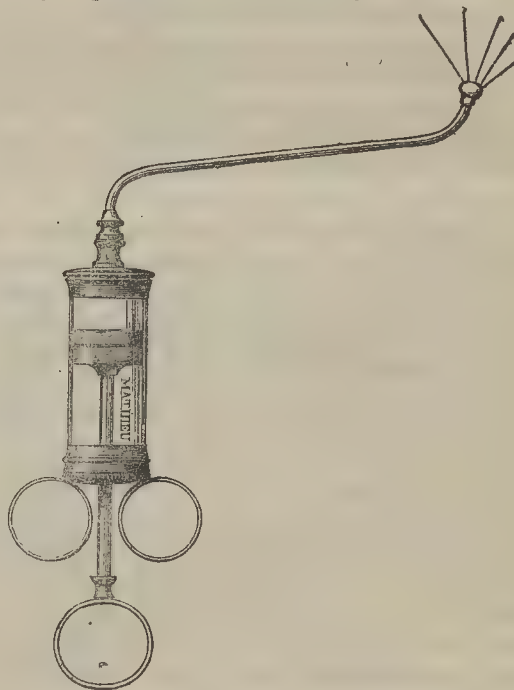
L'action de la foudre sur les corps organisés a eu quelquefois des effets plus terribles encore. On a signalé, en effet, un cas où le crâne d'un homme foudroyé paraissait comme broyé par un instrument contondant. L'abbé Richard, dans son ***Histoire de l'air***, rapporte que le corps du procureur Siméon de Tracé fut comme réduit en bouillie par un coup de foudre. Le docteur Mitié cite également le cas d'une femme foudroyée en 1773, dont les os, fluidifiés par une incroyable activité chimique, avaient en quelque sorte disparu de l'intérieur de ses membres. Un fait analogue eut lieu, en 1718, dans la marche de Pilnitz ; seulement, c'est sur huit brebis que le phénomène fut constaté, suivant Honorius. Zooldo, Le Laboureur (3), l'abbé Richard (4), Antoine Louis (5) en citent encore d'autres cas.

Nous n'en finirions pas avec les effets plus ou moins curieux de la foudre. Dans les relations des catastrophes causées par ce terrible agent, cherche-t-on en vain à y découvrir quelque loi générale qui permette de classer et d'expliquer les phénomènes observés. Ce n'est que la collection d'un grand nombre de faits de ce genre qui pourra seule nous éclairer un jour sur la véritable nature de cet agent si redoutable et si mystérieux.

SERINGUE NASO-ŒSOPHAGIENNE

(Présentée à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 juin 1872, par M. le Dr Fauvel.)

Les maladies des fosses nasales postérieures, ou arrière-narines, qui durent si longtemps et récidivent si fréquemment, ne peuvent être guéries d'une façon radicale qu'à la condition de joindre à une thérapeutique générale, appropriée et variée, un traitement local, suivi avec régularité pendant plusieurs mois. On sait combien il est difficile d'atteindre la muqueuse naso-pharyngienne au niveau de l'apophyse basilaire de l'occipital et au voisinage des trompes d'Eustache. Cependant les ulcérations, les granulations et les catarrhes de ces régions, sans parler des polypes, sont très-fréquents, et nécessitent une intervention topique. Le chirurgien, aidé par l'éclairage rhinoscopique, peut bien porter le caustique liquide ou solide sur un endroit déterminé des arrière-narines ; mais il doit être fait plusieurs fois par jour, et pendant longtemps, des applications liquides astringentes ou caustiques ; il est nécessaire que le malade puisse lui-même, et sans le secours du rhinoscope, pratiquer cette opération ; c'est pourquoi nous avons fait faire par M. Mathieu une petite seringue spéciale destinée à cet usage.



Description de l'instrument. — Corps de pompe en cristal ; monture à trois anneaux, terminée par une canule à double courbure, munie à son extrémité d'un renflement perforé de petits trous, qui permettent la sortie du liquide en pulvérisation ; elle peut être chargée de nitrate d'argent ou autres caustiques liquides. La disposition des trous fait voir qu'on peut atteindre les cornets, le pavillon des trompes et l'apophyse biliaire, et faire passer le liquide du nez dans la bouche, et de la bouche par le nez.

VARIÉTÉS

UNE LETTRE D'OUTRE-TOMBE (1)

Une des questions qui ont le plus agité votre siècle est celle de la contagiosité propre à chacun des groupes d'accidents qui composent le mal français. Cette question, vous l'avez résolue, en partie du moins, et résolue — soit dit incidemment — par certaines expériences qui ne sont guère à votre honneur. En fin de compte, à quoi avez-vous abouti ? Vous savez que les accidents primitifs sont contagieux ; vous savez que certains accidents secondaires le sont également ; et pour les tertiaires,... vous ne savez rien. Vous présumez aussi, d'un accord presque unanime, que la contagiosité de la maladie s'affaiblit avec l'âge et s'épuise par degrés à mesure que vieillit l'infection. Or, laissez-moi constater, non sans une certaine satisfaction d'amour-propre, que cette solution, dernier mot de la science actuelle, est exactement la nôtre, la nôtre, entendez-le bien. Nous ne disions pas autre chose au XVIe siècle, et nous le disions dans les mêmes termes, comme vous allez le voir. Personne tout d'abord ne mettait en

(1) *Expériences* de M. Fusinieri.
(2) L. Figuier, 5e année, 1861.
(3) *Histoire de Charles VI.*
(4) *Histoire de l'air et des météores.*
(5) *Observations sur l'électricité.*

(1) Suite. — Voir les numéros des 21 mai et 8 juin 1872.

doute la contagiosité des accidents initiaux ; celle des accidents consécutifs ne nous semblait pas plus discutable, et dans maints endroits de nos livres vous nous verrez fournir des exemples de nourrices infectées par de nourrissons ou des nourrissons infectés par des nourrices. Quant à l'atténuation progressive du pouvoir contagieux de la maladie à des périodes de plus en plus éloignées de son début, nous y avons cru, comme vous, et l'un de nous, entre autres, a écrit textuellement ceci :

« Le mal vénérien est un mal contagieux... Mais les accidents qu'il produit *à une époque avancée* semblent *dépourvus de tout pouvoir contagieux*. Nous savons par expérience que des malades affectés de ce dernier ordre d'accidents ont pu avoir rapport avec des sujets sains sans leur communiquer le moindre symptôme vénérien(1). »

Et, tenez, puisque je suis sur ce terrain de la contagion, je ne le quitterai pas sans relever encore quelques imputations peu charitables à notre adresse. Vous nous raillez, pauvres vieux, de notre prétendue crédulité à l'endroit des origines de la maladie. A vous entendre, nous aurions sérieusement admis que le mal français pût dériver des causes les plus absurdes, se contracter par infection simple et sans contact, se développer spontanément, résulter d'intempéries atmosphériques, d'influences sidérales, d'aliments insalubres, etc. Que ces sottises aient pu trouver créance dans les premiers temps où un mal inconnu fit son apparition première, qu'elles aient survécu dans l'esprit d'un public ignorant, qu'elles aient même trouvé un écho complaisant dans les écrits de quelques médicastres de notre temps, cela se peut ; mais c'est nous faire, en vérité, bien peu d'honneur, à nous, médecins sérieux, que de nous présenter à la postérité comme les complices de telles erreurs. Sachez-le bien, nous étions pleinement édifiés, dès notre époque, sur le caractère vénérien, sur les origines vénériennes du mal français. Nous savions parfaitement que la cause presque invariable de ce mal, c'était l'union sexuelle d'un sujet sain avec un sujet infecté (2). Ai-je dit autre chose, pour ma part, dans mon étiologie ? Et le fait même était si patent, il était d'évidence tellement notoire de nos jours, que l'un de nos contemporains proposa d'appliquer au mal français, comme la dénomination qui lui convenait le mieux, l'appellation nouvelle de mal vénérien, *morbus venereus* (3). Ce néologisme a bien sa signification, je pense.

(1) J. de Béthencourt, *Nouveau Carême de pénitence*. — Voir de plus ce que j'ai écrit moi-même sur le pouvoir contagieux du mal français *à ses diverses périodes*.

(2) Je ne cite personne ici, parce qu'il faudrait citer la plupart de mes contemporains, de mes prédécesseurs et de mes successeurs. N'allez pas, du reste, tomber à ce propos dans une confusion trop souvent commise à notre préjudice. Certains d'entre nous, je le confesse, ont émis des hypothèses plus ou moins ridicules sur la genèse première de la maladie ; mais ils ne se faisaient pas pour cela la moindre illusion sur les causes de son développement ultérieur, sur sa nature essentiellement vénérienne. Genèse première d'un mal et mode ultérieur de propagation de ce mal sont choses bien différentes, que bien à tort vous avez assimilées. Distinguons, je vous prie, pour être justes ; ou plutôt distinguez.

(3) Voyez encore ce que dit J. de Béthencourt à ce sujet : « Nous autres médecins, nous ne doutons pas que cette maladie (le mal français) ne soit un résultat de la débauche.... Nous croyons que c'est un mal d'essence vénérienne. » — L'origine vénérienne de la maladie était même appréciée du public intelligent de notre époque, des « gens du monde », comme vous dites au XIX[e] siècle. C'est pour cette raison que J. de Béthencourt (il nous l'apprend lui-même) ne voulut offrir la dédicace de son livre à aucun de ses contemporains ; « car, dit-il, celui qui accepterait le patronage compromettant de mon opuscule encourrait, par cela seul, un trop fâcheux soupçon. »

Et cela même ne veut pas dire, veuillez le remarquer encore, que nous ayons ignoré la possibilité de contagions différentes, s'exerçant en dehors du commerce sexuel. Loin de là. Nous avons connu et signalé les contagions non vénériennes, celles, par exemple, des nourrices par les nourrissons, comme toutes celles qui peuvent résulter d'un contact accidentel et innocent. Nous avons même connu ce que vous appelez aujourd'hui la contagion médiate, celle qui se transmet par un intermédiaire inanimé, tel qu'un vêtement, un verre, un drap de lit, un linge souillé de pus virulent (1). Et vous voyez qu'en somme notre étiologie du mal français était, pour nous du moins, médecins et chirurgiens sérieux, tout aussi exacte et je dirai même presque aussi avancée que la vôtre. Trêve donc à vos injustes railleries sur ce sujet.

J'arrive à notre symptomatologie. Mérite-t-elle davantage votre inattention et vos dédains ? Loin de nous, certes, la prétention d'avoir improvisé et parfait ce qui ne peut être l'œuvre que d'une observation prolongée. Mais si nous n'avons pas connu tous les accidents du mal français, avouez que nous en avons découvert et signalé bon nombre, et bon nombre des plus essentiels, des plus importants. Lésion primitive constituant ce que vous appelez aujourd'hui le chancre, éruptions cutanées multiples et diverses, érosions superficielles des muqueuses, alopécie, pelade, douleurs articulaires ou péri-articulaires, douleurs musculaires ou osseuses, névralgies, adénopathies de forme froide et indolente, exostoses, caries, nécroses, tubercules cutanés ou muqueux, gommes, ulcérations profondes et destructives, perforations du palais, affaissement ou disparition du nez, etc., tout cela nous l'avions observé et nous l'avons décrit dans nos livres. Et je vous fais grâce encore d'une foule d'autres symptômes que nous avons seulement entrevus et signalés à nos successeurs, tels que les inflammations oculaires, la fièvre, les paralysies, la chlorose, les troubles nerveux, etc..... Il y a plus, c'est que les accidents viscéraux du mal français ne nous ont pas échappé. Les premiers, nous avons parlé des lésions spécifiques du foie, du larynx, de la trachée, du poumon, de l'intestin, etc. Les premiers encore, nous avons décrit et cet accident local si redoutable que vous appelez le phagédénisme, et cet état général si grave auquel vous avez donné le nom de cachexie syphilitique. Nous ne vous avons pas davantage laissé le soin de constater le caractère remarquablement polymorphe de la diathèse, la diversité singulière de ses formes, tantôt bénignes, tantôt graves, et tantôt même malignes, son évolution d'allure essentiellement chronique, sa faculté surprenante de récidive et de récidive à longue échéance, voire même sa transmission par hérédité et la gravité propre de ses formes héréditaires.

Mais je m'arrête, car s'il fallait tout dire je n'en finirais pas, et cette lettre dépasserait de beaucoup l'étendue que je veux lui donner. Je m'arrête, car si je descendais aux détails, si je prenais en particulier chacun des symptômes ou des groupes de symptômes que je viens d'énumérer, je vous montrerais, — et cela m'entraînerait loin, — que bon nombre de prétendues découvertes modernes ne sont que des redites, des emprunts faits au bon vieux temps. Entendons-nous bien toutefois. Je ne vous conteste en rien vos découvertes, car on découvre à vrai dire ce qu'on trouve..... quand on ne le connaît pas. Ce que je vous reproche seulement, c'est d'avoir pris la peine de découvrir ce qui était déjà trouvé, ce que d'autres avaient dit avant vous. Cela

(1) Voyez, par exemple, J. Bénédict ; — G. Torella ; — N. Massa ; — A. Lecoq ; — J. B. Montanus, etc.

n'attaque en rien votre mérite ; votre seul tort est d'être venus trois ou quatre siècles après nous.

Des preuves, des preuves ! allez-vous dire peut-être. La suivante entre autres, je l'espère, sera de nature à vous satisfaire.

(Sera continué.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

134. Guenot. Quelques mots sur la paralysie consécutive à la compression des nerfs.

135. Fabre. Étude sur l'hypertrophie de l'utérus.

136. Poitou-Duplessy. Étude sur les ruptures du périnée dans l'accouchement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A la suite du concours ouvert pour trois places de médecin au Bureau central des hôpitaux, ont été nommés : MM. Fernet, Lecorché et Damaschino.

— L'administration de l'Assistance publique a acquis au prix d'environ 1,600,000 fr. des terrains d'une superficie de 50,000 mètres environ, vers le coteau de Ménilmontant, pour y construire un nouvel hôpital.

— Par un arrêté du 29 mai 1872, M. le le ministre de l'intérieur a admis, sur sa demande, M. le docteur Calmeil, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton, à faire valoir ses droits à la retraite, et l'a nommé médecin en chef honoraire de cet établissement.

Par un arrêté du même jour, M. le docteur Rousselin, inspecteur général du service des aliénés, a été nommé médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

— La Turquie vient de prendre des mesures sanitaires en vue de l'épidémie cholérique qui s'est déclarée à Odessa.

M. le docteur Guibout reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de la peau, à l'hôpital Saint-Louis, le samedi 15 juin, à 9 heures du matin, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant : le résumé de la médecine et de la chirurgie ; — la médecine opératoire ; les accouchements ; — les maladies des yeux ; — les maladies des oreilles ; — les maladies des dents ; — la matière médicale ; — les eaux minérales et un formulaire spécial pour chaque maladie, par MM. Bouchut et Després. — Un volume grand in-octavo de 1,500 pages sur deux colonnes, avec 750 figures dans le texte. — *Seconde édition*, 1872. — Chez Germer Baillière. — Prix : 28 francs.

Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx, par le docteur L. Mandl. — Paris, in-8°, 1872, cart., de 816 pages, avec 7 planches gravées et coloriées et 164 figures intercalées dans le texte. Prix : 18 fr. — J.-B. Baillière et fils.

Traité élémentaire de chimie organique, par M. Berthelot, professeur au Collége de France et à l'École de pharmacie. — 1 vol. in-8°. Paris, 1872, Dunod.

Observations et statistiques pour servir à l'histoire des amputations, par le docteur L. Robuchon, ancien élève de l'École du service de santé de Strasbourg. Paris, 1872. In-4° de 76 pages. — Prix : 2 fr. 50. — J.-B. Baillère et fils.

Des caractères généraux des affections catarrhales aiguës, par le docteur Georges Bergeron, professeur agrégé à la Faculté de médecine. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

PAPIER RIGOLLOT POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

CONTREXÉVILLE

(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central : 23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

SIROP ET VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Ces produits, les seules préparations phosphatées physiologiques qui aient servi à démontrer scientifiquement les propriétés du phosphate de chaux, contiennent, par cuillerée à bouche de sirop et par verre de vin, **un gramme de sel.**

Cette dose élevée explique l'énergie avec laquelle se relèvent **l'appétit** et toutes les **fonctions de nutrition** dans la *Dyspepsie*, la *Convalescence*, le *Rachitisme*, la *Scrofule*, et toutes les affections aiguës ou chroniques dans lesquelles la nutrition est altérée.

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, *rue Sainte-Croix de la Bretonnerie*, 54, *Paris.*

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

MALTINE GERBAY

Dosée physiologiquement d'après la méthode du Docteur Coutaret.

Avec la MALTINE, on opère la *digestion artificielle* de toutes les substances féculentes.

Les médecins de France et de l'étranger, qui, depuis trois années, l'ordonnent habituellement, ont reconnu que la MALTINE est le

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE DES DYSPEPSIES AMYLACÉES

On en obtient les plus heureux résultats dans les cas de DYSPEPSIE SALIVAIRE OU AMYLACÉE, GASTRITE, GASTRALGIE, AIGREURS, EAUX CLAIRES, VOMISSEMENTS, POINTS, CONSTIPATION *et tous autres accidents qui proviennent pendant la première ou la seconde digestion.*

La MALTINE GERBAIS est beaucoup plus active et bien plus économique que toute

BIÈRE DE MALT

Se méfier des contrefaçons.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vente en gros, pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de Henri Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop Henri Mure contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. Henri Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

GLOBULES ALLOUIN

A l'essence d'EUCALYPTUS (Eucalyptol)

L'*Essence d'Eucalyptus globulus* est employée depuis plus de cinq années par M. le professeur **Gubler**, qui a expérimenté les Globules **Allouin**, et en a obtenu les meilleurs résultats dans le traitement des affections aiguës et chroniques des voies respiratoires. Le flacon, 4 fr.; le demi-flacon, 2 fr. 25. Dépôt, *gros et détail*, pharm. **Allouin**, 75, avenue des Ternes, et pharm. **Thommeret Gells**, 32, faubourg Montmartre. — Dépôt de tous les produits tirés de l'*Eucalyptus : Teinture, Cigarettes, Prises de poudre, Vin, Pilules d'extrait, Sirop, Liniment, etc.*, et dans toutes les pharmacies.

Le vrai sirop dépuratif anti-scorbutique

du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie Sage-Danzel, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher Monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de « mes enfants, un litre de votre excellent sirop « anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent con- « stater la bonne préparation.

« Dr Fodéré. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Calissaya, pour faire le vin soi-même et instantanément ; préparation également très appréciée.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 2, rue de la Coutellerie. — Ci devant, 2, Avenue Victoria (maison incendiée).

ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES.

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN** Pharmacien. Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement des **affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes, des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'essence pure d'Eucalyptus (*Eucalyptol*). — Pilules. — Alcoolature. — Cigares. — Cigarettes. — Sirop. — Vin. — Baume. — Liqueur digestive, etc.

Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

Admis dans les hôpitaux militaires (guerres d'Orient, d'Italie).

VESICATOIRE D'ALBESPEYRES

Avis favorable du Conseil de Santé.

Action énergique et régulière, toujours produite douze heures au plus après son application.

D'une extrême commodité pour les médecins qui peuvent l'emporter dans leurs trousses.

Paris, 78 et 80, faub. St-Denis, et dans toutes les pharm., où l'on trouve aussi les **Capsules Raquin.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 — —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES. Accouchement par le forceps-scie de van Huevel (M. Hyernaux). — Des origines du procédé des résections sous-périostées (M. Chassaignac). — Épanchement pleurétique ; thoracentèse ; mort (M. Henri Pernet). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Thèses. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons toujours cru que notre Académie, quand elle se constituait en comité secret, voulait par cela même faire indirectement appel à notre discrétion. Il est si facile, du reste, de savoir ce qui s'est passé derrière ces portes closes, qu'on n'a même pas à combattre la tentation de le révéler.

Pourtant, nous ne voulons pas tarder à annoncer l'élection probable de M. Bourdon, médecin de la Charité, si estimé pour son mérite et son caractère, pour le soin qu'il prend à former à la pratique médicale les élèves de son service, et sa bienveillance inépuisable envers ses confrères aussi bien qu'envers ses malades. Depuis longtemps on s'étonnait qu'il ne siégeât pas à l'Académie, et ses concurrents, malgré leur valeur, doivent trouver tout naturel de le voir passer avant eux.

Le comité secret a, cette fois encore, fait interrompre le discours de M. Chassaignac, qui combat vivement *pro aris et focis*.

Tout ce qui n'est pas le drainage lui paraît dangereux, aussi bien la simple ponction que l'incision plus ou moins étendue d'un des espaces intercostaux. Prenant l'une après l'autre quelques observations qui sont contraires à sa théorie, il les discute, les critique et les étreint sans miséricorde. Il est évident qu'avec cette méthode, il s'est ouvert un champ bien vaste : trop vaste à notre avis, car tous ses arguments, trop personnels pour être analysés, peuvent atteindre les adversaires de M. Chassaignac jusqu'à les faire crier, sans éclairer en rien le fond de la question.

La plupart sont à double face.

M. Hérard avait reproché à la méthode du drainage d'exposer à blesser l'artère intercostale, alors qu'on ramène le trocart, pour faire la seconde ponction, de l'intérieur à l'extérieur, vers un point où l'artère n'est pas, comme en dehors, protégée par la côte : M. Chassaignac a objecté très-longuement à l'incision la blessure possible de l'artère intercostale.

Par le drainage, comme l'avait fait remarquer M. Hérard, on conserve longtemps un trajet fistuleux, qui est loin d'être sans inconvénients : M. Chassaignac a consacré une très-notable partie de son discours à insister sur les inconvénients du trajet fistuleux qui peut succéder à l'incision ou à la ponction de la plèvre.

Par le drainage, l'air peut entrer dans la cavité de la plèvre aussi bien que par l'incision : M. Chassaignac a fait valoir tous les dangers de cette entrée de l'air lorsqu'elle succède à l'incision.

Aussi les auditeurs songeaient-ils à la fable où l'écrevisse adresse des remontrances à sa fille sur sa manière de marcher.

La méthode du drainage n'a rien de spécifique. Il n'en est pas comme du quinquina contre la fièvre paludéenne. Ce n'est point par une propriété mystérieuse, catalytique ou autre, que le tube à drainage est utile quand on l'introduit dans une plèvre ; c'est parce qu'il permet l'écoulement graduel et plus régulier du pus sécrété.

Mais on peut parvenir au même résultat sans imiter M. Chassaignac, par exemple avec une seule ouverture, comme le prouvent, entre autres, les faits communiqués par M. Delacour et dont nous avons commencé la publication. Ce n'est plus alors la méthode préconisée par M. Chassaignac ; pas plus que ce n'est cette méthode lorsque, comme M. Gosselin, on a soin de changer en une large incision une des deux ouvertures par lesquelles le drain doit passer.

Dans tous les cas, du reste, l'air entre dans la plèvre, et il n'y produit pas « la brusque inflammation de la surface suppurante, une fièvre interne, suivie sans aucun doute d'une mort rapide. » C'est là une théorie qui n'a pas supporté l'épreuve de l'observation.

Toutes les fois, ou à peu près, que chez un malade épuisé par la fièvre hectique à cause de la présence d'un pus qui se corrompt dans la cavité de la plèvre, on fait complétement sortir ce pus, soit par l'incision, soit par le drainage, on obtient d'abord un soulagement remarquable, alors même que la guérison n'aura pas lieu en définitive.

La fièvre diminue, l'appétit se dessine ; et quant à la séreuse, elle ne s'enflamme pas davantage. Pourquoi cela ? Parce que la séreuse en réalité n'existait plus. Les expériences de M. Colin sur les animaux l'ont conduit à cette même conclusion que nous avons rappelée l'année dernière. Quand, par suite d'un traumatisme qui la met en rapport avec l'air extérieur, ou autrement, la plèvre suppure chez un cheval ou chez un chien, comme chez un homme, elle a perdu complétement ses caractères de séreuse : c'est une surface recouverte de granulations inflammatoires et parfaitement comparable à la paroi d'un abcès chaud.

Ce qui entrave la guérison en pareil cas, c'est la difficulté parfois insurmontable que les surfaces suppurantes éprouvent à se mettre en contact. Parfois le poumon est enveloppé de fausses

membranes résistantes, qui le maintiennent affaissé et le brident de toutes parts.

Alors le drainage est inefficace, comme la ponction, comme l'incision, chez les adultes, dont les côtes ne peuvent plus suffisamment s'aplatir pour combler le vide.

C'est pourquoi M. Gosselin a insisté avec raison sur la guérison plus facile des empyèmes chez les enfants, quelle que soit du reste la méthode choisie.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL SAINT-JEAN DE BRUXELLES. — M. Hiernaux.

Accouchement par le forceps-scie de Van Huevel (1).

(Observation recueillie par M. Dupuy de Frenelle.)

Il y a déjà un certain nombre d'années que M. le docteur Van Huevel (de Bruxelles) a doté la science obstétricale de son précieux instrument : le *forceps-scie*, et, cependant, malgré un si près voisinage et un caractère national qui nous relie à tant de titres au peuple belge, il n'est pas encore entré dans la pratique des médecins français.

Très-obligeamment prévenu par M. le professeur Hiernaux qu'il devait, le 4 juin dernier, pratiquer un accouchement avec le *forceps-scie* dans son service clinique de l'hôpital Saint-Jean, je n'eus garde de ne point profiter d'une telle bonne fortune (2) qui m'a permis de recueillir l'observation que j'ai eu l'honneur de communiquer à la Société de médecine pratique.

Il s'agissait d'une femme de 35 ans, primipare, petite, chétive, rachitique au plus haut point, ayant les jambes fortement arquées, les extrémités des os longs volumineuses; toutefois, le rachis ne présentait pas de scoliose.

Cette femme, à terme de sa grossesse, et dont le bassin déformé ne mesurait que 57 millimètres de diamètre antéro-postérieur, était en travail depuis deux jours; la dilatation du col, opérée très-lentement, quoique favorisée par des injections émollientes et des bains, permettait seulement de songer à la délivrance.

Il y avait présentation de la tête; les eaux étaient écoulées depuis la veille; le cordon, prolabé, était en décomposition putride, manifeste, et n'offrait plus de pulsations. L'enfant était mort, et cette mort remontait à environ deux ou trois jours.

L'état de l'accouchée ne manquait pas d'être inquiétant : elle avait une fièvre intense; la peau était brûlante, le pouls petit, très-fréquent, les gencives fuligineuses, la langue chargée et sale; néanmoins, les douleurs expulsives persistaient, mais avec peu d'énergie; il y avait urgence pressante d'intervenir.

L'accouchement par les efforts de la nature, par l'application du forceps, par la version, étant impossible d'une manière absolue, la seule voie pratique de salut ne pouvait être que dans la mutilation de l'enfant. Dans ce cas, M. le professeur Hiernaux donna, avec indiscutable raison, la préférence à la céphalotomie, qui fut décidée.

L'instrument et les rainures ayant été huilés, la chaînette-scie ayant été lubrifiée et parfaitement assouplie d'un bout à l'autre, précaution indispensable, la femme fut couchée dans la position tout à fait horizontale sur le lit de douleur, et l'habile opérateur, avec une grande facilité, sans violence, sans embarras, avec une seule main conductrice, la main gauche, pour les deux branches du forceps-scie, les introduisit successivement à plat et très-haut.

Après avoir ramené le manche de la deuxième branche en bas et sur le côté, il fit l'application des crémaillères armées de la chaînette-scie, assura le rapprochement des cuillers avec un lacs, adapta le tourillon ; — dès lors, un aide saisit le manche du forceps de la main gauche, manœuvre très-lentement le tourillon de sa main droite, tandis que le maître scie sans relâche par un mouvement étendu de va-et-vient de la chaînette.

Au premier coup, il jaillit un gros jet de sang. La section de la tête est terminée et *complète* en moins de deux minutes. La chaînette et les deux crémaillères sont retirées ; l'opérateur fait des tractions sur l'instrument devenu un simple et excellent forceps. Sous ses efforts, la cervelle et des caillots de sang s'échappent, puis plus rien ; les cuillers glissent comme dans le vide et sont ramenées au dehors ; car la décomposition cadavérique avancée ne laisse aucune résistance à la masse énuclée. Tous les os du crâne, divisés ou non par la section, sont détachés, flottants et retirés avec la main, qui les amène facilement, sans danger de léser les organes maternels, puisqu'ils sont entiers, sans esquilles, ou sciés avec une parfaite netteté. Cette désagrégation cadavérique qui a annihilé l'action du forceps, on le comprend, n'existe pas quand on opère sur un enfant vivant ou mort récemment : les os et les téguments sont adhérents, le parallélisme se maintient, les deux fragments du crâne tiennent l'un dans l'autre et dans le forceps ; le corps suit alors les tractions de l'instrument qui termine l'opération.

Pour opérer l'extraction de l'enfant, c'est en vain que M. Hiernaux tire sur les lambeaux céphaliques, qui se séparent au moindre effort. Les parties restantes de la base du crâne, puis le tronçon cervical, saisis avec les pinces-forceps, se déchirent aussi successivement.

Un fort lacs ayant pu être appliqué sur la base du col, d'assez énergiques tractions ne donnent aucun résultat. Il introduit sa main dans la cavité utérine, sent un bras, une main, y applique un crochet qui l'attire au dehors. Les tractions qu'il opère sur ce membre produisent une déchirure et l'arrachement de l'articulation brachio-humérale. Enfin, après toutes ces tentatives impuissantes, il implante un crochet solide dans le thorax, près de l'épaule, et presque aussitôt l'enfant est amené au dehors, privé de la plus grande partie de son épiderme.

Le placenta ne suit pas la masse et reste collé à son insertion. Les contractions utérines sont nulles ou très-faibles. Le cordon se rompt à la moindre traction. Le décollement et la délivrance, tentés inutilement par l'*expression* de la matrice, sont pratiqués artificiellement sans difficulté.

Un instant après, du bouillon et un peu de vin pur sont donnés à l'accouchée. Après un temps de repos suffisant, il sera pratiqué des injections vaginales avec de l'eau chlorurée, et des mèches imprégnées de vin aromatique seront placées dans le vagin.

Le surlendemain 6, nous revoyons cette femme ; elle va bien, elle a reposé et dormi ; le pouls est descendu à 75 pulsations ; le ventre n'est pas plus sensible qu'après le plus simple accouchement, et elle a de l'appétit.

La section céphalique a duré moins de deux minutes et l'accouchement a été terminé en moins de trente minutes. La femme a très-peu souffert et paraît très-heureuse de sa délivrance. Son état témoigne de la douceur de l'instrument, de celle des manœuvres, et cela sans inquiétude d'accidents possibles par l'instrumentation.

---

(1) Communiqué à la Société de médecine pratique de Paris.

(2) Nous ne saurions trop féliciter M. Dupuy d'avoir franchi nos frontières pour assister à une excellente leçon. Il y a là un bon exemple à recommander.

Ici, comme toujours, la manœuvre, l'application et la section, toute la partie opératoire, dans ces accouchements où l'étroitesse du bassin est si considérable, n'a été presque rien; mais c'est l'extraction du corps qui est le nœud difficile à vaincre. Il est évident que, sans le ramollissement et les disjonctions cadavériques, la boîte crânienne étant vidée et repliée sur elle-même, solidement maintenue par l'adhérence des téguments, on eût eu tout l'espoir de terminer incontinent l'extraction avec le forceps.

Le fait que je viens de rapporter offre cela d'intéressant et de particulier, que toutes les manœuvres obstétricales qui peuvent se pratiquer dans les cas de céphalotomie ou de céphalotripsie ont dû être employées : les mains, les pinces-forceps, les lacs, la recherche d'un membre, soit inférieur, soit supérieur; enfin le crochet implanté sur le corps de l'enfant. Il n'y manque que la version, dernier et excellent, mais épineux moyen; car, si l'on peut parvenir sans trop de peine à introduire la main à plat pour saisir un pied, elle devra être ramenée fermée, ce qui est toujours difficile et fort souvent impossible. Il est vrai que le *porte-lacs*, instrument aussi simple qu'ingénieux, d'une manœuvre tout à fait aisée, inventé par M. le professeur Hiernaux, pourrait être, dans l'occurrence, de la plus précieuse utilité.

Il est presque oiseux de faire ressortir les avantages frappants de l'emploi du *forceps-scie* sur celui du céphalotribe, même avec la méthode préconisée de M. le professeur Pajot. En effet, le céphalotribe, instrument puissant, très-épais, trop épais, broie facilement la portion céphalique qu'il étreint, mais en produisant des éclats osseux, déchirés, anguleux, irréguliers, qui ne laissent pas que de produire des attritions, des déchirures, des éraillures de l'utérus et du vagin pendant les violents efforts qu'exige toujours l'extraction de l'enfant, blessures dont tout le monde connaît les dangers pour la mère.

D'un autre côté, le céphalotribe n'embrasse pas ou embrasse mal la base du crâne, qui échappe au broiement, point très-important et même indispensable pour le succès de l'opération. En outre, le céphalotribe a pour effet de déterminer une augmentation du diamètre antéro-postérieur, qui est précisément celui qu'il importe surtout de corriger. Enfin, l'écrasement étant fait, ses deux tiges étroites, presque droites, ne saisissent rien, n'ont presque pas de prise sur la masse molle, glissent et ne sont d'aucune utilité pour la traction extractive, temps, pour ainsi dire, capital de l'accouchement. On a dit que, alors, on recourra à l'emploi du forceps ordinaire; mais rien n'est plus difficile que son application sur le magma après le retrait du céphalotribe.

Le *forceps-scie* de Van Huevel, qui a la forme d'un forceps ordinaire, n'expose à aucun de ces dangers ni de ces graves inconvénients, car il fait une section nette, sans esquilles ni anfractuosités, divise complétement la tête, y compris la base du crâne, et est un excellent instrument de traction.

M. le professeur Hiernaux, qui enseigne avec autant de science que de clarté et de modestie, nous en a énuméré, dans une magistrale conférence, tous les avantages, avec un exposé critique que l'on trouvera dans les mémoires qu'il a publiés, et surtout dans son excellent *Traité d'accouchements*. J'en ferai le résumé en disant que la céphalotripsie est une opération dangereuse, tandis que la céphalotomie est d'une parfaite innocuité et infiniment moins laborieuse.

Enfin, l'instrument de M. le docteur Van Huevel m'a paru, comme de fait, d'un emploi si facile, d'une manœuvre si sûre et si rapide, il met tellement les organes maternels à l'abri de toute lésion, de tout froissement, que l'on pourrait dorénavant considérer comme une faute d'avoir recours à tout autre.

DES ORIGINES DU PROCÉDÉ DES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 1er mai 1872, par M. CHASSAIGNAC.)

La communication que j'ai l'honneur de vous soumettre a pour but de prouver :

Que la chirurgie des hôpitaux de Paris, loin de rester en arrière de la chirurgie des hôpitaux de Lyon dans la question des résections, l'a devancée de plus de dix ans;

Que la méthode dite sous-périostée n'appartient point à M. Ollier, et que longtemps avant lui elle a été pratiquée suivant toutes les règles dont il se prétend l'initiateur, en sorte que ceux qui l'ont précédé dans cette voie, se trouvent injustement dépouillés et se croient en droit d'en exprimer leur regret.

Ces assertions me paraissent, pour M. Ollier aussi bien que pour moi-même, d'une gravité telle que si je les émettais sans preuves sérieuses et concluantes, j'assumerais une bien lourde responsabilité, et je me croirais forcé de faire amende honorable devant mes collègues si je restais convaincu d'avoir en quoi que ce soit, altéré la vérité historique.

J'ai assez d'expérience pour savoir que quand on émet des assertions capables d'intéresser le renom d'équité d'un de nos confrères, il faut y mettre de grandes précautions, et y regarder à deux fois avant d'articuler des choses qu'on serait hors d'état de prouver.

J'entreprends de démontrer que des résections faites sous le périoste et sous la capsule, avec conservation intégrale de l'un et de l'autre, ont été exécutées dans les hôpitaux de Paris avant de l'être à Lyon; que par conséquent des opérations sous-périostéo-capsulaires du type le plus pur et à incision unique ont été pratiquées, figurées et publiées à Paris en 1854 et 1855.

Je cherche à rendre à qui de droit l'invention réelle de la méthode; je l'attribue à l'école des physiologistes et à Flourens en particulier. En élevant la voix pour celui qui, dans mes recherches sur l'écrasement linéaire, m'a offert un si généreux accueil dans son laboratoire, je n'aurai fait que remplir un devoir de reconnaissance. Heureusement il a laissé à la tête de la science, des élèves bien autrement capables que moi de lui rendre une justice éclatante. En tout état de cause, il convient, même dans les réclamations personnelles, de ne pas songer qu'à soi.

C'est seulement eu égard aux physiologistes français que j'ai considéré Flourens comme promoteur de la méthode sous-périostée. On trouvera dans mon *Traité des opérations* (t. Ier, p. 610), l'indication précise des travaux de B. Heine publiés (1). Ces travaux prouvent qu'on ne pourrait désormais s'attribuer, à cet égard, qu'une paternité, je ne dirai pas mensongère, mais du moins fort douteuse. Voici le texte de B. Heine.

« La régénération des os sur les animaux était à peu près complète lorsqu'on avait conservé le périoste. »

B. Heine dit aussi qu'en faisant des expériences sur la régénération des os, il a vu ses organes se reformer presque complétement, quand il avait eu soin de maintenir préalablement, pendant quelque temps, l'os extirpé dans sa propre gaîne périostique. Cet auteur a vu que quand le périoste n'était pas conservé, le membre se raccourcissait et ne formait qu'un cordon fibreux.

Il s'agit, pour moi, de savoir si, ayant mis publiquement en pratique dans les hôpitaux de Paris, dix ans avant M. Ollier, les procédés de la méthode sous-périostée, et cela dans l'acception la plus rigoureuse du sens de cette méthode, je dois, sans protestation de ma part, rester dépouillé de mes droits scientifiques sur ce point.

(1) Von Græfe et von Walther's, *Journ. Bd.* XXIV, 4.

Je ne crois pas que mes confrères, même mes adversaires les plus animés, puissent admettre un pareil déni d'équité scientifique et professionnelle. Je ne le crois pas. Toutefois, si je me trompe, si ma réclamation est reconnue illégitime, je me soumets sans réserve au verdict de mes confrères.

Quel est, parmi les chirurgiens de ce temps, celui qui, appliquant à toutes les résections le principe de l'incision unique, ait donné l'exemple d'une résection avec conservation intégrale du canal périostéo-capsulaire dans le but nettement visé et très explicitement accusé à l'avance de conserver le périoste comme moyen de régénération osseuse, intégrale là où elle est possible, largement réparatrice dans les autres cas, ainsi que cela sera bientôt démontré? Cette mise en demeure formulée ainsi, M. Ollier, soutenu par ses fervents adeptes, pourra bien prétendre que ce chirurgien est M. Ollier lui-même. Je pense, qu'après vérification, bon nombre de nos confrères, et avec plus de raison, répondront que ce n'est pas lui.

Je crois que M. Ollier, quand il se donne pour inventeur de la méthode sous-périostée, a un droit de propriété fort contestable.

L'unicité de l'incision étendue à toutes les résections et à laquelle il a recours, on sait, et il en a fait l'aveu, à qui il la doit.

La conservation intégrale du périoste, il la trouve non-seulement conseillée par Flourens, mais exécutée publiquement à Paris et publiée, dessinée dans des écrits qu'il peut bien dédaigner si cela lui fait plaisir, mais qui n'en constituent pas moins des documents irrécusables dans une question de dates, surtout quand leur exactitude a été présentée au contrôle des chirurgiens en pleine Académie de médecine (16 janvier 1855).

Singulière méthode nouvelle, qui, au jour de sa naissance, 1866, compte déjà dix ou onze années d'existence.

Le *Traité des opérations* a été publié par Victor Masson en 1861. Les dessins de toutes les résections à incision unique y sont représentés, ainsi que vous pourrez en juger.

Une chose essentielle, en un pareil débat, consiste à préciser le point de départ, l'origine de la discussion.

Je dois donc, avant tout, relever avec fidélité les paroles de notre confrère, et je les prends dans la communication même de M. Ollier (1).

Exposons donc, avec la froide impassibilité d'un procès-verbal, les assertions dont il s'agit.

Seulement, je suis obligé, vu leur nombre, de les diviser en deux classes : celles qui sont fortement discutables, celles qui sont absolument dénuées de toute vérité.

Je commence :

« Si l'on pratique sur le cadavre deux résections de la même articulation, l'une par la méthode sous-périostée, l'autre par le meilleur des procédés anciens, on verra immédiatement un des avantages des résections sous-périostées.

« La conservation du canal périostéo-capsulaire est le principe fondamental de la méthode. »

« Les avantages des résections sous-périostées soit au point de vue de la régénération des os, soit au point de vue de la résection des articulations, sont tellement frappants qu'ils doivent faire considérer la nouvelle méthode comme *la seule rationnelle.* »

« Mais ce n'est pas seulement par des arguments de ce genre que M. Ollier vient aujourd'hui faire apprécier les avantages de *sa méthode opératoire.* »

« S'occupant du procédé opératoire, il montre les avantages de l'incision antérieure, qui permet d'aborder l'articulation facilement et sans danger, et qui permet le mieux d'appliquer les règles fondamentales de *sa méthode.* »

« Si l'on ne peut pas, chez l'adulte, obtenir la régénération de l'os enlevé, on obtiendra *toujours par la méthode sous-périostée une articulation* à la fois solide et mobile, *de même type* que l'articulation enlevée. A l'épaule, on verra se reconstituer une véritable énarthrose, etc., etc. »

« *Jamais*, dans les cas où l'on avait retranché 6 *centimètres* de l'humérus, et à plus forte raison dans les cas où l'on avait *scié l'os au-dessous de l'attache deltoïdienne*, on n'avait obtenu des résultats comparables à ceux que donne la résection sous-périostée. »

« Pour faire une résection périostée d'après la méthode de l'auteur, il ne suffit pas de *gratter l'os plus ou moins régulièrement*, de conserver *par-ci par-là* quelques lambeaux du périoste, il faut suivre exactement les règles opératoires, dont la plus importante est la conservation intégrale de la gaîne périostéo-capsulaire. »

« Tous les procédés anciens sont *essentiellement défectueux*. Aujourd'hui on n'a aucune raison pour les maintenir dans la pratique : on doit les mettre au rang des opérations *surannées.* »

De ces citations, il résulte : 1° que la conservation du périoste et de la capsule articulaire est le principe fondamental de sa méthode : la méthode de M. Ollier.

2° Que la méthode de M. Ollier doit être considérée comme la *seule rationnelle.*

3° Que ce qui permet le mieux d'appliquer les règles de sa méthode, c'est *l'incision antérieure* dans la résection de la tête de l'humérus.

4° Qu'on obtient *toujours* par la méthode de M. Ollier une articulation du *même type* que l'articulation enlevée, et qu'à *l'épaule* on verra se reconstituer une *énarthrose.*

5° *Jamais*, dans les cas où l'on avait retranché 6 *centimètres* de l'humérus, on n'avait obtenu des résultats *comparables* à ceux que donne la résection sous-périostée.

6° Pour faire une résection périostée d'après la méthode de l'auteur, il ne suffit pas de *gratter l'os plus ou moins régulièrement*, de conserver *par ci, par là*, quelques lambeaux du périoste, il faut suivre exactement les règles opératoires, dont la plus importante est la conservation intégrale de la gaîne périostéo-capsulaire.

7° Tous les procédés anciens sont *essentiellement défectueux*. Aujourd'hui, on n'a aucune raison pour les maintenir dans la pratique. On doit les mettre au rang des *opérations surannées.*

Vous le voyez, messieurs, c'est sa méthode, la méthode de l'auteur, la seule rationnelle, celle qui donne des résultats auxquels ceux des autres méthodes ne sont pas comparables.

Ne sentez-vous pas comme un souffle d'inspiré dans ces expressions ambitieuses, de *ma méthode, la seule rationnelle*, la méthode à résultats incomparables. Ah! cher confrère, vous ne jouissez pas à moitié de vos réussites, et vous ne triomphez pas avec modération à ceux qui agissent ainsi vous savez ce que réserve l'avenir.

Voilà d'un trait de plume toutes les méthodes antérieures à la venue de M. Ollier qui reçoivent un congé définitif et en bonne forme, et qui sont repoussées comme essentiellement défectueuses et comme surannées.

Ce qui n'est pas suranné, mais ce que je trouve essentiellement défectueux, c'est cette manière leste et dégagée de traiter les travaux qui ont eu le tort de précéder les vôtres.

Prenez donc garde que parmi ces hommes qui ont tracé la voie, se trouvent des chirurgiens de premier ordre, des maîtres éminents et qui (étant admis que leurs procédés sont susceptibles de réforme et de perfectionnements) ont cependant droit à des ménagements, à des égards et surtout à une radiation moins sèchement formulée.

(*Sera continué.*)

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 2 avril 1872.

ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE. — THORACENTÈSE. — MORT.

Par M. le docteur HENRI PERNET.

La femme Félix Ch..., âgée de 42 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, demeure, près de Louviers, dans un petit hameau,

bas et humide, nommé *les Fosses*. Il y a six mois, je fus appelé près d'elle pour la soigner d'une pneumonie droite, qui céda facilement à un traitement approprié. Le 7 avril 1872, rappelé près d'elle, j'appris que, depuis huit jours, elle souffrait d'un point de côté, à gauche, toux incessante, expectoration muqueuse et peu abondante, fièvre intense, oppression excessive, orthopnée, lèvres cyanosées, matité absolue de tout le côté gauche. A l'auscultation, égophonie très-prononcée; pas de bruit respiratoire de ce côté. Le poumon droit est le siége d'une bronchite généralisée. Je prescris vésicatoires, purgatifs diurétiques, etc.

L'asphyxie devenant imminente, mon confrère, M. le docteur Mathorel (d'Elbeuf) et moi, nous décidâmes une ponction qui fut pratiquée, le 13, avec une seringue Dieulafoy, ce qui permit l'extraction de 2,400 grammes de sérosité citrine, transparente, et excessivement chargée de fibrine, car, moins d'une demi-heure après l'extraction, le liquide était pris en gelée.

L'opération avait duré une demi-heure.

Immédiatement après, la respiration se fait entendre dans *toute* l'étendue du poumon, prouvant qu'il n'y avait pas d'adhérences, que la pleurésie était récente, et qu'une aussi énorme quantité de liquide avait été sécrétée en moins de quinze jours.

La ponction amena un soulagement immédiat et notable. La malade qui, depuis huit jours, n'avait pas fermé l'œil et était restée assise dans son lit, craignant à chaque moment d'étouffer, peut maintenant rester couchée dans toutes les positions, et dort quatre heures la première nuit. L'amélioration continue et s'accentue pendant quinze jours; les forces reviennent; la malade se lève et se promène tous les jours; l'appétit seul continue à faire défaut. *Pas une seule goutte* d'épanchement ne s'est reproduite. Cependant la fièvre et la toux persistent; une expectoration muco-purulente, assez abondante, fatigue la malade; la bronchite est généralisée à toute la poitrine: vésicatoires, balsamiques, quinquina, phosphate de chaux, viande crue, sont vainement mis en usage. La malade maigrit, s'affaisse, et succombe subitement à une syncope, le 5 mai, vingt-deux jours après l'opération.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1870 dans les départements d'Eure-et-Loir, des Basses-Pyrénées et de la Sarthe (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Maurice Perrin, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Une lettre de M. Mordret, accompagnant l'envoi du rapport du comité consultatif de la médecine cantonale du département de la Sarthe pour l'année 1871.

M. Legouest offre en hommage à la Société la troisième édition de son livre intitulé : *Traité de la chirurgie d'armée.*

M. Gobley présente, de la part de M. Limousin, pharmacien à Paris, deux brochures, l'une sur *le traitement de l'asphyxie par le gaz oxygène*; l'autre, sur *la préparation et les propriétés purgatives du sulfovinate de soude.*

M. Larrey présente : 1° un ouvrage intitulé : *La vie physiologique humaine*, par M. le docteur Gustave Lebon; 2° un mémoire manuscrit sur les épidémies de fièvre jaune de l'île de Gorée (Sénégal), par M. le docteur Beranger-Féraud.

M. le Président annonce que M. le docteur Tholozan, membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

M. le Président informe ensuite l'Académie que l'état de santé de M. Louis inspire depuis quelques jours d'assez sérieuses inquiétudes.

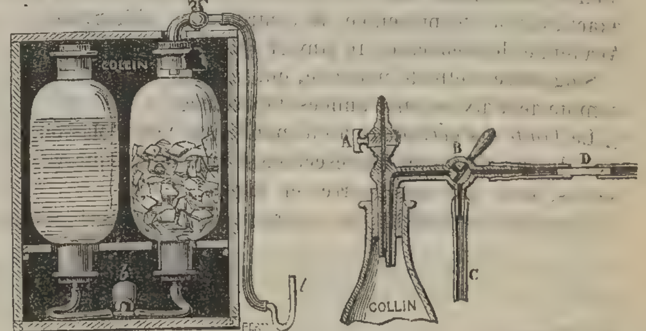
L'Académie charge M. le président de vouloir bien se faire l'interprète de ses sentiments et de ses vœux auprès de l'illustre malade.

Appareils aspirateurs de M. le docteur Thénot (1), de Mâcon, présentés par M. Béclard. (Voir le compte rendu de l'Académie du 4 juin.)

2° *Procédé, Appareil aspirateur à l'acide carbonique.* — Parmi les nombreux composés chimiques qui par leur combinaison pourraient servir à faire le vide, la potasse et l'acide cabonique seuls peuvent nous le procurer facilement.

Dans une boîte de 12 centimètres carrés environ, très-portative par conséquent, je dispose deux petits flacons capables de produire jusqu'à 110 litres d'acide carbonique sans recharger l'appareil.

Ces deux flacons, que j'ai fait tubuler à leurs deux extrémités opposées, communiquent ensemble par un tube de caoutchouc qui relie les deux tubulures inférieures. Un tube de verre à trois branches, placé sur le trajet du tube, permet à volonté l'évacuation du liquide saturé de chlorure de calcium en retirant le bouchon *b*, qui ferme la troisième branche de ce tube.



Dans l'un des flacons, je mets du marbre; dans l'autre, un mélange d'eau et d'acide chlorhydrique. La tubulure supérieure du flacon à marbre est munie d'un robinet *r* horizontalement dirigé, et dont la clef seule traverse la boîte. Sur le nez du robinet, vient s'adapter un tube de caoutchouc qui sort de la boîte; il est terminé par un petit tube d'étain recourbé *t* que l'on introduit dans le col d'une bouteille pleine d'eau et renversée dans l'eau d'une cuvette. En ouvrant le robinet *r*, on obtient à volonté l'écoulement d'une grande quantité d'acide carbonique qui remplit la bouteille en un instant. En le fermant, la légère pression du gaz refoule le liquide dans l'autre flacon. L'excès de gaz s'y dégage même, grâce à un trou ménagé dans le bouchon de ce flacon. On bouche alors la bouteille à l'aide d'un robinet particulier qui permet l'introduction de la potasse au moyen d'un entonnoir de chimie engagé par une de ses extrémités dans un bouchon de caoutchouc, et dont l'autre extrémité vient s'adapter sur la branche verticale supérieure. On remplit le petit entonnoir d'une solution de potasse au tiers environ.

La potasse introduite, on ferme rapidement le robinet A, et en quelques secousses, la combinaison effectuée met le vide à la disposition de l'opérateur. Le vide, comme dans mon appareil à vapeur, est plus complet que celui que l'on pourrait faire dans un récipient par n'importe quelle pompe pneumatique.

En dirigeant horizontalement la clef qui commande la partie horizontale du robinet B, on obtient l'aspiration directe; en la dirigeant verticalement, on obtient l'aspiration par le siphon C, préa-

---

(1) Lisez Thénot, et non Fleuret, dans la séance du 4 juin dernier.

lablement amorcé. Cette clef, qui ne peut exécuter qu'un tiers de circonférence de révolution, ferme l'appareil dans toutes les positions intermédiaires à la position horizontale et à la position verticale, et, comme dans l'appareil à vapeur, le courant s'établit toujours dans le sens de la branche à laquelle la clef du robinet est parallèle, disposition qui rend le maniement très-simple et l'erreur impossible.

La seule inspection de la figure suffit, du reste, à faire comprendre le jeu de tout l'appareil.

Une simple bouteille constitue le vase aspirateur.

La manipulation de cet appareil est très-simple; on y possède, comme on voit, sous un petit volume, une grande quantité d'acide carbonique dont on ne se sert qu'au moment du besoin et à volonté.

Cet appareil peut, de plus, servir aux douches, aux inhalations d'acide carbonique, de même qu'aux expériences physiologiques.

En ajustant le tube du siphon C sur un robinet ordinaire bouchant une bouteille dans laquelle on a fait le vide, on peut, en dirigeant verticalement la clef du robinet, obtenir une nouvelle aspiration directe au lieu d'une simple aspiration par siphon.

Remarque. — La clef du robinet R seule doit sortir à travers le couvercle de la boîte.

Le flacon à acide peut s'élever sur une planchette, afin d'activer, quand on le veut, la production de l'acide carbonique.

3° *Procédé d'aspiration, par la chaux vive.* — On met dans une bouteille des fragments de chaux bien vive imbibés d'eau, on ferme ensuite à l'aide d'un bouchon de caoutchouc traversé par un robinet que l'on ouvre. La chaux, en s'hydratant, produit une élévation de température considérable; un jet de vapeur provenant de l'eau en excès se dégage par le robinet, que l'on ferme quand le jet de vapeur va mourant; la condensation a lieu au bout de quelques instants, ce qui met le vide à la disposition de l'opérateur.

Suite de la discussion sur l'empyème, la thoracentèse, etc.

M. CHASSAIGNAC reprend la lecture de son discours, qu'il espère achever dans la séance prochaine.

A 4 heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Béhier sur les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. CONSTANTIN PAUL présente une jeune fille atteinte d'épilepsie traumatique. A l'âge de trois ans, cette jeune fille reçut sur le côté droit de la tête un choc assez violent qui lui enleva une portion du cerveau; il se déclara une encéphalite avec hémiplégie du côté gauche. Elle guérit. Au moment de la menstruation, à 11 ans, apparut, à la suite d'une fièvre comme cause occasionnelle, une première attaque d'épilepsie. De l'âge de 3 ans à celui de 11 ans, elle n'avait pas présenté d'accidents épileptiformes. Aujourd'hui, les attaques ont disparu sous l'influence du bromure de potassium, mais la lésion cérébrale n'en persiste pas moins.

M. MARROTTE se demande si, dans ce cas, il y a réellement une relation entre le traumatisme et l'épilepsie, qui peut parfaitement s'expliquer ici par le fait seul de la peur; il croit qu'il n'y a là qu'une coïncidence.

M. CONSTANTIN PAUL fait observer que la raison qui, dans ce cas, lui a fait rattacher l'épilepsie au traumatisme, est la localisation des convulsions dans les membres soumis à la lésion cérébrale.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. THÉNOT présente: 1° plusieurs appareils destinés à obtenir le vide préalable pour l'aspiration des liquides dans les épanchements pleurétiques; 2° un trocart spécial pour pratiquer la thoracentèse. (Voir le compte rendu de l'Académie du 4 juin.)

M. POTAIN met sous les yeux de la Société un appareil fort simple, imaginé par un de ses élèves, M. Regnard, pour pratiquer l'aspiration des épanchements liquides les plus considérables.

Jusqu'à présent, dit-il, on s'était attaché à produire le vide au moyen de pompes aspirantes construites de différentes manières. Ces pompes ont beaucoup d'avantages, mais elles ont l'inconvénient de se détériorer facilement et d'être d'un prix assez élevé. M. Regnard a eu l'idée de les supprimer et de produire le vide préalable au moyen de la condensation de la vapeur. Si on fait bouillir quelques grammes d'eau dans un ballon, et si on ferme rapidement ce ballon après que l'air aura été chassé par la vapeur, celle-ci laissera en se condensant un vide à peu près parfait. Tel est le principe de l'appareil qui, ainsi construit, fonctionne d'une manière très-suffisante pour la majorité des épanchements. On conçoit qu'il peut être improvisé sur l'heure par le premier venu et que son prix est insignifiant.

M. Paul Regnard a voulu que son instrument pût servir à évacuer les collections liquides les plus considérables et à faire des lavages ou des injections dans les cavités vidées.

Il a eu recours alors au mécanisme du siphon employé par M. Potain lui-même dans ce but depuis longtemps.

Un robinet à trois voies est placé au-dessus du ballon, et les différentes positions qu'on donne aux conduits du noyau permettent de diriger le courant liquide du malade au récipient, ou du malade dans un vase placé par verre, ou enfin d'injecter dans la cavité évacuée tel liquide que l'on voudra.

Cet aspirateur est muni de trocarts capillaires et fonctionne dans les hôpitaux depuis le 19 janvier 1872. 40 opérations, dont 15 thoracentèses, ont été pratiquées jusqu'à ce jour dans les services de MM. Lorain, Labbé, Guyot, Blachez, Delpech, Gallard, Bourdon, Raynaud, et dans celui de M. Potain; les résultats ont toujours été satisfaisants. Sans doute, le ballon peut se briser à la chauffe, comme tous les vases de verre; mais rien n'est plus facile que de le remplacer : tous les pharmaciens sont munis de récipients de cette sorte.

J'ai pensé que cet instrument pouvait être vulgarisé : son prix est insignifiant, sa manœuvre facile. Il permettra, selon M. Potain, de pratiquer partout la thoracentèse capillaire et l'aspiration.

Une discussion s'engage ensuite sur les différents appareils imaginés dans le but de pratiquer la thoracentèse.

M. LORAIN dit avoir été le premier à employer l'appareil qui vient d'être présenté par M. Potain et en avoir obtenu de très-bons résultats.

M. BLACHEZ s'en est aussi servi et a pu, au moyen de cet appareil, retirer près de trois litres de liquide en moins de dix minutes. Il y trouve donc de sérieux avantages.

M. MARROTTE se demande s'il n'y a pas quelque danger dans l'aspiration rapide des liquides, et, pour cette raison, paraît peu disposé à adopter, sans un examen plus approfondi, ces différents appareils.

M. MOUTARD-MARTIN rappelle que M. Blachez a présenté, il y a deux ou trois ans, un trocart dont le principal avantage était dans la lenteur de l'aspiration. A cette époque on cherchait donc, autant que possible, à aspirer lentement les liquides. Or, voilà qu'aujourd'hui on vient, au contraire, à présenter de tous côtés des appareils à vide préalable, c'est-à-dire destinés à aspirer les liquides dans le plus court espace de temps possible, et M. Blachez lui-même vient de reconnaître les avantages que présente à ce point de vue l'instrument que M. Potain vient de mettre sous les yeux de la Société. On ne sait donc plus à quoi s'en tenir. D'un autre côté, ces appareils ne fonctionnent pas toujours très-régulièrement. C'est pour ces différentes raisons que M. Moutard-Martin pense qu'il vaut mieux encore faire la thoracentèse avec le trocart ordinaire.

M. POTAIN fait remarquer que c'est justement à cause des dangers signalés dans la ponction par le trocart ordinaire qu'il a été

conduit à avoir recours au trocart capillaire. Il expose ensuite les raisons qui l'ont amené à inventer son appareil, et fait ressortir l'importance de l'aspiration dans les cas où le trocart se bouche.

M. BLACHEZ fait observer que le trocart capillaire présente sur le trocart ordinaire de grands avantages au point de vue du malade, attendu qu'il ne provoque ni douleur, ni quinte de toux, ni aucun des inconvénients qui font de la ponction avec le trocart ordinaire une véritable opération.

M. WOILLEZ présente un trocart qu'il a imaginé dans le but de pouvoir pratiquer l'empyème, lorsqu'on se trouve avoir affaire à des épanchements purulents. Ce trocart est construit de telle sorte qu'à un moment donné il peut servir de sonde cannelée, sur laquelle on peut diriger un bistouri et transformer ainsi la ponction en incision.

La séance est levée à cinq heures et demie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

137. Abelin. Contribution à la géographie médicale. Étude sur le Gabon.

138. Mathieu. Essai sur le cancer de l'utérus compliquant la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité.

139. Robuchon. Observations et statistiques pour servir à l'histoire des amputations.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'association contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques vient de proposer les sujets de prix suivants :

1° Faire connaître la relation qui existe entre l'abus du tabac et l'abus des boissons alcooliques, ainsi que leur influence sur l'hygiène et la morale.

2° De l'influence de l'usage du tabac et de l'abus des boissons alcooliques sur les relations de famille et les rapports sociaux. (Question déjà posée au précédent concours.)

3° Des moyens de détourner la jeunesse de l'usage du tabac et de l'abus des boissons alcooliques.

4° Faire connaître, en s'appuyant sur des faits, l'influence du tabac sur les organes des sens.

5° Déterminer la nature du principe odorant du tabac et établir les rapports de ce principe avec la nicotine.

Les prix consistent en médailles de vermeil, d'argent ou de bronze, et en mentions honorables. Chacune des questions sera l'objet d'un prix.

Des récompenses seront en outre décernées aux auteurs des meilleurs travaux sur l'abus du tabac et des boissons alcooliques, ainsi qu'aux personnes qui auront le plus contribué à la propagation de l'Œuvre.

Les mémoires devront être adressés, au plus tard, le 31 décembre 1872, au nouveau siége de l'Association, rue Chanoinesse, 12, à Paris.

Le Conseil se réserve le droit de publier les mémoires en tout ou en partie.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant : le résumé de la médecine et de la chirurgie ; — la médecine opératoire ; — les accouchements ; — les maladies des yeux ; — les maladies des oreilles ; — les maladies des dents ; — la matière médicale ; — les eaux minérales et un formulaire spécial pour chaque maladie, par MM. Bouchut et Després. — Un volume grand in-octavo de 1,500 pages sur deux colonnes, avec 750 figures dans le texte. — *Seconde édition*, 1872. — Chez Germer Baillière. — Prix : 23 francs.

Localisation de la faculté spéciale du langage articulé, par le docteur Justin de Font-Réaulx (thèse couronnée par la Faculté de médecine de Paris). — In-8° de 106 pages. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'emploi simultané des eaux bicarbonatées sodiques et des eaux ferrugineuses arsenicales, par le docteur H. Charvet, médecin à Vals. — Paris, 1872, gr. in-8° de 44 pages. — Prix : 1 fr. 25.

Traitement curatif des maladies des voies respiratoires et de la phthisie pulmonaire en particulier, par le phosphate acide de chaux, par le docteur H. Frémineau. — Paris, 1872, gr. in-8° de 24 pages. Prix : 1 franc.

Relevé statistique de la clinique ophthalmologique du docteur Wecker, par Georges Martin, chef de clinique. (Opérations pratiquées pendant le second semestre de 1871.) — In-8°. Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Bougin, quai Voltaire, 13.

N° 69. — SAMEDI 15 JUIN 1872. 45e ANNÉE SAMEDI 15 JUIN 1872. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Promenade dans les hôpitaux ; l'enseignement clinique. Tumeurs fibreuses de l'utérus et kystes de l'ovaire ; le phimosis dans les affections vénériennes. Les médications qui réussissent ; le mercure dans la syphilis. Observations pour servir à la question du traitement de la pleurésie purulente. — Des origines du procédé des résections sous-périostées (M. Chassaignac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

PROMENADE DANS LES HÔPITAUX. — L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE.

De tout temps, à Paris, l'enseignement clinique a été regardé comme le grand enseignement à la Faculté de médecine. C'est celui vers lequel ont aspiré toujours les professeurs de pathologie, qu'ils se sont hâtés d'envahir sitôt qu'ils l'ont pu avec le système des permutations ; c'est celui qu'a abandonné, pour se reléguer dans une autre chaire, notre illustre et regretté maître Trousseau, alors qu'il a senti ses forces amoindries par les premières atteintes du mal auquel il devait succomber.

C'est qu'entre un cours de théorie et la clinique, il n'est pas moins de différence qu'entre un trajet sur une route et un voyage sur l'Océan. Dans l'un, l'itinéraire a pu être d'avance fixé d'un bout à l'autre en toute certitude. Dans l'autre, au contraire, il faut toujours compter avec l'inattendu : la nature aux mille caprices, aux mille aspects, peut bouleverser plans et calculs.

Aussi la tâche est-elle lourde pour ceux qui, saisissant l'occasion aux cheveux, suivant la nature où elle les mène, cherchant à développer sans cesse la faculté d'observation, veulent que leur clinique soit pour les praticiens ce que doit être pour les peintres l'école de Rome : une introduction vers l'idéal, vers cette pratique intelligente qui sait tout pénétrer, tirer parti de tout, et a soin de subordonner ce qui est accessoire à l'important.

Trousseau était un grand artiste ; il le savait ; il s'en vantait ; et il travaillait constamment parce qu'il faut travailler pour l'être et le paraître. Ses leçons étaient des tableaux admirables de vérité, de mise en scène et de couleur.

Mais l'art est doublé du métier, et on s'est demandé si, des deux, le métier n'était pas encore ce qu'il y avait de plus pratique.

Aussi les cliniques tendent-elles de plus en plus à revêtir chez nous une forme qu'elles possédaient depuis un temps immémorial chez nos voisins belges et ailleurs. Les professeurs font beaucoup moins de leçons dans l'amphithéâtre. Ils n'en font généralement pas en Belgique. Sous leur direction et leur contrôle, les malades sont étudiés par quelques-uns de leurs élèves qu'ils chargent de parler pour eux. Ce n'est plus, à proprement parler, un cours : c'est un apprentissage.

Cette méhode, évidemment beaucoup moins brillante, n'est pas sans quelques avantages quand le nombre des auditeurs est très-restreint. Dans le présent, elle fixe mieux les principaux traits du fait observé dans le souvenir de l'élève qui en rend compte. Mais je ne sais pas si elle ouvre pour l'avenir un champ aussi vaste à son esprit. Trop peu instruit pour pouvoir pénétrer lui-même dans l'intimité des nuances, il s'habitue à se contenter de quelques grands traits caractéristiques, et ne prend pas si bien peut-être le goût de voir dans chaque cas tout ce qu'il est possible d'y voir. Les intelligences d'élite se façonnent moins bien ainsi.

Ce n'est plus la science absolue que recherche le professeur : il n'a plus les regards fixés vers cet idéal, dont on comprend l'éloignement alors surtout que par un effort continuel on s'en rapproche. Il n'a plus la crainte ou la douleur de se sentir au-dessous de sa tâche. Pour les interprètes qu'il lui donne, il faut que la science soit, au contraire, réduite à un certain niveau, que les inconnues en soient déguisées, et qu'elle reçoive un certain cachet de vulgarité, je dirais presque de bonhomie. Ce sont les mêmes procédés par lesquels on forme si vite aux examens, dans les écoles préparatoires pour les divers baccalauréats.

Aussi la durée des études pour le doctorat en médecine est-elle de trois ans seulement dans les Facultés de Belgique. Au bout de trois ans, les élèves qui, n'étant pas nombreux, sont appelés souvent à cet examen des malades, savent tout ce que le professeur peut raisonnablement exiger en moyenne, et ils resteraient davantage à la clinique qu'ils cesseraient, ou à peu près, d'y profiter.

Mais il ne faut pas de grands auditoires ; car le temps serait perdu pour eux. Les services des hôpitaux et les écoles secondaires convenaient admirablement à ce premier apprentissage, essentiellement pratique : après lequel autrefois venaient les cliniques de la Faculté, comme de grandes écoles de perfectionnement, indispensables à qui met la science et l'art au-dessus du métier.

Nous ne pouvons pas déguiser notre ancienne prédilection pour les méthodes préférées par nos maîtres, qui ne sont plus.

Tumeurs fibreuses de l'utérus et kystes de l'ovaire. Le phymosis dans les affections vénériennes.

Nous venons de dire que l'apprentissage pratique pouvait se

faire admirablement, en dehors de la Faculté, dans les services des hôpitaux. Nous pourrions citer en effet un très-grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux qui ont soin de montrer aux élèves et de leur faire appliquer devant eux les procédés classiques de diagnostic, alors même qu'ils n'ont conservé dès le premier instant aucun doute. C'est ce que fit, à l'hôpital Saint-Louis, mardi dernier, M. Panas, à propos d'une femme d'une soixantaine d'années qui était venue le consulter pour un énorme développement du ventre. Depuis vingt ans, cette femme avait vu son ventre grossir, mais il avait surtout grossi depuis quelques mois; les jambes étaient œdématiées, mais parce que la circulation était gênée dans l'abdomen : la sécheresse de la peau des membres supérieurs ne permettait pas la supposition d'un anasarque. En palpant, on sentait de suite une tumeur dure, qui remontait un peu plus haut que la région ombilicale et qui, en avant, était séparée de la paroi abdominale par la présence d'une ascite assez abondante. Malgré la netteté de cette sensation, obtenue par la palpation pratiquée brusquement avec le bout des doigts, M. Panas fit rechercher par la percussion les trois lignes courbes qui marquent le niveau de l'eau dans les ascites, puis il fit changer la position de la malade en différents sens pour montrer comment ce niveau changeait, consacrant ainsi un temps assez long à des constatations utiles pour les élèves et superflues pour lui.

Après cela, dans une conférence très-instructive au lit de la malade, il a montré, par de nombreux exemples empruntés à ses souvenirs, combien le diagnostic est parfois difficile entre les kystes de l'ovaire et les tumeurs fibreuses de l'utérus.

On sait qu'il n'est pas d'ovariotomiste qui ne s'y soit trompé. En effet, d'une part, il se peut que la fluctuation cesse d'être perçue dans le kyste ovarien, quand ce kyste est distendu de liquide, quand ses parois sont un peu épaisses, quand il contient des parties solides, comme il arrive assez souvent; et, d'une autre part, s'attendant à une fluctuation peu nette, on croit parfois en trouver une dans des tumeurs absolument solides. C'est ainsi que M. Panas, d'accord avec deux des plus grandes illustrations chirurgicales, fit une ponction qui leur valut les plaisanteries de l'opérée. Chez cette dame, avaient manqué deux des signes les moins douteux des tumeurs fibreuses, quand ils existent : la disposition aux hémorrhagies utérines et l'ascension de l'utérus.

Ces deux signes sont bons, mais ils n'ont encore qu'une valeur très-relative.

Chez la vieille femme entrée à l'hôpital Saint-Louis, il n'était jamais survenu de perte, bien que la tumeur datât de vingt ans et fût de beaucoup antérieure à la ménopause. La menstruation était même restée très-régulière jusqu'au bout ; mais ce n'était pas une raison pour écarter l'idée d'une tumeur fibreuse.

Chez elle, en revanche, l'utérus était remonté, comme dans la grossesse; on ne pouvait plus atteindre le col avec le doigt : ce qui arrive naturellement quand, d'une manière quelconque, par lui-même, par des tumeurs interstitielles, l'utérus acquiert un certain volume. Les kystes et tumeurs d'un des ovaires ont, au contraire, pour résultat plus habituel de refouler l'utérus dans l'excavation, en le déjetant plus ou moins sur le côté. Mais il en est tout autrement quand des kystes se sont produits à la fois dans les deux ovaires. L'utérus alors suit l'ascension de ses annexes, qui le soulèvent des deux côtés si les pédicules sont trop courts pour lui garder son indépendance. M. Panas a noté ce fait dans une récente ovariotomie.

Pendant cette conférence, le liquide ascitique se vidait par une ponction faite à l'aide d'un trocart de trousse, dont la canule fut revêtue d'un tube de caoutchouc qui, tombant jusqu'à terre, remplissait l'office de siphon. Les tumeurs étant devenues superficielles, on put constater qu'elles étaient dures, mamelonnées, irrégulièrement bosselées, et que c'étaient bien des tumeurs fibreuses. Il n'y avait donc pas à songer à une opération, vu l'âge de la malade.

— L'espace nous manquerait aujourd'hui pour décrire le procédé très-ingénieux à l'aide duquel M. Panas opère le phymosis. Mais nous tenons à rapporter quelques réflexions qu'il a faites à propos de cette opération pratiquée chez les vénériens.

Contrairement à l'opinion d'un grand nombre de chirurgiens, M. Panas ne craint pas de circoncire un malade atteint de chancres mous. Bien entendu, il ne s'attend pas à une réunion immédiate. Le chancre mou est inoculable au plus haut degré, et la plaie doit se transformer forcément en un nouveau chancre, en couronne ; mais il paraîtrait que ce nouveau chancre amènerait la guérison rapide de ceux qui existaient déjà à la surface du gland. Ce serait un moyen d'empêcher le phagédénisme. M. Panas croit qu'il y a là une sorte d'action dérivative semblable à celle que l'on obtenait quelquefois lorsque l'on pratiquait la syphilisation.

Si la réunion immédiate ne doit pas même être espérée lorsqu'il s'agit de chancre mou, il paraît qu'au contraire elle est des plus faciles en cas de chancres indurés, sur les points mêmes qu'ils occupent. Le chancre induré, le chancre infectant, n'est pas auto-inoculable, chacun le sait aujourd'hui; mais ce qu'on savait moins, c'est que le tissu qui le compose, très-peu disposé à suppurer, se prête au contraire admirablement à l'adhésion cicatricielle. Certains genres d'inflammations et d'indurations spécifiques se montreraient donc plutôt favorables que nuisibles à la réunion des surfaces cruentées. Ample matière à réflexions.

Les médications qui réussissent. — Le mercure dans la syphilis.

Puisque nous en sommes à parler de la syphilis, disons un mot de son traitement. On sait combien on a discuté dans ces derniers temps l'emploi du mercure. Ayant assisté à la pratique de ses partisans et de ses adversaires, nous pouvons déposer ici comme témoin. Il est maintenant certain pour nous que les préparations mercurielles convenablement administrées abrégent de beaucoup la durée non-seulement des accidents secondaires, mais même d'accidents tertiaires, qui résistaient à l'iodure de potassium administré seul.

Quant au choix du mode d'emploi, les pilules de Sédillot nous ont paru tout aussi efficaces et bien plus faciles à tolérer que le bichlorure ou les iodures hydrargyriques. On sait que chacune de ces pilules contient :

Onguent mercuriel double. . . .	10	centigrammes.
Savon médicinal.	10	—
Poudre de guimauve.	10	—

Elles sont journellement employées par M. Richet, M. Hardy, etc., etc.

En les donnant concurremment avec l'iodure de potassium, en les suspendant de temps en temps pour les faire alterner avec une potion contenant du chlorate et de l'azotate de potasse, on peut les continuer durant des mois entiers sans produire ni salivation, ni fatigue des voies digestives.

C'est une excellente médication, quand on a hâte de faire dis-

paraître certains accidents menaçants pour l'existence, tels que tumeurs intra-crâniennes.

Mais il ne faut pas oublier que si ces tumeurs se manifestent par des accès épileptiformes alternant avec du coma et se renouvelant à de très-courts intervalles, ce qui presse le plus, ce n'est pas de commencer la médication spécifique.

Il faut d'abord éteindre le symptôme en agissant sur le cerveau, sur son excitabilité. La teinture d'ambre à hautes doses et le bromure de potassium, dont l'action plus lente est moins fugitive, conduiront à ce résultat. Tout peut ainsi pour le moment rentrer dans l'ordre, bien que la tumeur existe toujours. Les choses se passent comme avant le premier accès épileptiforme. Le produit morbide est bien là, sa pression est toujours la même, mais le cerveau ne se révolte plus. Il faut profiter de cette trêve pour administrer à la fois le mercure et l'iode. L'expectation n'est pas de mise en pareil cas.

Les faits de M. Delacour relatifs à la discussion académique, nous forcent à interrompre ici ces réflexions, et à remettre encore l'étude des moyens de calmer sans danger les souffrances trop vives dans les accouchements.

Dr Victor Revillout.

Observations pour servir à l'étude de la question du traitement de la pleurésie purulente (1).

D... (Joseph) entre le 5 mai 1871, salle Saint-Louis. Pleurésie purulente gauche constatée par la ponction ; incision le 20 mai ; sort guéri le 30 juillet, après deux mois d'injections. A la fin d'août, il reprend son travail.

L..., 40 ans, salle Saint-Louis, n° 17, tousse depuis longtemps. Pleurésie droite ; pas de signes certains de phthisie. L'abondance de l'épanchement nécessite plusieurs thoracenthèses ; la fièvre persistante, la reproduction rapide, l'opacité beaucoup plus grande du liquide me déterminent à faire l'incision (18 janvier 1872) ; l'état du malade n'est pas amélioré ; il succombe quinze jours après, et je constate de petites cavernes, une infiltration tuberculeuse étendue.

Jeanne G..., journalière, âgée de 37 ans, entre salle Sainte-Anne, n° 10, le 12 décembre 1871 ; elle est accouchée depuis dix jours, primipare. Son accouchement n'a rien présenté de remarquable ; constitution robuste. Depuis trois jours, symptômes de pleurésie : on ne constate, ni dans les commémoratifs, ni dans l'état présent, les symptômes de la fièvre puerpérale. Frissons répétés, altération des traits. Pouls à 112 le matin ; expectoration catarrhale, grande oppression. L'auscultation dénote des râles de bronchite à droite ; à gauche, du souffle ; matité circulaire, sans élasticité. Cette matité s'élève bientôt jusqu'à la clavicule. Œdème des jambes, sans albuminurie. Trois vésicatoires. Des potions kermétisées n'ayant pas procuré de soulagement, je pratique avec le trocart, muni d'une baudruche, une ponction qui donne issue à 1,200 grammes d'un liquide séreux.

La reproduction de ce liquide est immédiate ; l'oppression, un moment atténuée, reparaît, et une seconde ponction est faite le 31 décembre. Le liquide n'est plus limpide ; il est louche, puriforme.

L'œdème des membres inférieurs s'accroît et envahit les parois du ventre, du thorax. Cet œdème dans la pleurésie, en dehors des maladies du cœur ou de l'albuminurie, est un signe qui dénote la purulence probable de l'épanchement.

Le 5 janvier, incision du sixième espace intercostal ; 2 litres de pus s'écoulent ; sondes, injections. Mieux immédiat, diminution de l'œdème, de la bronchite et de la fièvre ; régime tonique, potion avec *trente* grammes d'alcool, *deux* grammes extrait de quinquina.

Le pus étant presque nul, je retire la sonde le 15 février. Après huit jours sans écoulement aucun, le trajet fistuleux s'ouvre et verse chaque jour deux cuillerées de pus. Le 5 mars, la suppuration a cessé ; la malade sort le 22 en très-bon état, sans dépression notable du côté opéré.

Je ne crois pas qu'on soit fondé à appeler puerpérale cette pleurésie, en ce sens qu'elle n'a pas été la suite d'une infection purulente ; mais l'état puerpéral a très-probablement contribué à lui donner son caractère spécial.

Cette observation et plusieurs autres m'ont démontré que les thoracentèses ne sont pas sans influence au sujet de la transformation de l'état séreux du liquide pleurétique. Aussi je ne puis regarder cette opération comme exempte de tout inconvénient.

Je la pratique assez souvent, parce que je la crois nécessaire, lorsqu'il y a persistance prolongée de la maladie, ou une grande dyspnée, mais seulement quand elle est nécessaire.

M..., 35 ans, domestique, entre à l'hôpital le 14 janvier 1872, très-anémié. Fièvre intermittente ancienne avec hypertrophie de la rate et du foie.

Le 4 février, après avoir subi un traitement par les préparations de quinquina et les douches, il est affecté d'une pleurésie du côté droit. Je lui applique deux vésicatoires. Mais le 20 février, constatant une matité très-étendue, une grande anxiété, je pratique la thoracentèse, qui laisse couler seulement un demi-verre d'un liquide séro-purulent.

22 février. — Râles cavernuleux au sommet du poumon droit, crachats muco-purulents, sueurs nocturnes. Régime tonique.

10 mars. — Deuxième thoracentèse avec deux verres d'un liquide puriforme.

8 avril. — Troisième, avec trois verres de pus. Amaigrissement énorme, fièvre hectique, souffle au sommet du côté gauche, œdème généralisé, sans albuminurie.

Le diagnostic : phthisie avec pleurésie, m'avait éloigné d'une incision de la plèvre, redoutant d'aggraver un état déjà si menaçant et de hâter une fin qui semblait très-prochaine.

Cependant le 20 avril, le malade ayant repris un peu d'appétit, je fais l'opération de l'empyème, et aussitôt une grande quantité de pus s'écoule avec des fausses membranes. Sonde à demeure, injections phéniquées.

L'état général s'améliore aussitôt ; la fièvre hectique diminue, la suppuration devient bientôt de peu d'abondance, et le 18 mai je retire la sonde, le malade encore très-amaigri, mais n'ayant plus de fièvre depuis longtemps et mangeant la portion entière avec deux et trois rations de vin.

25 mai. — Le liquide pleural ne s'est pas reproduit. Respiration rétablie, un peu rude ; souffle et matité au niveau de l'épine de l'omoplate à droite ; son clair au-dessous. Le souffle du côté gauche a depuis longtemps disparu.

La mensuration du thorax n'indique aucune différence entre les deux côtés, 44 centimètres pour chacun.

M... a toujours un peu d'œdème de la face. Il se lève et se trouve bien.

Je le crois phthisique, et cependant cette matité dorsale à droite pourrait s'expliquer par une pneumonie chronique des-

---

(1) Fin. — Voir la Revue clinique de samedi dernier, 8 juin 1872.

tinée à s'améliorer. Les râles caverneux constatés en février peuvent avoir été le résultat de la pleurésie : ils ont disparu.

Je relève dans cette observation l'écoulement presque nul du liquide à la première ponction : cette particularité ne tient pas seulement à la consistance du liquide. Je viens de rencontrer un homme de 60 ans qui, étant affecté d'hydrothorax, suite de fièvre intermittente, a été ponctionné par moi. La piqûre a déterminé un érysipèle mortel, et à l'autopsie, j'ai constaté la présence d'un liquide séreux de trois ou quatre litres. Le trocart, engagé profondément, avait pénétré dans le liquide, et pas une seule goutte ne s'était écoulée. Je n'avais pas à ma disposition, en ce moment, d'appareil aspiratoire. Si cet effet, signalé plusieurs fois, n'avait été observé que chez les vieillards, ne tiendrait-il pas à l'absence d'élasticité du thorax et à l'inexpansibilité du poumon ?

Ainsi, sur 7 opérés, dont 3 tuberculeux, j'ai obtenu 5 guérisons après 28, 40, 45, 60 et 72 jours d'injections, et sans dépression notable du thorax. C'est là un résultat très-satisfaisant et qui doit délivrer de toute hésitation, la nature du liquide étant démontrée.

Je n'ai pas expérimenté d'une manière assez suivie la méthode des injections après ponction sous-cutanée. Je suis bien persuadé qu'elle donnera aussi de bons résultats, à la condition de multiplier les ponctions, d'aspirer le liquide, de bien faire les lavages. Mais obtiendra-t-on des malades ces opérations souvent renouvelées (jusqu'à trente-cinq fois dans une des observations de M. Bouchut) ? Cela me paraît bien douteux.

Quant aux ponctions simples, elles ne réussissent pas chez l'adulte.

DES ORIGINES DU PROCÉDÉ DES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES (1).

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 1er mai 1872, par M. Chassaignac.)

Je vais peut-être vous surprendre en me bornant à vous rappeler, non pas les noms de tous les chirurgiens qui ont fait des résections, la liste en serait longue, mais de ceux-là seulement qui, pour la résection de la tête humérale, ont laissé dans la science la trace de leur passage; j'indiquerai les dates pour montrer la marche successive qui a été parcourue.

Ce sont :

En 1768, Ch. White.

En 1771, Lentin.

En 1773, Bent.

En 1779, Orred.

En 1803 et 1815, Moreau père et Moreau fils; la brillante phalange des chirurgiens militaires, Larrey, Percy, Willaume, Reynaud, Guthrie. Presque tous pour des plaies d'arme à feu.

En Angleterre, Syme, Babington, Liston.

En France, Velpeau, Delpech, Blandin.

En Belgique, Seutin.

En Italie, Malogo.

En Égypte, Clot-Bey.

En Allemagne, Wutzer, Frike et surtout Textor.

En Autriche, Jœger, 3 opérations, dont 2 succès; la troisième opération suivie de mort, mais dans quelles circonstances? Femme de 62 ans, ivre, fracture avec plaie et rupture hémorrhagique des vaisseaux axillaires, suivie d'une syncope prolongée avec exposition à l'air frais de la nuit, pendant plus de six heures.

Comment, vous dites à ces représentants illustres de la chirurgie que leurs procédés ne valent rien. Mais ce sont eux qui vous ont appris à vous même les procédés dont vous vous faites le plus d'honneur en les leur empruntant. N'est-ce par Ch. White qui vous a appris cette incision acromio-humérale pour la découverte de laquelle vous n'avez pas eu à vous mettre en frais d'imagination, et dont vous vous évertuez à louer les avantages, absolument comme si vous en étiez l'inventeur ?

Non, monsieur, le véritable inventeur en cette matière, c'est White, qui trace une ligne inexplorée jusque-là; ce n'est pas celui qui fouille cette ligne avec plus ou moins de prétention et de fracas.

La plupart de ces hommes si lestement éconduits sont des maîtres dont la chirurgie s'honore et dont nous avons le devoir de faire respecter les travaux et le souvenir.

Enfin, vous rejetez les anciens comme n'ayant employé que des procédés défectueux; mais les chirurgiens contemporains, comment les traitez-vous? M. Ollier a un procédé encore plus sommaire que le premier; il vous supprime complétement toute une école.

Dans le monde chirurgical, en matière de résections, il n'y a que les anciens et lui, lui et les anciens. Et les chirurgiens de son temps, qu'en fait-il? Ah! ce qu'il en fait, il ne nous l'a pas dit.

Autre procédé : M. Ollier se livre à des imitations de formules qui n'ont pas, il est vrai, une grande importance, mais dont il pourrait bien indiquer l'idée première.

J'avais écrit, page 618 du tome Ier de mon traité : « Il est une expérience appréciative que je recommande à quiconque voudra se faire sur les procédés de résection une opinion motivée. Exécutez sur les deux membres d'un cadavre, d'un côté les procédés à incision unique, de l'autre les procédés habituellement décrits, etc. »

M. Ollier répond en manière d'écho : « Si l'on pratique sur le cadavre deux résections de la même articulation, l'une par la méthode sous-périostée, l'autre par les procédés anciens, on verra immédiatement les avantages des procédés sous-périostés. »

Après une pareille confrontation des textes, nier la similitude des expressions et des idées, c'est nier l'évidence. Et je crois que le mode de démonstration dont il s'agit m'appartient bien plus légitimement qu'à M. Ollier.

Notre confrère ne se gêne pas pour nous faire connaître ses désapprobations sur nos procédés; ainsi, dans le texte de sa communication à la Société de chirurgie, il affirme que la segmentation préalable est mauvaise.

Elle est mauvaise! je le crois bien, quand, pour s'en passer, on a recours à un artifice aussi ingénieux que celui-ci; quand, ainsi qu'il l'a pratiqué au Val-de-Grâce, on fait éclater l'os par un coup de revolver. Qui ne voit que cette balle de revolver remplace la section préalable faite avec la scie? Il ne faut pourtant pas des efforts de perspicacité pour deviner que rompre la continuité d'un membre par une fracture préalable ou la rompre par un trait de scie, c'est, au point de vue du mécanisme opératoire, une seule et même chose; car il ne s'agit plus, dans l'un et l'autre cas, que de présenter à l'incision deux tronçons osseux sortant sans effort, et sur lesquels on fait du sous-périotisme tout à son aise.

Cela peut donner lieu à une petite surprise, à une sorte de trompe-l'œil en face d'un auditoire courtois et bien disposé, mais ne serait pas de mise devant la sagacité pratique d'une assemblée de chirurgiens.

A l'amphithéâtre, le procédé est-il de bonne guerre? Cela est douteux. Mais au lit du malade, on n'admet pas un genre de préparation qui tranche le nœud gordien de la continuité osseuse, pour préparer un trop facile triomphe à l'opérateur.

En somme, M. Ollier fait au revolver, avant l'incision, ce que je fais avec la scie. Et un critique malveillant ne manquerait pas d'appeler ce procédé un désossement à coups de revolver.

Il est difficile, devant l'intrépidité des affirmations si crûment exprimées de M. Ollier, de ne pas être ébranlé ou, pour le moins, très-désagréablement impressionné.

Aussi, lors de sa communication dans une autre enceinte, je voulus sur-le-champ et séance tenante protester contre les assertions de M. Ollier, et je ne m'arrêtai que devant les termes impératifs du règlement.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 13 juin 1872.

C'est l'ensemble de ces façons d'agir qui m'a conduit à examiner avec un redoublement d'attention les titres de propriété de la prétendue méthode sous-périostée, qui, selon moi, ne constitue autre chose qu'un détail particulier dans le mode d'exécution des méthodes déjà connues, mais ne constitue point une méthode, ainsi, du reste, que l'a parfaitement établi M. Le Fort à la Société de chirurgie.

Mais j'ai hâte d'aborder l'examen d'une série de propositions dont j'ai à démontrer la parfaite inexactitude.

Je suis obligé d'entrer, pour cette démonstration, dans de longs détails et dans des détails techniques; j'ai l'espoir que l'importance du sujet me les fera pardonner.

PREMIÈRE QUESTION.

Est-il vrai que le principe fondamental de la méthode sous-périostée, seule rationnelle, appartienne à M. Ollier?

Je dis que ce principe n'appartient nullement à notre confrère, qui l'a trouvé formulé nettement et mis en pratique, d'une manière complète et détaillée, longtemps avant lui.

Voici mes preuves :

Le 16 janvier 1855, dans la séance de l'Académie de médecine, a été présentée une femme âgée de 40 ans, opérée le 11 juillet 1854. Elle a subi une ablation des deux tiers internes de la clavicule avec conservation intégrale du nid périostéo-capsulaire ou sous-périostéo-capsulaire, pour parler le langage de M. Ollier, me bornant à le compléter un peu.

Par conséquent, dix ans avant les publications de M. Ollier, on trouve sa prétendue méthode aussi complétement, aussi rigoureusement appliquée qu'il l'ait jamais fait et qu'il le fait encore aujourdhui.

Principe fondamental, exécution opératoire, résultat clinique, c'est-à-dire reproduction constatée en pleine Académie, pansement par occlusion tous les huit jours, cuirasse dextrinée, tout y est, et je me demande par quel enchaînement, ou plutôt par quel entraînement d'idées il a pu considérer comme sienne une méthode toute trouvée et complétement mise à exécution avant lui. C'est à ce point que je cherche ce qu'il aurait bien pu inventer pour la porter plus loin. Ce n'est assurément pas cet instrument (superfétation chirurgicale) qu'il appelle un détache-tendon, auquel M. Ollier lui-même n'attache pas une grande importance, et moins encore, comme de raison, à la dénomination qu'à la chose.

Il en est à peu près de même de son incision en *baïonnette,* pour la résection du coude ; car, à la manière dont cette innovation a été accueillie, M. Ollier a bien dû s'apercevoir qu'il n'était pas facile de faire passer aux yeux des chirurgiens trois incisions unies entre elles pour une seule incision.

Il y a des artifices de langage dont il faut se défier : une incision en baïonnette, qu'est-ce, je vous prie? C'est tout simplement une incision composée de trois autres incisions, dont deux longitudinales et une transversale.

Il fait, par son incision en baïonnette, trois incisions réunies en une seule. Roux n'en faisait que deux, Park n'en faisait qu'une. Ne parlons donc plus de l'incision en baïonnette.

A force de recevoir des encouragemens, des couronnes, des ovations pour une découverte qu'il n'avait point faite ; à force de se dire à lui-même et de répéter aux autres qu'il était l'inventeur d'une méthode de résection, M. Ollier a cru pouvoir se mettre à l'aise aussi bien avec l'histoire de la chirurgie ancienne qu'avec celle de la chirurgie contemporaine, et n'a pas su résister à un emportement qu'il est peut-être encore temps de réfréner. Il faut du moins l'essayer et prendre la place de l'avertisseur antique marchant à côté du triomphateur pour lui infliger ce que, dans notre style académique, nous appelons des rectifications.

Entre gens qui pratiquent honorablement la science et la profession, il y a des choses dont on ne se soupçonne ni les uns ni les autres. J'en excepte cependant certaines personnalités connues pour pratiquer le plagiat d'une manière éhontée.

Je ne puis donc me résoudre à penser que M. Ollier se soit dit : voilà un fait non douteux de résection sous-capsulo-périostée, je vais m'en emparer pour le faire servir de base à ma méthode, sans le rapporter à sa véritable origine. Non, il a été dupe d'une illusion. Je ne puis, je ne dois pas admettre autre chose qu'une illusion ; seulement je trouve qu'elle se prolonge trop.

Il semble cependant que, pour qu'aucune échappatoire, aucun refuge ne fussent laissés au déni de justice, qu'on ne prévoyait pourtant pas, du moins à ce degré, le texte de la communication consignée dans mon mémoire de 1855, appuie avec *insistance,* mais sans se l'approprier, sur le caractère fondamental de la méthode.

On y trouve assurément l'expression la plus complète d'une méthode inspirée par la physiologie et mise à exécution avec une précision mathématique. Et M. Ollier retiendra ceci : qu'en de pareilles conditions, nous ne pouvons nous mettre au nombre de ces gens qui grattent l'os plus ou moins régulièrement et qui, suivant son élégante expression, coupent par-ci par-là des lambeaux du périoste.

Toutes mes opérations ont été faites dans cet amphithéâtre de Lariboisière que M. Ollier connaît bien, et où j'ai eu l'insigne honneur de voir figurer tout ce qui a un nom aujourd'hui dans la chirurgie européenne et dans la chirurgie américaine.

Il ne me serait pas permis d'être aussi affirmatif, si je ne faisais pas connaître dans leur entier les pièces que j'ai sous la main et que je dépose sur le bureau de la Société. Avant tout, voici l'observation.

Je la donne aussi complète qu'elle a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* et dans mon *Traité des opérations,* t. Ier, p. 669. Je me bornerai, pour économiser les instants de la Société, à ne citer textuellement que les passages qui se rapportent à l'objet en litige.

Le titre de l'observation mérite d'arrêter un instant votre attention :

« *Fracture spontanée de la clavicule droite chez une femme de 40 ans; ostéite suppurante, perforation des téguments; résection des deux tiers internes de la clavicule; conservation du périoste dans l'opération (conservation intégrale de la capsule et du périoste). Réformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement. — Guérison.* »

Je complète le sommaire en disant : *aucune destruction d'aucune partie du périoste ni de la capsule,* qui ont été simplement incisés à leur partie antérieure.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux ;* — l'*Union médicale ;* — la *Gazette hebdomadaire;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie;* — le *Bordeaux médical;* — la *Gazette médicale de l'Algérie;* — le *Bulletin général de thérapeutique;* — le *Marseille médical;* — le *Montpellier médical;* — le *Bulletin médical du nord de la France;* — le *Bulletin de la Société de médecine de Paris.*

M. BROCHIN, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux,* adresse à la Société, de la part du docteur Cabasse, un travail intitulé : *Mort subite pendant le cours d'une amputation de jambe après l'anesthésie au moyen du chloroforme. — Nos ambulances durant la dernière campagne.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Chassaignac, Giraldès et Le Fort, rapporteur.)

M. PAULET communique une observation de M. le docteur Jasseron, intitulée : *Résection sous périostée du coude.* (Renvoyé à une commission composée de MM. Cruveilhier, Sée et Paulet, rapporteur.)

RAPPORT

Traitement de la tumeur lacrymale. — M. GIRAUD-TEULON lit un rapport sur le travail suivant, au nom d'une commission composée de MM. Forget, Perrin et Giraud-Teulon :

De la cure radicale de certaines formes de tumeurs lacrymales au moyen de l'excision partielle du sac, du cathétérisme méthodique et des injections au sulfite de soude. — M. MONOYER, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, médecin des hôpitaux de cette ville. (Ce travail sera inséré dans les *Mémoires de la Société*.)

« Malgré la multipticité des moyens préconisés pour la cure de la tumeur lacrymale, malgré les progrès incontestables réalisés par l'introduction, en 1857, de la méthode de M. Bowmann dans la thérapeutique chirurgicale de cette maladie, la tumeur lacrymale n'en continue pas moins à faire le désespoir des praticiens par la longueur, et dans bien des cas, par l'inefficacité du traitement.

« Ceux-là seuls qui ont suivi leurs malades pendant un temps suffisamment long peuvent dire combien on compte de guérisons définitives, et surtout de guérisons avec rétablissement des voies naturelles !

« Ces succès sont d'ailleurs d'autant plus rares que l'on est en présence de cas plus anciens et plus compliqués. »

C'est par ce jugement extrêmement juste que débute M. Monoyer, et tout praticien un peu expérimenté ne peut que joindre ses regrets à ceux exprimés par notre distingué confrère.

Mais cette sévérité s'atténuera, nous n'en doutons pas, au fur et à mesure des progrès de détail qui suivent chaque jour l'emploi de la méthode et permettent d'en mieux préciser les indications et les contraires. Le travail même dont nous allons vous rendre compte, et qui s'attaque à l'une des complications les plus rebelles de cette affection complexe, justifiera lui-même, par ses résultats, l'espérance pronostique que nous venons de formuler.

Cette complication rebelle entre toutes consiste dans le *relâchement du sac avec ou sans hypertrophie de ses parois*, et cette variété, obstinée dans ses résistances, est l'objet même du mémoire de notre confrère de Strasbourg, après avoir été celui de ses études thérapeutiques.

Jusqu'à ce jour, dit l'auteur, la dilatation ou le relâchement du réservoir des larmes n'a été combattu que par la compression, et ajouterons-nous, par toutes les espèces possibles d'injections, mais sans résultats constants, ni même généralement satisfaisants, cela est incontestable. On le comprend d'ailleurs facilement pour les cas où la paroi du sac a subi l'altération hypertrophique. Nous ne parlerons pas du procédé de la destruction même du sac ou plutôt de ses parois par la cautérisation profonde. Cette méthode, que nous n'avons pas à apprécier en ce moment, comporte, dans l'esprit même de ses partisans, l'anéantissement des voies naturelles de l'excrétion lacrymale.

Or, l'état actuel de la science, ou plutôt de l'art dans ce département chirurgical, permettant aujourd'hui de refouler dans les exceptions les méthodes fondées sur les retranchements physiologiques, nous ne nous arrêterons pas, pour le moment, à cette méthode ultra-radicale !

Quoi qu'il en soit, aux cas rebelles que nous avons définis plus haut, M. Monoyer propose l'extirpation d'une portion du sac, la partie des parois qui a subi l'hypertrophie. M. Monoyer présente, à l'appui de sa pensée, deux observations : l'une relatée tout au long dans son mémoire; une seconde, qu'il a eu l'obligeance de nous transmettre plus récemment.

Dans la première de ces relations, il s'agit d'une tumeur lacrymale vieille déjà de deux années, traitée pendant un certain temps par le procédé élémentaire d'Anel, ayant donné lieu, dans le cours de ce traitement, à des accidents inflammatoires et ne se vidant plus complétement par la pression.

Les injetions pratiquées par les points lacrymaux confirmaient l'accroissement de l'étendue du réservoir; la présence d'une dureté appréciable sous le doigt, dans la paroi, en démontrait l'hypertrophie. Le 8 février 1867, la malade étant anesthésiée, le sac, préalablement distendu par une injection, fut mis à nu sur sa surface antérieure par une incision verticale suivant son grand diamètre.

La paroi antérieure, disséquée, fut alors ouverte suivant la même direction, et les lèvres de cette paroi hypertrophiée enlevées de chaque côté, en fuseau, sur 3 millimètres environ de largeur en leur partie moyenne. Le sac étant vidé, la perméabilité inférieure du canal nasal reconnue au moyen de la sonde, la plaie fut pansée à plat et donna lieu à une ouverture fistuleuse, comme après l'opération fistuleuse de J.-L. Petit. Cette fistule se ferma naturellement au bout de dix jours. Le sac avait repris son étendue normale; les injections par les canalicules lacrymaux, ouverts par la méthode de Bowman, ne le dilataient plus; les sondes 4, 5, 6, ainsi que les larmes, passaient aisément dans les fosses nasales.

Une guérison rapide, radicale, et qui s'est en effet soutenue depuis cette époque, a couronné cette intervention de l'art; dix-huit jours ont suffi au rétablissement régulier des voies et des fonctions naturelles. En communiquant ce succès à la Société de chirurgie, l'auteur ne prétend pas établir à son profit une base de priorité. Parcourant les documents que possède la science, il trouve deux prédécesseurs dans la même voie, Von Ammon et Bowman.

Le premier rapporte deux observations de *cure de la dilatation du sac lacrymal par l'ablation d'un lambeau de sa paroi antérieure* (1851).

Le second, M. Bowman, au rapport de son collègue de Morfields, M. Critchett, se serait aussi fort bien trouvé d'enlever par la dissection la paroi antérieure du sac; ce dernier redoute cependant, ajoute-t-il, les longueurs et la difficulté du procédé.

Maintenant, on doit se demander quel est le mécanisme de l'heureux effet produit par cette ablation d'une portion des parois du sac; les auteurs que nous venons de citer ont eu, en la pratiquant, divers objets en vue.

Le premier a été, en diminuant l'étendue du réservoir contractile, d'accroître cette contractilité; le second, de réduire les quantités sécrétées, en réduisant l'étendue des surfaces qui les produisent.

Il est évident que tous ces points de vue sont rationnels. En est-il de même de celui adopté par M. de Hamer, qui voit dans cette réduction du sac une manière de procurer l'adhésion totale des parois et l'oblitération complète de la lumière du canal? Les résultats obtenus par M. Monoyer dans les deux cas relatés par lui; ceux des essais de l'école de Turin, qui démontrent le passage d'une fine injection tout le long du canal après les cautérisations réputées les plus parfaitement obturatrices du canal, ne permettent pas d'accepter la proposition du savant de Prague. Dans tous ces cas, il est constant que le canal a conservé sa perméabilité, que les voies naturelles sont de rechef rendues à leur fonction plus ou moins complète. Toute ectasie du sac pourra-t-elle être soumise à cette méthode? C'est une question d'indication que se pose l'auteur du mémoire, et qu'il résout d'ailleurs très-sagement par la négation. A ce procédé, non plus qu'aux autres méthodes dites physiologiques, ne cèderont les altérations du canal, suites des caries osseuses de dégénérescences granuleuses. Il est clair que ces cas graves requièrent des traitements plus complexes, après lesquels il serait téméraire d'espérer la reconstitution fonctionnelle dans son intégrité.

Il est un détail secondaire, rapporté avec une certaine insistance par M. Monoyer, et que nous avons laissé jusqu'ici quelque peu dans l'ombre. Les pansements dont le canal a été l'objet pendant le traitement ont consisté en injections d'une solution de sulfite de soude au 200ᵉ. L'auteur vante chaleureusement cette solution et semble ne point séparer de son emploi les résultats de sa méthode.

Invité par son généreux témoignage à l'imiter, nous avons immédiatement mis à l'essai cette solution, en l'employant comme injection dans nos catarrhes du sac. Il serait désirable, en effet, d'avoir

entre les mains pour cet objet un topique sur lequel on pût compter, car rien n'est difficile comme un choix à faire en cette matière.

La muqueuse du sac et du canal est, à cet égard, une personnalité aussi délicate que capricieuse; le sulfite de soude n'a pas échappé à la loi. Bien accueilli dans quelques cas, il a été moins heureux dans d'autres. Dans aucun il n'a dû s'imposer par la netteté de ses résultats.

Néanmoins, comme ces essais n'ont eu qu'une durée fort restreinte, nous recommandons leur reprise, dans tous les cas où l'état de la muqueuse oculaire ou lacrymale appelle un modificateur.

(*Sera continué.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

161. Mouronval. Considérations sur les lésions traumatiques cavitaires.
162. Blanchard. Étude sur le pansement ouaté.
163. Petit. Quelques considérations sur les pleurésies latentes.
164. Bartharez. Du traitement des hémorrhagies de matrice par le sulfate de quinine.
165. Guyader. Étude sur les accidents dits urémiques.
166. Schaan. Étude sur la trichine.
167. Pouzol. Essai sur l'ictère.
168. Letona. Etude comparative des fièvres palustres.
169. Galliot. Essai sur la thermométrie chirurgicale.
170. Gigard. Deux points de l'histoire du favus.
171. Le Bobinnec. Essai sur la fièvre puerpérale dans ses rapports avec l'érysipèle.
172. Cado. Du traitement de la sciatique par les courants continus.
173. De Beaurepère. De l'écrasement et des amputations des doigts. De leur traitement.
174. Billet. De la fièvre puerpérale et de la réforme des maternités.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8°, avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo lithographie indiquant les altérations de l'œil examiné à l'opthalmoscope. — Paris, Delahaye. — Prix : 17 francs.

Dictionnaire de chimie pure et appliquée, par Ad. Wurtz (de l'Institut), avec la collaboration de MM. Bouis, Caventon (de Clermont), Debray, Dehérain, Friedel, Gautier, Grimaux, Henninger, Hautefeuille, Kopp, Lauth, Le Blanc, Salet, Schutzenberger, Troost et Willm. — 12e fascicule (feuilles 7 à 16 du 2e volume). Prix : 3 fr. 50. — L. Hachette et Ce.

Des hémorrhagies intra-rachidiennes (hémorrhagies méningées et hémorrhagies de la moelle), par le docteur G. Hayem, professeur agrégé à la Faculté. — 1 vol. in-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Poucin, quai Voltaire, 13.

GRANULES ANTIMONIAUX

ANTIMONIO-FERREUX ET ANTIMONIO-FERREUX AU BISMUTH

Du docteur PAPILLAUD

NOUVELLE MÉDICATION A BASE D'ARSÉNIATE D'ANTIMOINE

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans les séances des 8, 15 et 23 octobre 1870.

Les **Granules antimoniaux** sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes, dans les *affections névrosiques, rhumatismales* ou *hypertrophiques du cœur*, et dans l'*asthme*, le *catarrhe* et la *phthisie* à ses débuts.

Dans les **Granules antimonio ferreux** les propriétés réparatrices du fer, unies aux effets reconstituants de l'arséniate d'antimoine, constituent le remède le plus sûr et le mieux toléré à opposer à la *chlorose, chloro-anémie*, la *scrofule*, les *névralgies* et *névroses*.

Les **Granules antimonio-ferreux au bismuth** sont particulièrement destinés à la guérison des affections nerveuses des voies digestives.

Pharmacie E. Mousnier, à Saujon (Charente-Inférieure), et dans toutes les pharmacies, en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies, 141, rue Montmartre; 43, rue de Clichy; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue; 103, rue Neuve-des-Mathurins, et 86, rue du Bac.

PANCRÉATINE DEFRESNE

ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** agit dans un milieu acide; elle émulsionne quinze fois son poids de corps gras; elle digère cinquante fois son poids de fibrine; elle transforme en glucose 140 grammes d'empois, soit 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

modifiée par la **Pancréatine**, vendue sous forme d'émulsion, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules de pancréatine, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4.

CARBONATE ET CITRATE DE LITHINE EFFERVESCENTS

DE CH. LE PERDRIEL

employés avec succès contre la **Goutte**, les **Douleurs rhumatismales** et la **Gravelle**.

GRANULOIDES OU PETITES DRAGÉES DE CARBONATE ET DE CITRATE DE LITHINE

Dosés à **0,05** *centigrammes.*

Exiger le vrai cachet LE PERDRIEL. — Vente en gros : 54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie.
Détail : 70, rue du Faubourg-Montmartre, Paris.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stutlgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux**.

Prix : la boite de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

MALADIES DE LA PEAU

LES GRANULES

Et le Sirop d'Hydrocotyle asiatica

DE J. LÉPINE,

Pharmacien en chef de la marine à Pondichéry, sont, d'après le Dr CAZENAVE, médecin de l'hôpital Saint-Louis, le remède le plus sûr des affections rebelles de la peau : **Eczéma, Psoriasis, Lichen, Prurigo, Dartres**, etc., etc.

Dépôt général à Paris : 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré, et pour la vente en gros : 99, r. d'Aboukir

---

Apiol des docteurs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition univ. de Londres 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très-infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs JORET et HOMOLLE, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur*, ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau*... Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets JORET et PUJOL.
Dépôt général, pharm. BRIANT, 150, r. de Rivoli.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA

AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien,
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

DRAGÉES ET ÉLIXIR

AU PROTOCHLORURE DE FER

Du docteur RABUTEAU

LAURÉAT DE L'INSTITUT (Académie des sciences).

Le protochlorure de fer est non-seulement le plus rationnel, mais le plus efficace des médicaments ferrugineux. Il est le plus rationnel, puisqu'il est prouvé que les ferrugineux insolubles, tels que le fer réduit, les oxydes, le carbonate de fer, n'agissent qu'après s'être transformés dans l'estomac en protochlorure de fer éminemment absorbable. Il est le plus efficace, puisque toute la difficulté, dans un traitement ferrugineux, consistant à faire pénétrer le fer dans l'organisme, on trouve dans ce sel une préparation qui est absorbée avec la plus grande facilité.

Ce médicament est surtout très-utile dans les chloro anémies graves, où le suc gastrique est très-pauvre en acide chlorhydrique.

Pharmacie CAYLUS, 10, carrefour de l'Odéon.

Vente en gros, chez MM. G. MATHEY et CLIN, 14, rue Racine, à Paris.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE

RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau. — **Gros**, 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris**.

Sirop minéral sulfureux de Crosnier.

Ce sirop, résultat de la combinaison intime du goudron de Norwége et du monosulfure de sodium inaltérable, est, en raison de sa puissance modificatrice des muqueuses, prescrit avec succès dans les *bronchites aiguës et chroniques* et dans la *tuberculose* quand l'expectoration est très-abondante. Il remplace avec avantage, sans en présenter les inconvénients, l'huile de foie de morue et les Eaux-Bonnes naturelles. Il est journellement ordonné pour combattre les *maladies* de peau.

Pharm. CROSNIER, 7, r. des Filles-St-Thomas.

N° 70. — MARDI 18 JUIN 1872. 45e ANNÉE MARDI 18 JUIN 1872. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Chancres du doigt; bubons chancreux sus-épitrochléens. — Des origines du procédé des résections sous-périostées (M. Chassaignac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Nécrologie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

QUESTIONS PENDANTES

A quoi servent les inspecteurs officiels des eaux minérales?

D'après M. Hérard, sans eux « les eaux minérales deviendraient un objet de commerce »; c'est à eux qu'on doit de ne pas voir des propriétaires « chercher avant tout à exploiter lucrativement les sources qu'ils considèrent comme leur bien, leur propriété »: faire des annonces et de la réclame. Qu'on les supprime, et « c'est alors que les petites brochures jaunes, vertes, roses, iront par mille voies diverses solliciter le public, si facilement trompé et toujours si crédule. »

Grâces en soient donc rendues aux médecins inspecteurs, si M. Hérard n'a jamais reçu de pareilles brochures, s'il a vu les propriétaires d'eaux minérales, après toutes les dépenses que leur a demandées l'aménagement des sources, ne pas songer à les faire connaître, renoncer héroïquement à l'exploitation lucrative de ce qui est en effet leur bien, leur propriété incontestable, et continuant à dépenser toujours dans l'intérêt de la chose publique, par pur amour de l'humanité, sans espérer de compensation en ce bas monde, travailler ainsi pour le ciel, saints Vincent de Paul inconnus.

Oh! la séduisante vision, si sérieusement on pouvait croire que l'inspectorat officiel pût, dans un siècle prosaïque, susciter de telles vertus; que l'inspecteur obtînt ce détachement mystique par le seul effet de ses conseils!

Car, il ne faut pas l'oublier, dans le cas posé par M. Hérard, lorsque les sources appartiennent à des particuliers, l'inspecteur n'a réellement ni droit de censure sur les publications, ni droit de contrôle sur les tarifs, ni droit de véto sur les annonces, ni droit d'ingérence dans les combinaisons commerciales, administratives, etc. Il n'a pas le droit d'ordonner l'exécution de tels ou tels travaux, de telles ou telles améliorations qu'il a rêvées. Il peut conseiller; mais s'il se trouve, lui nouveau venu, en présence de propriétaires à qui les sources doivent, à vrai dire, leur existence, d'hommes qui ont dépensé une partie importante de leur fortune et de leur temps en forages, constructions utiles, aménagements intelligents, etc., qui ont, en un mot, créé par eux-mêmes la station à laquelle il s'est fait attacher, il ne paraît pas impossible que l'on discute ses conseils, et que ses plans ne soient pas suivis.

Ce n'est surtout pas impossible dans les stations où il existe plusieurs propriétaires de sources, plusieurs établissements rivaux: si, ce qui se voit trop souvent—nous en pourrions citer des exemples actuels—l'inspecteur officiel se laisse accaparer par un de ces établissements, s'y laisse installer son cabinet de consultation, fait des publications payées par ceux-là seuls qui lui donnent l'hospitalité... il devient peu probable qu'il ait auprès des autres une bien grande autorité morale.

Or, cette autorité morale est le seul espoir de M. Hérard, puisque d'après les lois actuelles, le médecin inspecteur n'a pas d'autorité exécutive ou comminatoire et coercitive. Il ne peut pas même intervenir efficacement dans les questions qui sont le mieux de sa compétence en qualité de docteur diplômé.

Même dans les établissements que l'état possède comme propriétaire, qui sont sa chose, et qu'il peut faire administrer comme il l'entend, son délégué, le médecin inspecteur, ne pourrait, sous aucun prétexte, interdire l'usage des eaux à un malade ou le contraindre à n'en pas user à sa guise.

« En bonne conscience, dit M. Hérard (*Union médicale*, numéro du samedi 8 juin), peut-on parler de priviléges après le décret de 1860, *regrettable à tant d'égards*. Où sont les droits particuliers accordés à l'inspecteur? Les malades n'ont-ils pas l'entière liberté (article 9) de suivre les prescriptions de leur propre médecin, d'être accompagnés par lui *s'ils le demandent*, de faire librement usage des eaux (article 15) sans permission, sans ordonnance? etc. »

Alors, à quoi bon rappeler que « l'État est le gardien de la santé publique, » s'il ne songe pas à la garder?

Au point de vue de l'abus possible des eaux minérales, de la manière dont on doit prendre les bains, les douches, etc., le contrôle de l'inspecteur n'existe plus, je le répète : l'État n'en veut plus, même pour les sources qui sont à lui.

Ce n'est donc pas au nom de la santé publique qu'il peut imposer un inspecteur aux sources des particuliers, et, qui pis est, le faire payer collectivement par les propriétaires rivaux d'une même localité, alors qu'un seul en a su tirer quelque profit aux dépens des autres.

L'inspectorat a survécu aux causes qui l'avaient fait autrefois établir. Il n'a plus maintenant aucune raison d'être, car il n'est en réalité utile qu'au seul inspecteur. C'est l'inspecteur qui devrait payer ceux qui ont découvert les sources, au lieu d'être payé par eux; ou du moins il devrait payer l'État qui lui fait

une réclame, comme le reconnaît M. Hérard. Nous examinerons prochainement ses réflexions à ce sujet, ainsi que ses plans de réforme.

Dr Victor Révillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Chancres du doigt. — Bubons chancreux sus-épitrochléens. Maison de santé.

(Observation recueillie par M. J. Tirard, interne du service.)

La qualité du virus chancreux est un fait aujourd'hui scientifiquement démontré.

Le chancre infectant, à base indurée, non-inoculable sur un sujet diathésé, à réaction inflammatoire peu intense, ordinairement unique, est suivi d'accidents constitutionnels plus ou moins graves.

Le chancre mou, non induré, auto-inoculable autant de fois qu'on le voudra, à réaction inflammatoire plus vive, quelquefois multiple, est un accident local et ne détermine pas de retentissement général sur l'économie.

L'un et l'autre de ces deux chancres peuvent être observés sur toutes les parties du corps, pourvu que les conditions d'inoculation aient été remplies.

Certaines régions cependant paraissent prédisposées au chancre induré, et l'on sait que le chancre céphalique fut pendant longtemps un argument sérieux en faveur de l'unicité du virus chancreux.

Le chancre est un, disait M. Ricord, le terrain seul diffère.

Des inoculations positives faites avec du pus de chancre mou, aux lèvres, aux joues, derrière l'oreille; des observations fort nettes, ont changé l'opinion de l'illustre siphyliographe.

Ce n'est plus dans une question de terrain, mais dans d'autres conditions qu'il faut rechercher la fréquence du chancre induré céphalique.

La chancre induré est relativement indolent; le chancre mou est plus douloureux, à réaction vive; l'un peut passer presque inaperçu ou du moins paraître beaucoup moins grave à des personnes inexpérimentées; l'autre appelle forcément l'attention.

Dans le cas de chancre induré, on permettra plus facilement la satisfaction de passions dégradantes, de là la fréquence du chancre infectant céphalique.

De plus, il est à peu près démontré que les accidents secondaires peuvent inoculer la vérole, et l'on connaît la fréquence et la persistance des plaques muqueuses de la vulve,

Quoi qu'il en soit des raisons invoquées pour expliquer la fréquence du chancre induré céphalique, les inoculations directes, l'observation établissent la réalité du chancre mou de la tête.

La spécificité du terrain pour soutenir la doctrine de l'unicité chancreuse, n'existe donc plus.

Le chancre mou et le chancre induré se produisent partout, pourvu qu'il y ait une porte d'entrée, pourvu que le virus se trouve dans des conditions physico-chimiques voulues.

On sait que les acides, les alcalis, la gangrène, altèrent le virus chancreux et le rendent impropre à l'inoculation.

Les ulcérations, les éraillures, les plaies d'origine quelconques sont les conditions les plus favorables à la contagion. Aussi, plus l'épiderme sera mince, plus les érosions seront faciles, plus les portes d'entrée seront fréquentes, de là le grand nombre de chancres sur la muqueuse fine des organes génitaux.

Mais nous le répétons, pourvu que l'inoculation ait été bien faite, toujours un chancre induré produira un chancre induré, et jamais un chancre mou ne sera suivi d'accidents constitutionnels.

Que ce soit aux organes génitaux, à la tête ou aux doigts, la même évolution, différente suivant les deux virus, s'accomplira toujours.

Deux cas de chancre mou de l'index suivis de bubon chancreux sus-épitrochléen, observés par M. Demarquay, m'ont engagé à rechercher :

1° La fréquence des chancres du doigt;

2° Leur évolution;

3° La nature de l'inflammation qu'ils peuvent déterminer soit dans les ganglions sus-épitrochléens, soit dans les ganglions de l'aisselle.

Voici d'abord ces deux observations :

1re Observation. — M. X..., 22 ans, entre à la maison de santé le 16 février 1872.

A 1 centimètre 1/2 au-dessus de l'épitrochlée existe une tumeur de la dimension d'un œuf de poule, occupant la face antéro-latérale du pli du coude droit.

Le centre est manifestement fluctuant, les bords en sont durs et œdémateux; empâtement de 2 centimètres environ sur tout le pourtour.

Cette tumeur est apparue vers la fin de janvier, et depuis cinq ou six jours elle n'est plus douloureuse.

Le malade dit avoir eu un panaris à l'index de la même main; on constate, en effet, au niveau de la dernière phalange une cicatrice profonde, irrégulière.

Léger engorgement des ganglions de l'aisselle.

A-t-on affaire à une adénite suppurée consécutive à un panaris?

La cicatrice irrégulière, déprimée, l'aspect du doigt, tout fait croire à l'existence d'un chancre plutôt que d'un panaris.

Aussi M. Demarquay n'hésite-t-il pas à déclarer que le prétendu panaris est un chancre et que la tumeur qu'il a sous les yeux est un bubon chancreux.

Et, en effet, cette tumeur, incisée, donne issue à un pus sanieux, abondant, roussâtre, non homogène.

Les bords ne s'affaissent point, restent durs.

Tous ces symptômes sont ceux d'un bubon chancreux. — Restait un critérium, l'inoculation, qu'on n'a point osé tenter.

Mais quelle était la cause de ce chancre du doigt, si chancre il y avait eu?

Voici ce que nous dit le malade.

Au mois d'octobre dernier, il avait contracté des chancres mous à la verge; il les pansait au vin aromatique.

Un jour (8 septembre), du sucre enflammé lui fait une petite ulcération à l'index.

Il continua à panser ses chancres comme par le passé, et sans prendre de précautions. La plaie résultant de la brûlure ne se cicatrisa pas; elle gagnait, au contraire, en largeur et en profondeur. Les douleurs ne furent jamais vives, ce qui n'est pas dans le panaris.

La guérison complète n'eut lieu qu'en janvier.

C'est alors qu'apparaît la tuméfaction au pli du coude; la douleur, la gène qu'elles procurent, engagent le malade à entrer à la maison de santé.

Les antécédents donnaient donc une confirmation nouvelle au diagnostic.

La plaie d'incision présente dès le lendemain des bords grisâtres, pseudo-membraneux, et donne issue à de la sanie sanguinolente plutôt qu'à du pus.

On panse au vin aromatique; de temps à autre on applique des cataplasmes.

Les bords de la plaie se dégorgent peu à peu; les ganglions de l'aisselle, qui étaient tuméfiés, reviennent à l'état normal.

Le malade sort le 12 mars; la plaie est à peu près cicatrisée.

(Je dois cette observation, presque en entier, à l'obligeance de mon collègue, M. Tranchant, qui a pu suivre le malade du 16 au 23 février).

(*Sera continué.*)

DES ORIGINES DU PROCÉDÉ DES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES (1).

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 1er mai 1872, par M. CHASSAIGNAC.)

J'arrive aux détails mêmes de l'acte opératoire, et voici ce que j'appellerai aussi, moi, l'indication fondamentale exposée en plein :

« Le 11 juillet 1854, la malade étant amenée à l'état de tolérance anesthésique, on procède à la résection..... La clavicule est mise à nu. On saisit avec le davier à résection le fragment interne de la clavicule, et on peut alors facilement le disséquer, en *ayant toujours soin de le raser de près avec le bistouri*, *pour obtenir la conservation du périoste, d'après les vues de Flourens*, et, pour éviter la lésion des organes sous-claviers et de la plèvre, organes qu'on voit au fond de la plaie. »

« Cela fait, on reconnaît que l'altération se propage vers l'extrémité interne de la clavicule, ce qui oblige à pratiquer la désarticulation. »

« Puis arrive le pansement par occlusion tous les huit jours, la cuirasse dextrinée et l'écharpe de Mayor. »

« Ce qui était déjà déjà très-expressément indiqué dans le récit de l'observation se trouve confirmé à nouveau dans les commentaires de l'observation clinique, et cela dans les termes suivants : »

« Alors même que le désir de sauvegarder, par une dissection très-attentive, les organes délicats, limitrophes à la clavicule, ne nous ont pas conduit à respecter scrupuleusement tout ce qui était autre chose que l'os malade, nous aurions apporté dans cette résection *le même soin* que nous *mettons dans les opérations de ce genre* à conserver la plus grande partie possible du périoste. Nous ne faisons, en cela, que nous conformer au précepte donné par Flourens, dont les recherches sur la régénération des os ont si bien mis en lumière la véritable doctrine thérapeutique et pratique des résections. »

« Quand on a saisi, au moyen d'un instrument quelconque et même avec les doigts et un linge rude, à défaut de toute autre chose, l'extrémité sectionnée du fragment sternal, on lui imprime des mouvements très faciles et tels qu'on les exécuterait, en supposant qu'on eût donné un manche long et solide à la partie que l'on veut extraire ; on désarticule alors avec la plus grande facilité, en se bornant, pour toute règle, *à disséquer par petits coups et toujours au contact bien strict de la substance osseuse*, sans jamais laisser égarer dans les chairs la pointe du bistouri. »

Enfin, la seconde conclusion du mémoire est ainsi conçue :

« La clavicule est peut-être, de tous les os, celui sur lequel on peut le mieux conserver le périoste dans les résections, circonstance qui, d'après les travaux de Flourens, est éminemment propre à faciliter la régénération de l'os. »

Ici se bornent les citations textuelles d'un mémoire publié dans trois numéros de la *Gazette hebdomadaire* (tome II, 8 juin 1855, numéros 23, 26 et 27 du journal).

Permettez-moi, messieurs, de vous faire remarquer que dans le récit de l'opération, dans les réflexions qui le suivent, enfin dans les conclusions, se trouve l'exposé complet de la méthode sous-capsulo-périostée ou, pour parler plus simplement, de la méthode de conservation intégrale du périoste et de la capsule, dans son sens le plus pur et dans un type nullement équivoque. Seulement, le principe fondamental de l'opération est soigneusement réservé à Flourens; mais périoste et capsule sont intégralement conservés, et c'est là le seul point vraiment sérieux, tout le reste n'étant qu'adventice et du ressort de l'exécution manuelle.

Veuillez vous rappeler les expressions suivantes :

« *On peut facilement disséquer le périoste, en ayant soin de raser l'os de près avec le bistouri.*

« *Nous aurions apporté dans cette résection le même soin que nous mettons dans les opérations de ce genre* à conserver la plus grande partie possible du périoste. »

« On désarticule en se bornant à disséquer par petits coups et toujours au *contact bien strict de la substance osseuse*, sans jamais laisser égarer dans les chairs la pointe du bistouri. »

J'ai respecté scrupuleusement le périoste de la clavicule, je n'ai pas enlevé une parcelle de la capsule sterno-claviculaire et, franchement si toutes ces choses n'avaient pas eu le tort de se passer en 1854, au lieu d'être réalisées dix ans plus tard, c'est-à-dire en 1865, j'estime que j'aurais pu aspirer à prendre place, non au premier rang des adeptes enthousiastes, mais parmi les bons élèves de la méthode sous-périostéo-capsulaire.

Maintenant, si après des indications aussi nettes et aussi indiscutables :

1° *Sur le but*, conservation intégrale du tissu fibreux péri-ostéique (Flourens).

2° *Sur le moyen* d'exécution, qui va jusqu'au scrupule, pour ne retirer l'os que *comme d'un étui*, sans enlever la plus petite portion du périoste et de la capsule, et qui se contente d'une seule incision, quelqu'un de mes confrères venait dire que c'est lui qui a inventé tout cela, je n'aurais à lui opposer que le silence forcé de l'homme qui voit que, de parti pris, on refuse de lui rendre justice.

Tous les procédés à incision unique décrits dès 1844, à la Société de chirurgie, sont représentés par la lithographie, dans un traité d'opérations publié en 1861.

Ce qu'il y a de dépense d'invention et d'effort scientifique dans la description de ces nombreux procédés, ce n'est pas à moi de le dire. Ce sera, si vous voulez, peu de chose, mais ce peu de chose m'appartient-il oui ou non? Et dès lors y a-t-il un droit que puisse s'arroger un chirurgien, de déclarer comme siens des procédés qui, pour le fait principal, ainsi que je l'ai démontré, le placement, la direction et les détails les plus importants de l'incision tégumentaire et musculaire, ont été décrits trente ans avant lui, soumis au jugement d'une société, pratiqués devant une commission dont le rapport est consigné dans les mémoires de cette société, ces procédés représentés dans un ouvrage publié depuis près de douze ans.

Voyez, du reste, combien est fausse la position que s'est faite notre adversaire dans cette question.

La preuve, la vraie preuve de la valeur des procédés de résection, c'est, de l'aveu de tous les chirurgiens, la reproduction intégrale de l'os enlevé.

Ces résultats, vous en avez d'incontestables exemples dans la chirurgie du dix-huitième siècle et dans celle de la première moitié du dix-neuvième.

Considérez-vous ces régénérations comme exclusivement dues à la méthode sous-périostée, vous voilà forcément conduit à admettre l'existence de la méthode, avant l'époque même de votre entrée dans la carrière.

Admettez-vous que les opérations ont été faites sans souci aucun de la méthode, vous lui portez le coup de grâce, puisque sans elle on a des résultats tout aussi beaux, plus beaux même encore que par elle. Témoin l'opération de White, celle de Lentin, celle de Moreau et d'Angerville, celle que j'ai présentée à l'Académie le 16 janvier 1855; et enfin celle de Meyer (de Zurich) avec reproduction de surface articulaire constatée par l'autopsie, cinq ans après l'opération. Parlerai-je enfin de cette résection pour plaie d'arme à

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 15 juin 1872.

feu, et dans laquelle j'ai enlevé la plus grande partie de l'humérus, résection suivie d'une reproduction osseuse remarquable, publiée en entier dans les bulletins de la Société de chirurgie et dans le tome I[er] de mon *Traité d'opérations* publié en 1861. L'opération date du 19 juillet 1850, et le malade était guéri le 4 novembre 1850.

Pour que des faits cliniques exposés dans les hôpitaux de Paris, où abordent en toute liberté les médecins français et étrangers; des faits soumis au contrôle de l'Académie de médecine, intégralement publiés dans trois numéros successifs d'un journal répandu, puis dans un ouvrage devenu classique, pourvus dès lors de tous les éléments de l'information scientifique, aient été mis dans l'ombre, il faut croire à un bien singulier concours de circonstances.

Ainsi, à la première question : est il vrai que le principe de la conservation du périoste et de la capsule appartient à M. Ollier? nous répondons d'une manière complétement négative en montrant l'application de ce principe faite cliniquement et avec succès onze années avant les publications de M. Ollier sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

Cette exposition, quoique fort abrégée, appelle un résumé. L'auteur, dans son mémoire, traite d'un cas particulier des mucocèles rebelles, le cas où le sac *dilaté* fournit une surface sécrétante en disproportion avec la lumière inférieure du canal, et où l'*hypertrophie* de sa paroi ne permet pas d'espérer le retour du réservoir à ses dimensions normales. L'indication qui ressort de la position de la question d'abord, et secondement de son mémoire et de ses observations, semble des plus justifiées. Il faut enlever la portion hypertrophiée et réduire ainsi le sac à ses dimensions normales. Cette indication bien formulée peut être admise comme un pas de plus accompli dans cette longue lutte contre les oblitérations des voies lacrymales, et qui est, messieurs, une des gloires de l'ancienne Académie, dont vous êtes les continuateurs. L'histoire, à un pas près, important il est vrai, des maladies des voies lacrymales et de leur traitement, est sortie presque complète des travaux du dix-huitième siècle. Mais une erreur physiologique, portant sur un détail, a retardé de près d'un siècle le développement naturel de ces inestimables recherches. Si l'on fait un retour sur ces recommandables travaux, on retrouve, en effet, soit en germe, soit épanouis, toutes les méthodes mises de nos jours en usage pour procurer la reconstitution de la lumière du canal et de ses parois. Seulement, sur toutes les indications formulées, sur toutes les tentatives thérapeutiques, plane et domine un principe invariablement obéi, *le respect de l'intégrité des canaux et orifices lacrymaux.* Ce respect était imposé par les idées physiologiques régnant dans les écoles depuis le beau travail, inexact cependant en ce point, de J.-L. Petit, et qui attribuait un rôle physique *nécessaire* (celui du siphon) aux branches supérieures des voies de l'excrétion lacrymale, une action particulière et indispensable de succion à l'embouchure même de ces canaux aspirateurs. Sous l'influence de ce respect, tous les moyens d'action à diriger sur le canal ou ses parois assez puissants pour obtenir un effet utile, sondes, mèches, injections, topiques divers, devaient être introduits par une large ouverture cutanée, et, en l'absence du modificateur physiologique, le passage habituel des larmes.

Après avoir réparé le canal, l'oblitération d'une fistule plus ou moins complexe devait appeler l'attention et les efforts du chirurgien, et une expérience séculaire a trop montré les difficultés de la seconde partie de l'entreprise.

C'est ici que se place l'intervention de Bowman. Cet éminent observateur remarque que dans les cas d'épiphora dus à la simple éversion des points lacrymaux, on arrivait à rétablir le cours régulier des larmes, en enlevant, par le procédé de Junken, les points lacrymaux eux-mêmes, et en faisant plonger dans le lac lacrymal la béance artificielle créée à leur place dans les canalicules. Ces bouches naturelles, si saintes jusqu'ici, remplissaient donc une fonction moins complexe qu'on ne l'avait supposé; une simple fistule muqueuse ne pouvait, au besoin, les suppléer.

L'illustre chirurgien en conclut qu'on pouvait désormais attaquer par cette voie le sac et le canal, ouvrir les canalicules et les transformer ainsi en fistules muqueuses de la dimension nécessaire. Il n'y avait donc plus d'obstacle s'opposant désormais à l'introduction de sondes ou de mèches de telle grosseur que l'on voudrait dans le canal; plus de craintes de ces interminables fistules cutanées. C'était la méthode de Pouteau renouvelée, mais synthétisée, justifiée et non plus à l'état d'accidents.

Telle est la première base de la riche découverte de Bowman.

La seconde consiste dans une appréciation non moins exacte d'une observation de fait, due à l'École de Dupuytren, et relative à la tendance si obstinée du canal nasal malade à se resserrer continuellement sur lui-même, à la façon des strictures uréthrales. Cette observation amène le chirurgien anglais à poser comme second principe de sa méthode la dilatation progressive des coarctations du canal par des cathétérismes graduellement plus dilatateurs, à la manière employée par Béniqué pour les rétrécissements uréthraux.

Cette méthode a déjà reçu une vulgarisation assez étendue pour que je doive me dispenser d'en rappeler ici les détails. Ce n'est pas un traité que j'écris, mais une exposition de doctrines résumant l'état d'une question.

Par la substitution méthodique de l'ouverture de Bowman à celle de J.-L. Petit, la question des oblitérations lacrymales est ramenée aux mêmes termes que celle des strictures uréthrales simples, c'est-à-dire dans lesquelles le rétrécissement peut être franchi sans lacune obligée (fistuleuse ou autre) dans toute l'étendue du canal, du méat à la vessie.

L'ère chirurgicale des dix-septième et dix-huitième siècles est ainsi rattachée sans interruption à la nôtre, et la doctrine forme un tout complet et uniforme. Les consciencieuses recherches du passé trouvent dans les découvertes de notre époque la porte d'entrée d'une application féconde, et les desiderata, au lieu d'embrasser tout ce cadre nosologique spécial en bloc, n'en frappent plus que certains chefs déterminés.

L'ectasie du sac lacrymal formait un de ces chapitres; le travail que je viens d'analyser paraît devoir apporter à sa solution un contingent précieux. De jour en jour se voient ainsi réduites les tristes exceptions que les maladies des voies lacrymales opposent encore à la thérapeutique complète ou presque complète. Cependant certaines formes que l'on ne peut pourtant rejeter, malgré leur obstination, dans les cas inattaquables, comme sont les oblitérations par destruction, ou déformations osseuses, certaines formes, dis-je, nous opposent encore leur triomphante résistance; la dilatation progressive ne parvient pas à les dominer.

Pour ces formes invétérées, qu'il me soit permis d'invoquer ici le concours de votre expérience, acquise sur un autre terrain. Je faisais à l'instant ressortir l'analogie que présente, avec les rétrécissements uréthraux, les oblitérations du canal nasal.

Une méthode plus récente encore que celle de Bowman, et qui d'ailleurs s'appuie sur elle et la développe, étend cette analogie. Il y a déjà quatre ou cinq ans, M. Stilling (de Cassel) a imaginé d'opposer aux rétrécissements à tendance rétractile invincible, ou au moins obstinée, la section par l'instrument tranchant. Cette idée était naturelle et d'exécution assez facile; comment avait-elle été si longtemps à éclore? Vous le concevez de vous-mêmes : le tissu cicatriciel destiné à combler nos plaies ne possède-t-il pas communément une tendance rétractile tout aussi invincible que celui qu'il doit remplacer et qui constitue le rétrécissement?

Eh bien! au témoignage du très-grand nombre des praticiens qui ont essayé cette méthode nouvelle, il paraît que cette crainte

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

physiologique était vaine. M. Stilling exposait dans son travail que l'incision du rétrécissement étant scrupuleusement abandonnée à elle même et se réparant sans suppuration, s'organisait en quelque sorte physiologiquement, la plaie béante se remplissant insensiblement d'un tissu conjonctif non rétractile. Par ce mécanisme, la lumière du canal se trouvait définitivement accrue. Lorsque, au contraire, on introduit après l'opération des corps étrangers, tels que bougies, sondes, etc., ceux-ci irritent la surface incisée, provoquent la suppuration et la formation du tissu cellulaire jaune, qui bientôt est soumis à la rétraction cicatricielle et rétablit ainsi l'ancien rétrécissement.

L'application de ces idées au traitement des coarctations du canal nasal est un hommage à rendre à l'initiative française, car elles sont nées chez nous sur le terrain urologique, et formulées déjà depuis longtemps. Sont-elles exactes? Il ne m'appartient d'en parler qu'en demeurant sur le domaine de leur application oculaire.

Encouragé par le témoignage des chirurgiens belges, américains, de quelques uns de mes compatriotes, j'ai depuis quelques mois soumis à ce procédé, ainsi méthodiquement compris, mes cas graves ou rebelles, et je dois dire que les résultats obtenus m'inclinent fortement vers l'admission de ces vues premièrement théoriques, et aujourd'hui passées pour moi à l'état de fait.

Si l'on considère le point de départ de ce rapport, ce dernier exposé est une digression, et je crains d'avoir en ce point franchi les limites imposées par les usages. Cependant, on me le pardonnera, si l'on considère que le rappel de cette méthode recule aussi pour sa part, et non médiocrement, les limites du domaine de l'art. Aujourd'hui, il est presque permis d'affirmer qu'une altération des voies lacrymales exempte de *destruction* première ou consécutive des tissus par suppuration : granulation, action chirurgicale, cèdera en un temps généralement limité à l'intervention de l'art. Seuls feront exception les cas de carie du squelette, des voies lacrymales ou de destruction par suppuration prolongée des tissus mous qui en tapissent les parois.

Je termine, messieurs, en vous proposant de décider la publication du mémoire de M. Monoyer dans les bulletins de la Société et d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la Société. La science doit déjà de nombreux et utiles travaux à ce savant confrère. Professeur distingué, membre honoraire, hélas! de l'ancienne université de Strasbourg, nous lui sommes redevables, au milieu d'un grand nombre de mémoires, des importantes publications que voici :

Les anomalies de la réfraction de l'œil et leurs suites, traduit de Donders;

De l'action des mydriatiques et des myotiques, du même auteur;

L'article CRISTALLIN dans le *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*;

Enfin la traduction du *Traité élémentaire de physique médicale* de Wundt.

M. CHASSAIGNAC. J'ai eu recours, pour le traitement des obstructions des voies lacrymales, à la dilatation par les injections suivant la méthode de Laforest. J'employais la sonde de Gensoul, à laquelle j'avais fait subir une modification : j'avais fait faire une ouverture qui était dans l'axe de l'instrument, de façon que le liquide injecté ne pouvait être arrêté par une de ces valvules si communes du canal nasal qui arrêtent les injections en bouchant la canule. Grâce à cet instrument, j'ai pu faire des injections forcées, et j'ai obtenu des guérisons très-positives.

Je ne suis pas partisan de la dilatation forcée, ni des incisions dans le canal nasal; les instruments blessent les os, et cette lésion peut être suivie d'inflammations redoutables.

M. DESPRÉS. M. Giraud-Teulon attribue à Stilling de Cassel l'idée de sectionner les rétrécissements du canal nasal comme ceux de l'urèthre. Gerdy avait depuis longtemps, et avant Stelling, fait cette opération.

M. VERNEUIL. La suppression des moyens mécaniques dans le traitement des obstructions du canal nasal a été un véritable progrès. J'ai fait des ponctions et des injections iodées par la ponction dans le canal nasal et le sac lacrymal, et j'ai obtenu des guérisons durables. Je me servais de la sonde de Pravaz. Dans trois cas de fistules lacrymales rebelles, j'ai cautérisé le sac avec un peu de beurre d'antimoine, et la guérison est survenue, sans oblitération du sac. M. Giraud-Teulon me paraît avoir été trop sévère pour ces méthodes radicales, et, à mon sens, elles valent mieux que les moyens mécaniques. Je rappelle, en passant, que Béraud, dans son excellente *Étude sur le canal nasal*, a montré qu'il s'y rencontrait des valvules normales, mais jamais d'oblitérations organiques.

M. FORGET. Puisqu'il s'agit d'injections iodées, je voudrais dire que, depuis quinze ans, deux malades ont été traitées par les injections iodées (solution de Gruibourt) poussées par les points lacrymaux et leur fistule; le contact de l'iode sur le globe oculaire même n'a pas été un danger. L'observation est consignée dans le *Traité d'iodothérapie* de M. Boinet. Ces malades ont été vues et suivies.

M. DUBRUEIL. Le catéthérisme de Bowmann n'est pas innocent chez un de mes malades; des tentatives infructueuses de catéthérisme ont été suivies d'un phlegmon de l'orbite.

M. GIRALDÈS. Je voudrais savoir où M. Giraud-Teulon a coupé des rétrécissements du canal nasal, car les rétrécissements sont rares. Nous connaissons bien des faits de valvule décrits par Rosen Muller, des polypes, mais ce n'est guère qu'à la partie inférieure du conduit que l'on rencontre les obstacles au cours des larmes. La méthode de Bowmann ne saurait être incriminée par le fait que nous a rapporté M. Dubrueil; elle donne de bons résultats, que j'ai pu vérifier par moi-même.

Il y a des tumeurs lacrymales et des fistules de diverses natures avec hypertrophie de la muqueuse. Il y a des œdèmes, des granulations de cette muqueuse; il faudrait distinguer. Et tout en reconnaissant la bonté de cette méthode, je concède qu'elle n'est pas applicable à tous les cas; surtout je ne pense pas que la section du rétrécissement soit un moyen d'une application générale.

M. BOINET. Comme M. Verneuil, je suis pour les moyens peu violents. J'ai, suivant une pratique de Bretonneau (de Tours), qui plaçait sur l'angle interne de l'œil la pommade de la veuve Farnier, appliqué la teinture d'iode mêlée à l'eau en collyre. Le liquide pénètre dans le sac lacrymal par les conduits et vient modifier la surface interne du sac et du canal nasal.

M. TRÉLAT. Je ne comprends pas, comme M. Giraldès, les objections adressées à la méthode de Bowmann, tirées d'un seul fait fâcheux. Oui, il y a des dacryocystites qui guérissent par les émolliens et les injections, mais il y a des cas de fistules rebelles qu'on guérit mieux depuis qu'on a mis en usage les procédés réguliers. Je n'hésite pas à traiter d'hérésie l'opinion qui consisterait à admettre que les obstructions du canal nasal guérissent mieux depuis qu'on a renoncé à l'emploi des moyens mécaniques. Ce qui peut être vrai pour la dilatation forcée, la dilatation de bas en haut, ne l'est plus aujourd'hui pour les procédés nouveaux perfectionnés. La dilatation par en haut, temporaire et non plus permanente, unie aux injections détersives, est une excellente méthode. La dilatation préconisée par Bowmann est excellente. Je n'ai pas vu d'accidents.

J'ajoute enfin, pour M. Giraud-Teulon, que l'uréthrotomie est bien antérieure à Reybard et à Sédillot.

M. LEFORT. Nous confondons ici l'épiphora, la tumeur lacrymale et la fistule lacrymale. Le traitement est différent pour ces cas, qui ne se ressemblent point. Pour la fistule, le traitement de Bowmann est le meilleur. Je l'ai employé avec succès. J'ai même fait la lacrymotomie, et je n'ai pas eu d'accidents. Je ne suis point de l'avis de M. Verneuil, et je pense que le traitement par les injections seules, même par la partie supérieure, est bien moins sûr que la dilatation ou la section des brides.

M. GIRAUD-TEULON. J'ai employé la méthode vantée par M. Chassaignac, c'est-à-dire la méthode de Laforest, mais j'ai eu de meilleurs résultats de la méthode de Bowmann. Je ne m'expliquerais pas d'ailleurs comment un rétrécissement vrai pourrait être guéri par un jet de liquide. Je suis d'accord avec M. Giraldès en ce sens que, comme lui, je reconnais que les rétrécissements existent sur-

tout à la partie inférieure, et c'est là que je les ai coupés en faisant une petite modification à l'instrument de Weber. Je ne pratique pas la dilatation forcée du canal, quoique de Graefe ait employé ce procédé. Cette dilatation brutale n'a pas causé d'accidents, toutefois, et elle n'est pas aussi destructive que le pense M. Chassaignac. Le grand nombre de faits de stricturotomie me rassurent sur l'efficacité des sections dans le canal nasal, et cette opération prendra place dans le traitement des cas invétérés.

Les injections sont bonnes, mais guérissent-elles radicalement? M. Verneuil a-t-il suivi ces malades?

M. VERNEUIL. Je les ai suivis.

M. GIRAUD-TEULON. Je me joins à MM. Trélat et Giraldès pour affirmer que le fait de M. Dubreuil est tout à fait exceptionnel.

M. CHASSAIGNAC. J'ai vu auprès de Dupuytren l'ancienne méthode à l'œuvre; la dilatation avec la canule produisait des phlegmasies considérables. C'est cela qui m'avait inspiré l'idée de recourir à des méthodes douces. Aussi ai-je traité par le tube à drainage une grande quantité de fistules lacrymales rebelles, qui ont bien guéri.

M. VERNEUIL. Je m'explique : pour l'épiphora, l'opération de Bowman est bonne; pour la tumeur lacrymale avec ou sans fistule, elle peut être aussi mise en usage. Mais pour le traitement des rétrécissements, je fais de suite cette restriction préalable que le rétrécissement, origine du mal, est problématique; on n'en a point trouvé sur le cadavre, ces cas au moins sont extraordinairement rares. Instituer un traitement en vue de ces rétrécissements me paraît dépasser les indications. Quand on voit des fistules rebelles guérir après la cautérisation du sac lacrymal, il est impossible d'admettre qu'un obstacle mécanique seul soit la source de la maladie.

M. GIRAUD-TEULON. Il n'y a pas de tumeur lacrymale sans obstacle au cours des larmes, sans rétrécissement du canal.

M. TRÉLAT. Depuis trois ans, j'ai employé l'opération de Stilling à l'aide du couteau de Weber, j'ai eu de très-beaux résultats.

PRÉSENTATION DE MALADES

Persistance de l'ouraque. — M. GUÉNIOT présente un enfant de six mois qui, depuis sa naissance, a une tumeur fongeuse à l'ombilic qui laisse sourdre de l'urine, reconnue à l'aide du papier tournesol, qui a donné la réaction acide. Le présentateur croit à une persistance de l'ouraque. Il se demande quelle opération pourrait être faite; la sonde à demeure lui paraît insuffisante.

M. CHASSAIGNAC croit qu'il est difficile de dire si c'est l'ouraque ou la vessie qui forme la petite tumeur.

M. GIRALDÈS pense que c'est une extrophie incomplète d'une partie de la vessie par défaut de développement de la paroi antérieure de la vessie. Je crois qu'on devrait tenter d'abord la cautérisation de la tumeur et de la peau voisine, et, en cas d'insuccès, qu'une opération autoplastique pourrait être exécutée.

M. GUÉNIOT ne croit pas que ce soit la muqueuse de la vessie qui forme la tumeur, car tout est bien conformé, l'anneau ombilical est normal.

Staphylome pellucide de la cornée. Guérison. — M. TRÉLAT présente un malade atteint de staphylome pellucide de la cornée, qu'il a traité par la méthode de Graeffe, c'est-à-dire la production d'un ulcère de la cornée, et la cautérisation de l'ulcère avec le nitrate d'argent. Ce malade, avant l'opération, lisait à peine à 15 millimètres, et lit maintenant à 15 centimètres.

COMITÉ SECRET.

A cinq heures un quart la Société se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place de membre titulaire.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre la mort d'un chirurgien distingué, homme aimable, écrivain élégant. Adolphe Richard vient de s'éteindre, à l'âge de 50 ans, à la suite d'une affection des centres nerveux, qui depuis quelque temps déjà l'avait écarté de la vie active.

Un de ses très-nombreux amis, M. le docteur Guibout, au nom de la Société de médecine de Paris, a prononcé sur sa tombe le discours suivant :

Messieurs,

Il y a des hommes que la mort frappe deux fois, et que l'on a déjà pleurés longtemps avant que la tombe se soit ouverte pour eux!... Hélas! notre bon, notre excellent et à jamais regrettable ami Adolphe Richard est de ce nombre.

D'autres apprécieront ses titres scientifiques. Pour moi, il me semble qu'ici, sur le bord de cette fosse, la science s'efface, disparaît et n'est plus rien, que l'homme seul est quelque chose par lui-même, par les nobles qualités de l'esprit et du cœur qui avaient fait de lui une âme d'élite.

Or ces nobles qualités, qui en fut jamais mieux doué qu'Adolphe Richard? quelle intelligence fut plus vive et plus brillante? quel esprit fut plus sérieux et en même temps plus fier, plus charmant et plus enjoué? quel caractère plus sincère et plus franc? quel cœur plus aimant, plus généreux et plus dévoué?

Si nous évoquons les souvenirs toujours chers de nos jeunes années, nous le voyons assistant son illustre père dans son admirable cours de botanique, pour lequel le grand amphithéâtre de la Faculté n'était jamais assez vaste. Nous le voyons faisant, lui aussi, à l'École pratique, des leçons de botanique, toujours suivies et présentant cette singularité que le professeur était aussi jeune et souvent plus jeune que ses élèves. Nous le voyons animant, égayant les herborisations champêtres par sa verve intarissable.

Plus tard, Adolphe Richard s'adonna avec la même ardeur à la chirurgie, et le même succès couronnant ses efforts, il est nommé, au concours, chirurgien des hôpitaux et professeur agrégé de la Faculté de médecine.

Dès lors, il était maître de son terrain, et la fortune lui était acquise. En peu d'années, il s'élève à l'une des plus belles et des plus grandes situations chirurgicales de Paris; c'était justice, car il était vraiment né chirurgien : la botanique avait été l'amour de sa jeunesse, la chirurgie passionnait son âge mûr.

Comme il avait le regard à la fois doux et pénétrant! comme il savait éclairer les cas les plus obscurs, trancher les difficultés les plus ardues et en même temps captiver ses malades par le charme de ses manières, par sa parole toujours facile et entraînante! comme il savait les consoler, les encourager par ce langage du cœur dont il avait le secret, et qui débordait de son âme tendre et affectueuse!

Et, au milieu de ses amis, quelle expansion! quelle gaieté franche! quel pétillement d'esprit! Sciences, peinture, musique, tout lui était familier. Je l'entends encore chanter, de sa voix vibrante et symphatique, les mélodies de Rossini!

Hélas! tout ce bonheur ne devait pas durer, et l'éclat de cette belle intelligence devait prématurément s'éclipser et s'éteindre, comme on voit, en un jour d'été, d'épais nuages arrêter et obscurcir les rayons du soleil.

Pauvre ami! tout n'est pas fini pour toi!... Non! tu n'es pas mort tout entier. Nous garderons pieusement ton cher souvenir. Mais ce n'est pas assez : ton âme, dans un monde meilleur, trouvera, je l'espère, de surabondantes compensations à toutes les joies qui t'ont été ravies! Tu devais, pendant de longues années encore, être heureux à ton foyer domestique, entre une femme bien aimée et deux enfants en qui tu te voyais revivre! Tu devais voir ta réputation et ta fortune grandir encore!.... Hélas! la Providence ne l'a pas voulu... Elle a tout brisé...

Pleurons donc, oui, pleurons! Mais n'oublions pas que quand Dieu frappe, il reste toujours le Dieu de la miséricorde!...

Adieu donc Richard! Au nom de tes amis, au nom de tes collègues, adieu!...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. Muron, docteur en médecine, est nommé préparateur de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Curville, passé à d'autres fonctions.

— M. Gatien-Arnoult, député de la Haute-Garonne, a présenté à l'Assemblée nationale un projet de loi pour la création d'une Faculté de médecine à Toulouse.

— Par un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 3 mai 1872, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Montpellier (section de médecine), MM. les docteurs :

Lacassagne (Jean-Alexandre-Eugène), né à Cahors (Lot), le 18 août 1843 ;

Eustache (Gonzague), né à Alignan-du-Vent (Hérault), le 21 juin 1845.

Ces agrégés entreront en activité de service le 1er novembre 1874, pour en sortir le 1er novembre 1883.

— *Société anatomique. — Prix Godard.* — La Société rappelle que le terme pour l'envoi des mémoires destinés au concours du prix Godard (420 francs) échoit le 1er août. En conséquence, les mémoires doivent être déposés le 31 juillet, au plus tard, chez M. Malassez, archiviste de la Société, rue Victor-Cousin, 4.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 21 juin 1872, au Palais du Luxembourg, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance;

2° Continuation de la discussion sur la névralgie diaphragmatique;

3° Lecture du rapport de M. Caudmont sur la candidature de M. Reliquet.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8°, avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo lithographie indiquant les altérations de l'œil examiné à l'opthalmoscope. — Paris, Delahaye. — Prix : 17 francs.

Clinique chirurgicale, mémoire de chirurgie et d'obstétrique, par le professeur Rizzoli, chirurgien en chef de l'hôpital major de Bologne (Italie), traduit de l'italien par le docteur Andreini. — 1 fort vol. in-8° accompagné de 103 figures dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Soued.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
odure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Do e ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux............................		
Chlorure de sodium..............................		
Matières organiques..............................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 54, Paris.

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel-Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

GLOBULES ALLOUIN

A l'essence d'EUCALYPTUS Eucalyptol)

L'*Essence d'Eucalyptus globulus* est employée depuis plus de cinq années par M. le professeur **Gubler**, qui a expérimenté les Globules **Allouin**, et en a obtenu les meilleurs résultats dans le traitement des affections aiguës et chroniques des voies respiratoires. Le flacon, 4 fr.; le demi-flacon, 2 fr. 25. Dépôt, *gros et détail*, pharm. **Allouin**, 75, avenue des Ternes, et pharm. **Thommeret Gelis**, 32, faubourg Montmartre. — Dépôt de tous les produits tirés de l'*Eucalyptus : Teinture, Cigarettes, Prises de poudre, Vin, Pilules d'extrait, Sirop, Liniment, etc.*, et dans toutes les pharmacies.

POUGUES-LES-EAUX (NIÈVRE)

La source SAINT-LÉGER, *alcaline, ferrugineuse, iodée et gazeuse*, décrétée *d'intérêt public* le 4 août 1860, est *la seule de la localité* qui, depuis 300 ans, ait opéré toutes les cures authentiques pour affections de l'estomac et annexes, gravelle, diabète, albuminurie, etc. — Exiger les marques portant *Source Saint-Léger*. — S'adresser au gérant de l'Etablissement thermal ou à l'Administration, avenue d'Antin, 3, à Paris. Vente chez tous les pharmaciens.

Prix : la bout., 60 c.; la caisse de 50 bout., 30 fr.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation *mixte* maternelle; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire

---

Le vrai sirop dépuratif anti-scorbutique du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie SAGE-DANZEL, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher Monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de « mes enfants, un litre de votre excellent sirop « anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent con- « stater la bonne préparation.

« Dr FODÉRÉ. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Calissaya, pour faire le vin soi-même et instantanément; préparation également très appréciée.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Dragées de lactate de fer, de quinium ET DE MANNE,

De LANGEVIN, à Périgueux (Dordogne).

Ces dragées contiennent, sous une forme concentrée et facilement assimilable, les deux toniques les plus puissants de la matière médicale : LE FER ET LE QUINQUINA. Leur usage peut donc remplacer commodément l'emploi simultané, si fréquemment prescrit par les médecins, des préparations ferrugineuses du fer et du quinquina.

Elles conviennent et agissent d'une manière sûre et efficace, dans la chlorose, l'anémie, la convalescence des fièvres graves et tous les états d'affaiblissement général, qu'elle qu'en soit la cause.

Elles constituent, par la combinaison des propriétés spécifiques du quinquina et des qualités toniques du fer, le meilleur préservatif de la fièvre intermittente rebelle des pays marécageux.

Dragées anticatarrhales sulfuro-balsamiques de LANGEVIN, à Périgueux (Dordogne).

Les affections chroniques des bronches sous les formes et sous les noms divers de : bronchite chronique, catarrhe, asthme humide, sont peut-être les plus communes et les plus tenaces de toutes les maladies. Les nombreuses recettes que la médecine et la pharmacie ont préconisées contre elles : sirops, pâtes, pastilles, etc., etc., attestent à la fois la fréquence de ces affections et leur résistance à la thérapeutique.

Les DRAGÉES ANTI CATARRHALES sont destinées à des succès plus nombreux et plus décisifs, car elles sont formées par la combinaison chimique des principes dont l'expérience a confirmé les bons effets dans les affections catarrhales des muqueuses et en particulier celles des bronches.

DÉPOTS :

Pour le gros : Maison Faure et Darrasse, droguistes, 21, rue Simon-le-Franc. Paris. — *Pour le détail :* Pharmacie Lebault, 53, rue Reaumur. Paris.

Se trouvent aussi dans toutes les bonnes pharmacies, et chez le préparateur, à Périgueux (Dordogne).

SIROP ET VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Ces produits, les seules préparations phosphatées physiologiques qui aient servi à démontrer scientifiquement les propriétés du phosphate de chaux, contiennent, par cuillerée à bouche de sirop et par verre de vin, **un gramme de sel.**

Cette dose élevée explique l'énergie avec laquelle se relèvent **l'appétit** et toutes les **fonctions de nutrition** dans la *Dyspepsie*, la *Convalescence*, le *Rachitisme*, la *Scrofule*, et toutes les affections aiguës ou chroniques dans lesquelles la nutrition est altérée.

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

BAIN DE PENNÈS

Ce bain aromatique et minéral a été expérimenté avec succès, dans QUINZE HOPITAUX, contre les affections **Asthéniques, Chloro-anémiques, Gastro entériques, Herpétiques, Leucorrhéiques, Rhumatismales et Strumeuses.**

DÉPOT A PARIS, *rue des Ecoles*, 49, et dans toutes les villes; chez les Pharmaciens, les Droguistes, les marchands d'Eaux minérales et les directeurs d'établissements de Bains. Expéd. *rue de Latran*, 1.

NOTA. — Éviter la fraude des contrefacteurs, en exigeant que chaque *rouleau soit présenté intact*, portant le cachet et la signature ci-contre. J. Pennès

PENNÈS PHARMACIEN CHIMISTE A PARIS

Prix : 1 fr. 25 la dose ou rouleau.

REMISE SUIVANT COMMANDES.

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL

A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN**, Pharmacien. Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement des **affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes, des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'Eucalyptol (*Essence pure d'Eucalyptus*). — PILULES. — ALCOOLATURE. — CIGARES. — CIGARETTES. — SIROP. — VIN. — BAUME. — LIQUEUR DIGESTIVE, ETC.

Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

N° 71. — JEUDI 20 JUIN 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 20 JUIN 1872. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Chancres du doigt ; bubons chancreux sus-épitrochléens. — Des origines du procédé des résections sous-périostées (M. Chassaignac). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Correspondance. — VARIÉTÉS. Une lettre d'outre-tombe. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'élection de M. Bourdon s'est faite comme nous l'avions prévu. Dès le premier tour de scrutin, 55 voix sur 70 ont montré combien généralement on l'estimait et on l'aimait.

Ce résultat, certain d'avance, avait donné moins d'intérêt pratique aux unanimes protestations qui, pour le principe, s'étaient produites contre le classement des autres candidats. La commission avait suivi l'exemple que lui avait naguère donné une autre commission académique dont le rapporteur était M. Verneuil. De même que celle-ci avait rejeté presque au dernier rang M. Voillemier, comme chirurgien, la dernière avait cru possible de rejeter presque au dernier rang M. Charcot, comme anatomo-pathologiste. Bien entendu M. Charcot a réuni la plupart des voix qui n'étaient pas solidement acquises à M. Bourdon.

Après cela, M. Chassaignac a repris la suite de son discours sur le drainage en cas d'empyème. En terminant, il a déclaré que toutes les autres méthodes, thoracotomie et thoracentèse, injections iodées, etc., ne devaient plus même être en discussion, étant condamnées par les faits ; tandis qu'au contraire le drainage guérissait à peu près toujours.

A l'appui de cette maxime, il avait cité principalement un malade opéré par M. Gosselin, et que le drainage avait guéri.

Or, il s'est trouvé que justement M. Gosselin venait donner des nouvelles de ce malade, qui était rentré dans son service plusieurs mois après l'avoir quitté presque guéri en apparence. C'est en vain que ce pauvre garçon était allé habiter le Midi ; sa cavité pleurale n'avait jamais cessé de suppurer, et le pus s'y accumulait, y acquérant une odeur fétide, causant de la fièvre, etc., toutes les fois qu'il essayait de supprimer le tube à drainage. Il semblait qu'il y eût d'arrière-cavités, car une première injection d'eau ne suffisait pas pour entraîner ce pus fétide. Ainsi, après trois ans de drainage continu et de lavages méthodiques, cet homme revenait, maigre et pâle, portant son tube à son côté et sécrétant toujours du pus. La maladie ne guérissait pas, et M. Gosselin demandait « Que faire ? »

« Faire deux autres ponctions pour mettre un second drain, « répondit M. Chassaignac, puis renouveler les lavages plus fré- « quemment ; et si le malade ne guérit pas, c'est qu'il doit avoir « des tubercules ! »

Noble confiance de l'inventeur qui se retrouve dans tous les temps, dans tous les pays, comme un sentiment éternel du cœur humain ! C'est là de la grande comédie qui instruit et qui fait penser; tandis que l'examen supposé par Molière dans *le Malade imaginaire*, critique d'une école d'un jour, d'élèves qui ont cru dans la parole du maître et s'obstinent ineptement dans le traitement dicté par lui, est une farce qui fait rire, mais n'a plus d'actualité.

Le drainage a rendu et rend trop de services pour qu'on ne salue pas en M. Chassaignac un inventeur ayant le droit d'agir et penser comme tel.

Il n'y a rien d'illogique en soi à placer des drains partout où le pus peut séjourner, quand on sait bien où il séjourne. Mais là serait la difficulté chez le malade dont il s'agit. Le poumon est maintenant revenu assez bas et est fixé par assez de points à la cavité thoracique pour qu'il ne soit pas très-commode de faire de nouvelles ponctions en dehors de l'ancien trajet, surtout avec le gros trocart qui conduirait le tube à drainage. Comment traverser, par exemple, sans s'exposer à blesser le poumon, des arrière-cavités situées sur la plèvre diaphragmatique, non loin du centre, et limitées par des adhérences suivant des lignes peu régulières ? Comment traverser des foyers interlobaires ? M. Chassaignac ne peut oublier que lui-même il a insisté sur la forme anfractueuse des cavités pleurales comme sur une grave objection à la ponction aspiratrice, etc. Cette forme anfractueuse pourra rendre illusoire la multiplication des tubes à drainage.

Non, le drainage ne pourra pas amener toujours la guérison. Le libre écoulement du pus, l'expansion complète du tissu pulmonaire, son adhérence générale au thorax sont loin d'être toujours possibles. Il faut en prendre son parti.

M. Chassaignac doit d'autant moins conseiller les ponctions multiples, qu'il craint beaucoup la piqûre du poumon. Il la croit fréquente, car c'est ainsi qu'il veut expliquer l'écoulement d'un peu de sang à la suite des ponctions.

Cette crainte est exagérée, car le sang vient, en pareil cas, le plus souvent, non pas du poumon, mais de ces vaisseaux presque sans paroi qui traversent les fausses membranes alors qu'elles commencent à s'organiser. Ces vaisseaux se rompent pour la moindre cause : sous l'influence de l'aspiration qui les congestionne, lorsqu'on fait usage d'un appareil aspirateur ; sous l'influence des quintes de toux, lorsqu'on laisse simplement écouler le liquide par la canule d'un trocart ordinaire ; M. Des-

nos nous en a rapporté une observation remarquable. Du reste, on sait combien les hémorrhagies sont fréquentes en cas de pachyméningite, et les conditions sont ici les mêmes.

Dr Victor Révillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Chancres du doigt. — Bubons chancreux sus-épitrochléens. Maison de santé (1).

(Observation recueillie par M. J. Tirard, interne du service.)

2e Observation. — Il y a deux ans, un jeune homme se présente à la consultation de M. Demarquay et le prie de lui accorder ses soins pour une tumeur douloureuse siégeant à la partie inférieure et interne du bras droit, au-dessus de l'épitrochlée.

Cette tumeur, allongée dans l'axe du bras, était fluctuante, mesurait environ quatre centimètres; les téguments étaient rouges et chauds.

La cause de cette adénite était un chancre de l'index développé dans les circonstances suivantes :

Le malade, quelque temps auparavant, soignait des chancres mous dont il était porteur. Un jour il se brûle l'index droit avec du soufre enflammé et continue à se panser sans prendre garde à la petite plaie qui était le résultat de la brûlure. Cette petite plaie devint une ulcération qui s'étend en largeur et met longtemps à se cicatriser.

C'est à la suite de ce chancre du doigt que s'est développée la tumeur sus-épitrochléenne, dont l'ouverture donne lieu à l'écoulement d'un pus sanieux non homogène.

Les bords de la plaie restent indurés et se recouvrent de débris pseudo-menbraneux.

La guérison fut difficile à obtenir.

A part l'inoculation, qui n'a pu être tentée, les symptômes de ces deux bubons sus-épitrochléens sont ceux des bubons d'absorption du pli de l'aine.

Les adénites sus-épitrochléennes succédant à des panaris, à des ulcérations des doigts, ne sont pas très-rares ; mais nous n'avons pu retrouver, dans la science, aucun cas analogues à ceux que je viens de rapporter.

M. Ricord nous a dit avoir observé et ouvert un bubon chancreux sus-épitrochléen, mais il n'a point publié le fait.

Les bubons de l'aisselle, à la suite de chancres des doigts, sont moins rares; nous pourrions en citer plusieurs cas, entre autres celui d'un interne de l'Antiquaille de Lyon.

L'anatomie nous explique cette fréquence en démontrant que les lymphatiques des doigts se rendent en bien plus grand nombre aux ganglions de l'aisselle qu'au ganglion sus-épitrochléen.

La pathogénie du bubon d'absorption est bien simple à comprendre.

L'observation, l'expérimentation et l'anatomie en donnent des preuves irréfragables. La plaie chancreuse fournit un pus spécial que les lymphatiques absorbent et transportent jusqu'au ganglion le plus voisin.

Là, ce pus s'accumule, vu la disposition anatomique des ganglions, qui servent en quelque sorte de réservoirs.

Mais cet emmagasinement d'une matière suppurée, à propriétés délétères très-vivaces, réagit sur le ganglion et l'enflamme ; le bubon est constitué.

Cette explication est bien simple et elle est vraie.

Le pus de la plaie chancreuse est inoculable ; nous retrouvons au bubon chancreux un pus de même nature, donc il y a été transporté.

Mais comment ?

Par les lymphatiques ; l'anatomie nous indique la voie, l'observation nous fait assister au transport.

A la suite d'un chancre mou de l'index, M. Ricord a observé une lymphite du bras ; cette lymphite a suppuré, et le pus était inoculable. C'est clair.

Comment se fait-il que le chancre mou détermine tantôt des adénites simples, tantôt des bubons chancreux d'absorption ? Est-ce que la même pathogénie est applicable aux deux cas ?

Nous le croyons. Le bubon simple, comme le bubon chancreux, est produit par l'absorption du pus. Mais, suivant les qualités plus ou moins actives de ce pus; suivant sa quantité, résultat de la facilité du transport, du grand nombre des lymphatiques de la région, il réagira spécifiquement ou non sur le ganglion.

Les chancres de la verge, qui donnent le plus souvent lieu à des bubons d'absorption, sont ceux qui avoisinent le frein. On sait qu'à ce niveau se trouvent aussi les gros troncs lymphatiques de la région.

Le chancre induré du doigt est plus fréquemment observé que le chancre mou. L'un et l'autre de ces deux chancres sont cependant rares, puisque, sur une statistique de 651 cas (Ricord, *Leçons sur le chancre*), on ne trouve que deux chancres digitaux.

Cette rareté est peut-être due au peu d'attention qu'on accorde, en général, aux altérations des doigts, témoins les deux observations précédentes, où le bubon sus-épitrochléen fait seul découvrir les chancres de l'index.

La syphilis ainsi contractée suit une évolution en tout analogue à celle qui résulterait d'un chancre des organes génitaux.

En résumé :

1° On observe aux doigts des chancres mous et des chancres indurés ;

2° Les chancres mous peuvent donner lieu à des adénites simples de l'aisselle ou du ganglion sus-épitrochléen;

3° Ils peuvent aussi donner lieu à des bubons chancreux sus-épitrochléens, en tout comparables aux bubons d'absorption de l'aine ;

4° La rareté de ces bubons chancreux est due au long parcours des lymphatiques de la plaie au ganglion ;

5° Le pus, au lieu de s'emmagasiner dans le ganglion, peut déterminer dans son parcours une lymphite du bras, à suppuration auto-inoculable ;

6° L'anatomie semble démontrer que tous les lymphatiques de l'index se rendent aux ganglions de l'aisselle. Pour expliquer les deux bubons dont je rapporte l'observation, il faut admettre une communication de ces lymphatiques avec le ganglion sus-épitrochléen.

DES ORIGINES DU PROCÉDÉ DES RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉES (1).

DEUXIÈME QUESTION.

Est-il vrai qu'avant M. Ollier, *jamais*, dans les cas où l'on avait retranché 5 *centimètres* de la longueur de l'humérus, on n'avait obtenu

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(1) Fin. — Voir les numéros des 13, 15 et 18 juin 1872.

des résultats *comparables* à ceux que donne la résection sous-périostée?

Eh bien, à cette question, comme à la précédente, je réponds d'une manière formelle par la négative.

La belle observation de Lentin me fournit la seule preuve qui me soit nécessaire pour justifier ce que j'avance.

L'opération de Gentin a été faite en 1771; il enleva avec la *tête humérale* la *plus grande partie de la diaphyse*, ne conservant que la partie inférieure de l'os, longue d'environ 54 millimètres. Dans ce cas il y eut, en partie, *reproduction de l'os*, et les mouvements du bras restèrent *libres*.

Que l'on mette en regard d'un fait aussi probant ce mot *jamais*, ce mot malsonnant de résultats *comparables*, et l'on verra jusqu'où peut aller l'oubli de l'histoire de la chirurgie.

Voilà un chirurgien qui enlève la presque totalité de l'humérus, tête et diaphyse (il s'agit, ma foi, bien de 6 centimètres); il ne laisse que l'extrémité inférieure de l'os, représentant un tronçon de 54 millimètres. Il obtient une reproduction remarquable. Est-elle, à 1 centimètre près, complète, ne l'est-elle pas? (Qui donc a jamais obtenu une reproduction absolument complète?) Les mouvements du bras sont parfaitement libres. Et vous osez dire que *jamais* il n'y a eu de résultats comparables à ceux de votre soi-disant méthode, la seule rationnelle, suivant vous!

C'est là en agir avec un sans-gêne qu'on ne saurait tolérer, car ce serait se payer à bien bon compte le luxe d'une méthode à soi, la seule rationnelle et donnant des résultats incomparables.

TROISIÈME QUESTION.

Est-il vrai que la méthode de M. Ollier doive être considérée comme la *seule rationnelle?* On ne se dit pas de pas de pareilles choses à soi-même, et surtout on se garde bien de venir les proclamer dans une société où se trouvent les maîtres dont vous avez suivi l'enseignement, et qui vous ont appris à conserver le périoste quinze ans avant que vous eussiez formulé votre méthode sous l'appellation de périostéo-capsulaire.

QUATRIÈME QUESTION.

Est-il vrai que ce qui permet le mieux d'appliquer les règles de la méthode dite périostéo-capsulaire dans la résection de la tête humérale, c'est l'incision antérieure telle que l'a modifiée M. Ollier?

Cela est parfaitement inexact, d'abord parce que la modification apportée par M. Ollier est tout à fait insignifiante, et que, même dans son insignifiance, elle ne lui appartient pas.

Ensuite parce que je soutiens qu'il est plus facile d'appliquer la méthode sous-périostée en faisant la section préalable de l'os, ce qui donne une facilité beaucoup plus grande pour accomplir l'opération sans danger et avec une rapidité double de celle qu'on obtient par la seule unicité de l'incision quand on ne lui donne pas pour auxiliaire la section préalable de l'os avant la désarticulation.

Il est temps de faire cesser une équivoque dans laquelle se complaisent des personnes qui ne connaissent que superficiellement la question.

Il faut distinguer les résections entre elles, en regard du procédé opératoire, et ne pas confondre les uns avec les autres des états pathologiques tout à fait dissemblables suivant lesquels se présente la tête de l'humérus au moment de l'opération; car de cette distinction, vont sortir les bases mêmes du procédé opératoire.

Il y a ici deux classes bien tranchées :

1° Les têtes d'humérus qui, avant le commencement de l'opération, sont déjà en voie de désarticulation spontanée, complète ou incomplète;

2° Celles qui, malgré une lésion centrale de la tête de l'humérus, sans aucune destruction préalable des attaches musculaires aux tubérosités et des attaches de la capsule, sont très-fortement retenues en place et préparent une désarticulation laborieuse et quelquefois dangereuse.

Il faut que j'expose aussi nettement qu'il me sera possible la différence énorme de conditions opératoires qui existe entre les réactions comparées entre elles, d'après la nature de la lésion à laquelle on les applique, et alors apparaîtra la raison d'être de procédés opératoires qu'on dédaigne parce qu'on n'a point encore trouvé l'opportunité de leur application, mais qu'on sera bien heureux de trouver au jour des difficultés réelles.

Le premier effet de la nécrose, c'est de détacher le périoste. Il est donc tout décolé. La besogne est faite quand vous abordez le malade atteint de nécrose, et, à moins que vous ne preniez plaisir à peler l'intérieur de ce périoste, vous ne voulez pas, vous ne pouvez pas vous empêcher d'agir sous-périostiquement ou sous-périosteusement.

C'est ce que M. Le Fort a parfaitement mis en lumière; mais, lui, il va plus loin et il dit : « Quand on opère une résection articulaire, s'il y a un énorme boursouflement de chairs fongueuses capsulo-périostées, il faut ébarber convenablement ces végétations superflues et nuisibles et se garder de faire du sous-capsularisme exagéré. »

Ce sont donc, dans le cas de nércose, de simples extractions de séquestres, tout comme l'extraction d'une tête articulaire, réduite en sac d'esquilles, ramène la mission de l'opérateur à une simple exraction d'esquilles qu'il qualifiera, s'il y met de la bonne volonté, d'opération de résection, parce qu'il aura réséqué, d'un trait de scie, les aspérités d'un col d'humérus plus ou moins irrégulier.

M. Ollier qui, paraît-il, n'a pas fait beaucoup de résections en dehors de celles qu'on pratique à l'occasion des suppurations chroniques, et qui surtout en a fait bien peu, que je sache, au membre inférieur, n'aurait donc opéré, la plupart du temps, que sur le membre supérieur, sur une majorité de sujets très-jeunes; et pour des caries ou nécroses, il a donc eu affaire à des cas dans lesquels périoste, capsule et attaches musculaires étaient déjà décollés de l'os par la suppuration. Il a dû dès lors se faire des idées peu exactes du Manuel opératoire dans les résections pour lésions traumatiques directes sans destruction des capsules et décollement préalable du périoste.

Si cette affectation singulière à confondre, soit à dessein, soit inconsciemment, dans le même assemblage deux groupes profondément distincts, vous conduit à les présenter tous ensemble et sans aucun discernement en regard du procédé opératoire, je vous défie de porter un jugement sérieux sur la valeur comparative des procédés.

Il y a donc, au point de vue des procédés de résection scapulo-humérale, deux classes de têtes d'humérus :

1° Les têtes d'humérus à désarticulation facile ou même déjà faite par le processus pathologique avant qu'on ait abordé le malade;

2° Les têtes d'humérus à désarticulation difficile.

Dans le premier cas, toute l'opération réside dans les procédés, depuis longtemps décrits, de l'incision unique. Périoste et capsule, décollés, ne peuvent pas l'être une seconde fois. Vous ne pouvez découvrir la tête sans qu'elle vous vienne pour ainsi dire à la main. C'est une extraction de nécrose. Il en est tout autrement dans les cas de désarticulation difficile, et je ne crains pas de dire, qu'en pareil cas, le chirurgien, même le plus habile, le plus exercé, manque de prudence s'il refuse un moyen quelconque de faciliter sa tâche.

Une tête d'humérus, une tête de fémur et surtout une tête de clavicule, quand elles ne sont pas préalablement mobilisées par des lésions suppuratives, sont d'une désarticulation difficile et dangereuse si l'on n'a pas recours à la segmentation préalable ou à la fracture préalable, ce qui est tout un.

CINQUIÈME QUESTION.

Est-il vrai qu'on obtient *toujours* par la méthode de M. Ollier une

articulation du *même type* que l'articulation enlevée, et qu'à l'épaule on verra se reconstituer une *énarthrose?*

Ici les limites de l'exagération et de l'inexactitude atteignent des proportions épiques; ce seul mot *toujours* fait naître tout d'abord quelque défiance. Mais l'affirmation de M. Ollier est en parfait désaccord avec les résultats de sa pratique. Et plusieurs de nos collègues à la Société de chirurgie ont établi sans réplique que M. Ollier ne possède pas un seul exemple non contestable de cette chose qui, suivant lui, s'obtient *toujours;* il en est encore à faire la preuve autopsique de ce qu'il avance. Et ces méthodes qu'il qualifie de surannées, de méthodes essentiellement vicieuses, qu'on ne doit plus maintenir dans la pratique, ce sont elles qui vont lui donner le spécimen, le *rara avis* après lequel il court en vain depuis longtemps.

Je vais lui fournir l'indication bibliographique; qu'il prenne donc la peine de consulter un écrit intitulé : *Physiologie der Entzündung und regeneration im organischem gewebe*, p. 197. Leipzig, 1842.

Il y verra la belle observation de Meyer (de Zurich), dont je regrette de ne pouvoir reproduire ici qu'un extrait :

Meyer (de Zurich) extirpe la clavicule cariée sur un homme de 31 ans; cinq ans après cet homme meurt, et l'on trouve à l'autopsie une production de surface articulaire parfaitement caractérisée.

SIXIÈME QUESTION.

Est-il vrai qu'on ne peut se dispenser de suivre la méthode de M. Ollier et les règles tracées par lui, sous peine de ne faire qu'une opération sous-périostée inconsciente, dans laquelle on *gratte l'os plus ou moins régulièrement* et on conserve *par-ci par-là* quelques lambeaux de périoste?

Cela n'est pas, puisque l'on vous montre des opérations faites dix ans, douze ans avant celles de M. Ollier, et dans lesquelles on conservait périoste et capsule aussi bien que lui, mais en y mettant beaucoup moins de prétentions.

SEPTIÈME QUESTION.

Est-il vrai que *tous les procédés anciens* soient essentiellement défectueux, qu'on ait tort de les conserver dans la pratique et qu'il faille les mettre au rang des opérations surannées?

Tout ce que j'ai dit dans le cours de mon travail étant la réfutation de l'erreur indiquée par cette question, je me garderai d'abuser plus longtemps des moments de la Société.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements d'Ille-et-Vilaine, de l'Ardèche, du Loiret, pendant l'année 1871.

2° Un rapport de MM. les docteurs Lombard père et fils sur une épidémie de variole qui a régné du mois de septembre 1870 au mois de juin 1871 dans la commune de Chalabre (Aude). (Commission des épidémies.)

3° Le rapport de M. le docteur Vidal sur le service médical des eaux d'Aix (Savoie) pendant l'année 1870.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Léon Le Fort, qui se présente comme candidat dans la section de médecine opératoire.

2° Un travail intitulé : *Hygiène des pieds,* par M. Weil. (Commissaires : MM. Legouest et Larrey.)

3° Une note de M. Aristide Vinaud (de Brest), sur un moyen de constater la puissance lactigène des nourrices. (Commission de l'hygiène de l'enfance.)

M. CHATIN présente la troisième édition du *Traité des plantes médicinales indigènes*, par M. le docteur Bossu.

M. GUBLER présente : 1° de la part de M. Castau, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, une brochure intitulée : *Du traitement des fièvres intermittentes par l'eucalyptus globulus;*

2° De la part du docteur Sueur, un *Étude sur la mortalité à Paris pendant le siége.*

M. CHAUFFARD offre en hommage, de la part de M. le docteur Pellarin, un volume intitulé : *De la contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe* (renvoyé à la commission du prix Godard).

M. DEMARQUAY présente, au nom de M. Édouard Robin, une brochure ayant pour titre : *Travaux de réforme dans les sciences médicales et naturelles.*

M. DOLBEAU offre en hommage son ouvrage sur la lithotritie périnéale.

ÉLECTION

L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

La commission avait proposé :

1° En première ligne...... M. Bourdon.
En 2e................ M. Laboulbène.
En 3e................ M. Empis.
En 4e................ M. Lancereau.
En 5e................ M. Charcot.
En 6e................ M. Cornil.

Le nombre des votants était de 70; majorité absolue : 36.

M. Bourdon obtient...... 55 suffrages.
M. Charcot.............. 10 —
M. Empis................ 3 —
M. Laboulbène.......... 2 —

En conséquence, M. Bourdon est proclamé membre de l'Académie.

Suite de la discussion sur l'empyème purulent.

M. CHASSAIGNAC achève la partie théorique de son discours. Plusieurs observations nouvelles prouvant la supériorité de la méthode du drainage, prendraient, dit-il, trop de temps pour qu'il les lise à l'Académie : elles seront publiées. Du reste, il s'en réfère surtout à l'opinion de MM. Richet et Gosselin.

INCIDENT

(Voir le Premier-Paris.)

PRÉSENTATION DE MALADES

Résection du genou. — M. DEMARQUAY présente un malade auquel il a dû pratiquer la résection du genou droit pour une balle reçue pendant le siége de Paris dans l'extrémité inférieure du fémur. La résection a dû porter sur le fémur beaucoup plus haut que M. Demarquay ne s'y était d'abord attendu, car la balle avait fait éclater non-seulement les deux condyles, mais la diaphyse même de l'os, sur une longueur de plusieurs centimètres. Quant au périoste, il était détruit.

Le tibia était intact et n'a pas été réséqué. Ainsi la surface de section du fémur était en contact avec la surface articulaire du tibia. On ne pouvait donc pas s'attendre à une ankylose. En effet, la jambe n'est pas consolidée; mais à l'aide d'un appareil qui l'emboîte et prend son point d'appui sur le tibia, le malade peut marcher, non point sur son pied, mais sur une espèce de béquille qui part de la semelle.

Sur trois résections du genou faites pendant le siége par M. Demarquay, c'est la seule qui ait réussi. Mais il ne faut pas oublier que l'amputation de la cuisse au même niveau est très-grave.

La séance est levée à 5 heures.

CORRESPONDANCE

Nous sommes heureux de constater la patriotique émulation sous l'influence de laquelle M. Germond de Lavigne a réclamé de nous l'insertion des lettres suivantes :

Monsieur le rédacteur en chef,

Vous avez inséré, dans un de vos précédents numéros de la *Gazette des Hôpitaux*, le préambule du remarquable cours professé par M. Gubler à la Faculté de médecine sur les eaux minérales.

Parlant du mouvement qui s'est produit parmi nous à la suite de nos désastres, et des efforts de quelques-uns de nos écrivains pour démontrer que nos richesses hydro-minérales valent celles de l'Allemagne, M. Gubler citait M. Rotureau comme ayant pris l'initiative de cette légitime revendication.

Il était de mon devoir de réclamer. La *Gazette des Eaux*, que j'ai l'honneur de diriger, avait la première ouvert cette patriotique campagne. Son collaborateur, M. Ernest Barrault, avait entrepris, dès le commencement de mai 1871, une série d'études comparatives des sources françaises et des sources allemandes, et M. Rotureau, un peu retardé par d'anciennes affections, n'était arrivé en ligne, après M. Barrault, après M. Garrigou, après M. Comandré, après M. James, que le 11 septembre suivant.

Il m'importait beaucoup que cette vérité fût rétablie, toute réserve faite du mérite propre des travaux produits, et c'est à ma demande que M. Gubler a bien voulu rectifier l'assertion que vous avez publiée.

Veuillez me permettre de réclamer de votre bonne confraternité de publier également la lettre ci-jointe du savant professeur.

Agréez, etc.

GERMOND DE LAVIGNE.

« *A M. Germond de Lavigne, rédacteur en chef de la* Gazette des Eaux.

« Monsieur le rédacteur en chef,

« Quelques hommes inspirés par l'esprit de justice autant que par le sentiment patriotique, ont entrepris de dissiper les illusions du public sur la valeur des eaux minérales allemandes, et de mettre en lumière les admirables *sources médicales* qui sont une des principales richesses naturelles de la France. Parmi ces hommes de cœur, je vous croyais le second, dans l'ordre des dates; vous me démontrez clairement que vous êtes le premier, et que le cri de guerre est parti de la *Gazette des Eaux*, où, dès le 6 avril 1871, votre vaillante plume traçait fièrement ces lignes : « Notre publicité sera « désormais fermée aux intérêts des stations minérales de l'Alle- « magne du Nord, » et où vous flétrissiez du même coup « ces plai- « sirs violents et presque toujours malsains », que les établissements d'outre-Rhin offraient en appât aux riches désœuvrés des deux mondes.

« Cette initiative de la revendication fait honneur à l'habile directeur de la *Gazette des Eaux*, ainsi qu'à son distingué collaborateur, M. Barrault. Elle sera certainement pour votre intéressante publication l'un de ses meilleurs titres à l'estime générale. Je me fais un plaisir, monsieur le rédacteur en chef, de vous envoyer l'expression de ces sentiments avec l'assurance de ma parfaite considération.

« A. GUBLER.

« Paris, le 9 juin 1872. »

VARIÉTÉS

UNE LETTRE D'OUTRE-TOMBE (1)

L'induration du chancre, sur laquelle vous avez tant discouru, et dont un des vôtres, illustre entre tous, a tiré un si utile profit séméiologique, l'induration, dis-je, vous semblez vous l'approprier, et, à quelques réserves près, vous la donnez volontiers comme une invention de votre siècle. J'accorde que vous l'ayez mieux comprise, mieux interprétée que nous comme symptôme, mieux analysée surtout comme lésion. Mais, plus de trois cent cinquante ans avant vous, cette induration avait été vue, remarquée, décrite. C'était chose connue parmi nous que l'ulcère calleux du mal français. Nous disions : ulcère dur, ulcère calleux; vous dites aujourd'hui : chancre induré. Les mots seuls ont changé; mais que font les mots à la chose? Soyez sûrs que le symptôme ne nous avait pas échappé sous une appellation différente, et, si vous en doutiez, veuillez vous reporter aux textes suivants :

J. DE VIGO : « Les premiers symptômes de la maladie apparaissent presque invariablement sur les organes génitaux. Ils consistent en de petits boutons ulcérés... Ces boutons sont circonscrits par un bourrelet d'une dureté calleuse. »

PIERRE MAYNARD : « Le signe essentiel du mal français consiste en des boutons qui se produisent sur les parties génitales... Ces boutons s'ulcèrent le plus habituellement... Je les ai vus sur plusieurs malades devenir aussi durs qu'une verrue, qu'un poireau, qu'un cor au pied (2). »

N. MASSA : « Très-souvent, au début de la maladie, il se produit à la verge des ulcères de mauvais caractère, d'une dureté calleuse et d'une durée assez longue, etc. (3). »

A. LOBERA : « ... Il se produit parfois sur la verge des ulcères durs et calleux. Cela est un signe certain du mal français... (4). »

THIERRY DE HÉRY : « Les premiers et plus communs signes de ceste maladie sont ulcères calleux en la verge ou en la vulve... Bien est vray que les plus certains signes de la maladie sont quand, après ou pendant les ulcères des parties honteuses (spécialement calleux et durs en leur racine), apparaissent tumeurs aux aynes, etc.... (5). »

Des symptômes passons au traitement, et voyons encore si, sur ce dernier point, nous avons été assez pauvrement inspirés pour que votre siècle n'ait rien eu à imiter du nôtre ou à lui emprunter.

Un simple mot d'abord sur une méthode qui a fait grand bruit de votre temps, la cautérisation abortive. Sans plus de discours, comparez seulement ce que j'en ai dit à ce qu'en a dit le représentant le plus autorisé et le plus célèbre de la syphiliographie moderne. Le parallèle est curieux : même idée mère de part et d'autre, et de part et d'autre même langage, mêmes termes; identité complète de forme et de fond. Le rapprochement est flatteur, et je serais tenté de m'en enorgueillir, si cette méthode thérapeutique ne contenait, par malheur, pour une certaine part

(1) Fin. — Voir les numéros des 21 mai, 8 et 11 juin 1872.
(2) Petry Maynardi Veronensis, *De morbo gallico*, tr. I, cap. IV.
(3) Nicolai Masse, *De morbo gallico liber*, tr. I, cap. VII.
(4) Aloysii Loberæ, *De morbo gallico tractatus*, cap. II.
(5) Thierry de Héry, *La Méthode curatoire de la maladie vénérienne, vulgairement appelée grosse vérole.*

de vérité, une bien plus large part d'erreur, à laquelle je voudrais avoir le droit d'opposer un désaveu posthume.

Mais passons sur ce point et parlons de choses d'importance plus sérieuse.

Le remède, le grand remède du mal français, nous le possédions. C'est notre siècle qui, mettant à profit les données d'un empirisme aveugle, appliqua scientifiquement le mercure au traitement de la vérole. C'est nous qui, les premiers, avons étudié l'action de ce puissant spécifique sur les éruptions, les douleurs, les ulcères du mal français, et, d'une façon plus générale, sur l'ensemble et l'évolution de la maladie. De même aussi que ses propriétés et ses vertus, nous avons connu ses inconvénients et ses dangers, notamment son influence nocive sur la bouche et les dents. Qui mieux que nous a décrit la stomatite mercurielle ? Vous n'avez rien, je pense, à nous contester sur ce terrain.

Vous le rappellerai-je aussi, c'est à nous qu'est due la méthode la plus active et la plus énergique d'administrer le mercure. C'est nous qui avons institué le traitement de la vérole par les frictions. Ce traitement, je le sais et je l'ai dit, comporte des objections sérieuses, des inconvénients graves. Il n'est que trop puissant. Mais ce n'est là, ce me semble, que le défaut d'une qualité, défaut heureux qu'on peut corriger au besoin et dont on a quelquefois lieu de profiter. J'accorde que votre thérapeutique actuelle, plus douce et mieux acceptée des malades, soit préférable à la nôtre comme méthode courante. Mais avouez aussi, de votre côté, qu'elle reste parfois en défaut devant certains cas exceptionnellement graves ou rebelles. Et comment alors suppléez-vous à son insuffisance ? N'est-ce pas à notre traitement, n'est-ce pas à nos frictions que vous demandez le plus habituellement un utile secours ? Praticiens du dix-neuvième siècle, que [illegible] dans ces conditions que nous n'avons fait près de quatre cents ans avant vous ?

Et non-seulement nous avons découvert le mercure dans ses applications à la vérole, reconnu ses vertus, précisé son mode d'administration le plus actif ; non-seulement aussi nous l'avons défendu contre les détracteurs qui ne lui faisaient pas défaut ; mais, de plus — et ce n'est pas là ce à quoi nous tenons le moins — nous avons établi et formulé le traitement du mal français sur ses véritables bases rationnelles et scientifiques. Nous avons compris que ce mal ne résidait pas seulement dans ses symptômes appréciables, qu'il n'était pas contenu tout entier dans les accidents qui le révèlent à un moment donné ; nous avons compris qu'il avait une existence propre, indépendante de ses manifestations, qu'il survivait à ces manifestations en tant que levain pathologique, en tant que diathèse, bref, qu'il constituait une disposition morbide chronique, essentiellement persistante. Conformément à ces idées, qui sont aussi les vôtres, nous avons institué contre lui une thérapeutique spéciale ; nous avons recommandé que le mal ne fût pas abandonné à lui-même une fois ses accidents disparus ; nous avons voulu qu'à maladie chronique fût opposée médication chronique ; et c'est en vue de cette indication essentielle que moi-même j'ai vivement insisté dans mon livre sur la nécessité de traiter l'affection bien au delà de sa guérison apparente, de multiplier contre elle les assauts des remèdes que je supposais lui servir de correctifs et d'antidotes, de prolonger en un mot et de réitérer la cure, de façon à épuiser le venin morbide par une série de dépurations successives. Ces idées, je le constate avec bonheur, sont celles que vous professez actuellement ; cette pratique est aujourd'hui la vôtre. Mais, idées et pratique, tout cela date de loin, de bien loin, comme vous le voyez. Ce serait donc justice à vous d'en convenir.

J'ai dit, et sans élever contre vous d'autres revendications de détail, je termine cette longue épître par la réflexion suivante :

De toutes les périodes de la syphiliographie, celle qui est la plus distante chronologiquement de la vôtre en est la plus voisine doctrinalement. Les dernières années du quinzième siècle, en effet, et les trente premières environ du seizième composent une petite époque remarquable entre toutes, où quelques-unes des grandes vérités édictées et promulguées de votre temps ont été soit découvertes, soit entrevues, où la diversité des affections vénériennes a été comprise, où l'essentialité du mal français a été reconnue, où la doctrine syphiliographique, en un mot, est restée pure de toutes les confusions, de toutes les erreurs qui s'introduisirent plus tard dans la science. Honneur à cette époque ! Or, cette époque est la nôtre. C'est pour rétablir et consacrer ses droits méconnus que j'élève aujourd'hui la voix. C'est sa cause que je suis venu plaider devant vous.

Ce plaidoyer, toutefois, n'allez pas le prendre pour ce qu'il n'est pas, c'est-à-dire pour un réquisitoire à votre adresse. Nul plus que nous ne respecte vos travaux et ne rend mieux justice à cet admirable dix-neuvième siècle qui a tant fait pour les sciences en général et pour la nôtre en particulier. Notre seul grief à votre endroit est l'oubli immérité auquel vous avez condamné nos vieux livres, nos vieux écrits, qui contiennent certes quelques découvertes réelles et nombre d'utiles enseignements.

De notre temps, nous lisions les anciens ; nous ne les lisions même que trop, et notre initiative, notre individualité scientifique eut souvent à souffrir d'un respect exagéré pour la médecine grecque, latine ou arabe. Votre travers, à vous, aujourd'hui, est précisément inverse. Avides du nouveau, que vous confondez parfois avec le progrès, vous oubliez les anciens, et il suffit à un auteur d'avoir vieilli de quelques siècles pour ne plus jouir près de vous que d'une considération modérée, pour ne plus compter dans vos bibliothèques que de rares et indifférents lecteurs. « Place aux jeunes, » dites-vous. Et pour mieux laisser à ceux-ci le champ libre, vous sacrifiez parfois, vous oubliez les travaux des anciens. Comme si la science trouvait son compte à perdre en arrière ce qu'elle peut gagner en avant ! Comme si le progrès, le véritable progrès n'impliquait pas à la fois et l'acquisition de vérités nouvelles et la sauvegarde des vérités anciennes !... Mais je m'arrête, et je me résume en vous disant : « Place aux jeunes, » sans doute ; votre devise est excellente, mais elle serait meilleure encore peut-être avec l'addition de « respect aux vieux. » Car les vieux ont du bon parfois, comme je vous l'ai montré, du bon que l'on oublie souvent ou même qu'on leur emprunte en certains cas... sans le savoir.

Que cette lettre, très-chers confrères, vous porte le témoignage de mon affection ; — et que béni soit le nom du Seigneur notre Dieu !

Jean de Vigo.

Ex-médecin de S. S. le pape Jules II.

Pour copie conforme,

Alfred Fournier,

Décembre 1871.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

140. Ferrey. Essai sur les hémorrhagies des voies biliaires.
141. Kraetschmar. Des abcès périnéphritiques.
142. Goyenèche. Des fractures du coude chez les enfants.
143. Deloulme. De l'électrothérapie dans les maladies des appareils génital et urinaire.
144. Dubrac. Des tumeurs adénoïdes du foie.
145. Mendousse. Considérations sur le diagnostic des tumeurs qui peuvent simuler la pleurésie.
146. Brokowski. Des épanchements pleuraux simples et de leur traitement.
147. Treille. De la fracture longitudinale du sacrum considérée au point de vue de son mécanisme et de ses symptômes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Conservation des membres blessés par armes à feu perfectionnées, par le docteur LANTIER. — Brochure gr. in-8°. Prix : 1 franc.

L'officine ou Répertoire général de pharmacie pratique, contenant : 1° *Le Dispensaire pharmaceutique*, conspectus des pharmacopées, matières médicales et formulaires de tous les pays, précédé, sous forme de prolégomènes, de tableaux ou synopsis chimiques, minéralogiques, botaniques, zoologiques, de l'art de formuler; 2° *La Pharmacie légale*, comprenant la législation pharmaceutique, la toxicologie, l'essai pharmaceutique; 3° *L'Appendice pharmaceutique*, comprenant la pharmacie vétérinaire, la pharmacie homœpathique, la chimie pharmaceutique (analyse); 4° *Le Tarif général de pharmacie et des branches accessoires*, par DORVAULT, directeur de la Pharmacie centrale de France, chevalier de la Légion d'honneur, etc., etc. 8e édition, revue et corrigée. Planches intercalées dans le texte. Nomenclature étrangère. — Un très-fort vol. gr. in-8°, compacte, de 1,500 pages, imprimé sur deux colonnes et contenant la matière de 10 volumes in-8° ordinaires. Prix : broché, 16 fr.; cartonné à l'anglaise, 18 fr.; demi-reliure, 19 fr.; 2 fr. en plus par la poste.

Éléments de thérapeutique et de pharmacologie, par A. RABUTEAU, docteur en médecine, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut de France (prix de thérapeutique), membre de la Société de biologie. 1er fascicule. Prix de l'ouvrage complet : 9 francs. La fin paraîtra du 1er au 15 juillet prochain. — H. Lauwereyns.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

VIN ANALEPTIQUE
DU Dr O' RORKE
PHOSPHATO-CALCIQUE

ET *alcalino*-FERRUGINEUX.

D'une incontestable utilité dans la chlorose et l'anémie, l'aménorrhée, la leucorrhée, les engorgements glandulaires, la convalescence des maladies graves, la débilité, l'amaigrissement, la phthisie, le diabète, l'albuminurie, le scorbut, le rachitisme et les maladies des os, les traumatismes, certaines dyspepsies, pendant la croissance, la grossesse, l'allaitement.

Dépôt central chez CHRISTEN, pharmacien, rue du Caire, 31, Paris.

EAUX MINÉRALES DE GRANSAC (Aveyron)

souveraines contre les maladies du Foie et de la Rate. — Gastralgies. — **Fièvres intermittentes rebelles**, — Affections vermineuses, — Hypochondrie, — Constipations.

Grande analogie avec les *Eaux de Pulna*, de *Sedlitz*, de *Seidschutz* et *Kinsengen*. — Étuves naturelles.

Caisse de 30 bouteilles capsulées........ **18 fr.**
Caisse de 20 bouteilles .... **14 fr.**

S'adresser : à Cransac, à M. DUPUY, régisseur.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES ET DE LA PEAU

GRANULES ET BAINS
SULFO-ACIDULES
DE THOMMERET-GÉLIS

Employés dans les hôpitaux et prescrits par beaucoup de médecins comme remplaçant les eaux **sulfureuses naturelles** pour boisson et bains. —Traitement plus facile et moins coûteux. Un granule représente un verre d'eau **sulfureuse** et se prend comme pilule ou dissous dans l'eau, pour boisson, gargarisme ou pulvérisation. Le flacon de 50 granules, 2 fr. *franco* par la poste. Bain, 1 fr.; 6 flacons, 5 fr. Pharm., 32, *faubourg Montmartre*, Paris, dépôt du **SHERRY-KINA**, le meilleur tonique, la bouteille, 4 fr., dans toutes les pharm.

MALADIES DE LA GORGE
DE LA VOIX ET DE LA BOUCHE

Pastilles de Dethan au Chlorate de potasse, recommandées contre les Maux de gorge, Enrouements, Angines, Aphthes, Scorbut, la Salivation mercurielle, les Ulcérations des amygdales, des gencives et de la langue. — A Paris, pharmacie DETHAN, faubourg Saint-Denis, 90, et dans les principales villes de France et de l'étranger.

SIROP ANTI-NERVEUX DE FALIÈRES
AU BROMURE DE POTASSIUM

Préparé par le procédé publié, après approbation, dans le Bulletin de l'Académie de Médecine.
Il renferme 1 gramme de Bromure irréprochablement pur par cuillerée à bouche.
Il réalise la forme la plus rationnelle d'administration. En le prescrivant, les médecins sont assurés d'employer le *Bromure de potassium* dans les conditions d'absolue pureté qu'exige la Thérapeutique.

Dans les principales pharmacies. — A PARIS : GEOFFRION, 16, rue Grande-Truanderie. FAVROT, 102, rue Richelieu.

PRIX : 4 FRANCS.

DÉPOT GÉNÉRAL A PARIS, 2, RUE DE LA COUTELLERIE.

CAPSULES ET SACCHARURE à l'extrait alcoolique éthéré de CUBÈBE

Préparés par **DELPECH, pharmacien**, rue du Bac, 23, PARIS.

Cet extrait représente dix fois son poids de **Cubèbe.** Il s'administre avec succès, en **Capsules** de 0,75 centigr., contre les *Angines diphtéritiques*, la *Blennorrhagie*, la *Blennorrhée*, le *Catarrhe vésical*, et en **Saccharure** contre le *Croup*. — **Capsules : 6 fr.** — **Saccharure : 3 fr.**

La pharmacie DELPECH prépare tous les produits de l'**Eucalyptus.**



HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-BROMO-PHOSPHORÉE
De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :
A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Ce, r. Vivienne, 8.



MÉDICATION DIASTASÉE
FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital la **Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies

---

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

PILULES DE BLANCARD
A L'IODURE DE FER INALTÉRABLE

Approuvées en 1850 par l'Académie de médecine de Paris, adoptées en 1866 par le Formulaire officiel français, le *Codex*, etc. — Contre les affections scrofuleuses, la chlorose, l'aménorrhée, etc.

L'iodure de fer impur ou altéré est un remède infidèle, irritant. D'un autre côté, ainsi que l'atteste un document officiel reproduit par les soins du Gouvernement français, dans le *Moniteur universel*, le 7 novembre 1860 : « La fabrication des pilules de Blancard demande une grande habileté, etc. » Puisqu'il en est ainsi, comme preuve de pureté et d'authenticité des Pilules de Blancard, les seules qui puissent être légalement désignées sous cette dénomination, exiger notre *cachet d'argent réactif* et notre **signature** ci-jointe apposée au bas d'une étiquette **verte.**

Se trouvent dans toutes les pharmacies.

Se défier des contrefaçons.

Blancard

Pharmacien, rue Bonaparte, 40, à Paris.

SIROP DÉPURATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

CONTREXÉVILLE
(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT
DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central :

23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

SULFUREUX POUILLET
(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux.**

Prix : la boîte de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Médecine pratique ; accouchements ; ivresse éthérée. — Promenade dans les hôpitaux : Gliome de la paupière ; kysto-sarcome du sein. — Hôpital des cliniques : Allongement d'une jambe par suite de nécrose ; fracture de la colonne vertébrale, paralysie ; Eschare au sacrum ; les troubles trophiques de cause nerveuse. — Empyème ; thoracentèse ; drainage ; amélioration (M. Ch. Spirt). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS. Nouveaux éléments de pathologie générale. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Médecine pratique. — Accouchements. — Ivresse éthérée.

(Premier article.)

Il y a deux périodes dans l'histoire de l'emploi des anesthésiques. Durant la première, on ne leur demandait qu'une certaine ivresse agréable. C'était le temps où Davy faisait usage du protoxyde d'azote, qu'on surnomma *gaz hilarant*, où les élèves des laboratoires en Angleterre et en Amérique se mirent, dans le même but, à respirer la vapeur d'éther.

Un peu plus tard, l'éther était entré dans la pratique chirurgicale, comme abolissant la douleur et le sentiment : le mot d'*anesthésie* était créé, et dès lors on voulut obtenir un sommeil semblable à la mort par l'absence des sensations, de la conscience et des mouvements volontaires. Bientôt survint le chloroforme, qui permettait d'arriver plus vite à cette torpeur et de supprimer presque la première phase, celle d'ivresse.

Cette phase d'ivresse n'avait, du reste, plus rien d'agréablement calme et d'*hilarant* depuis qu'elle précédait les opérations chirurgicales. Ce qu'on y notait surtout, c'était l'excitation et, suivant certains observateurs, *l'hyperesthésie*.

Ainsi, avant d'éteindre la sensibilité, les anesthésiques la surexciteraient durant un temps plus ou moins long, celui de la première ivresse. Cette théorie est devenue classique ; mais je ne crois pas qu'elle soit vraie.

Il faut savoir se rendre compte des conditions mentales dans lesquelles se trouve un individu qu'on va opérer. Il est en crainte et en défiance. Il a peur de dormir et de ne pas dormir. Il réclame l'anesthésie parce qu'il ne voudrait pas souffrir ; mais il sait qu'on meurt quelquefois par l'anesthésie.

Il se laisse faire; mais le chloroforme ou l'éther se présentent à lui d'une façon brutale et hostile, pour ainsi dire. On les administre dans des appareils, ou tout au moins assez largement pour ne pas tarder à endormir. Il se sent entrer en leur puissance, ne sachant pas s'il va être étouffé. La sensation de resserrement à la gorge que produit surtout le chloroforme, quand il arrive en larges bouffées dans les bronches, est une de celles qui s'accompagnent toujours de terreur instinctive. Les animaux mêmes en ont conscience et se débattent quand on expérimente sur eux. Et c'est un sentiment réflexe qui vient se joindre, chez les hommes, à des sentiments plus pleinement intellectuels.

S'il est vrai, comme le disent les fumeurs de haschish et les fumeurs d'opium, qu'il faut se préparer l'esprit, choisir les pensées dans lesquelles on veut se complaire, pour rendre agréables ces genres d'ivresse et toutes les hallucinations qui les accompagnent, il est certain que l'attente d'une opération, la peur d'être étouffé, ou de mourir autrement, serait une mauvaise préparation pour aboutir aux jouissances tranquilles d'une sorte de demi-extase.

Celui qui veut dormir, qui veut ne pas sentir, qui redoute assez la douleur pour lui préférer un danger de mort, celui-là n'aura pas besoin de sensations bien vives pour paraître hyperesthésique.

Voyez les femmes, les enfants, les sujets nerveux, quand on ne cherche pas à les endormir, quand on leur fait simplement attendre une opération des plus simples, quand on laisse au système nerveux le temps de se monter chez eux jusqu'à un degré de tension assez élevé, comme ils se plaignent, comme ils semblent souffrir dès qu'on les touche, quelle agitation, et surtout quelles démonstrations hyperesthésiques !

Dans le premier degré d'ivresse chloroformique ou éthérée, la conscience n'est pas abolie, et toutes les impressions morales conservent leur retentissement.

Le malade se représente le chirurgien armé de son couteau ; ce couteau, il croit le sentir entrant dans ses chairs ; il suppose que quelque sensation horrible va peut-être le réveiller de l'engourdissement qui l'envahit ; il ne voudrait pas qu'on pût croire qu'il est complétement endormi, alors qu'il ne l'est pas encore ; gêné par l'appareil, les aides, la position, il ne voit pas bien ce qui se passe ; toute impression lui paraît suspecte ; le contact des doigts qui explorent sa sensibilité lui semble devoir être le contact d'un instrument qui le fera souffrir.

C'est ainsi qu'il faut expliquer l'hyperesthésie initiale, généralement attribuée aux anesthésiques chirurgicaux.

En effet, ce n'était pas sans doute l'hyperesthésie que recherchait ce médecin si distingué des hôpitaux de Paris qui, ayant d'abord ainsi calmé une sensation douloureuse, avait contracté l'habitude d'aller respirer dans les pharmacies du chloroforme jusqu'à l'ivresse.

Ce n'est point non plus l'hyperesthésie dans l'ivresse éthérée qui conduit certaines malades à abuser comme elles le font des perles d'éther prises coup sur coup.

Et dans le cours des opérations où l'on emploie le chloroforme, quand, après le sommeil complet, l'anéantissement et l'oubli, on laisse revenir le malade à un état d'ivresse absolument semblable dans sa cause à l'ivresse première, puisqu'elle résulte également d'une action faible de l'anesthésique, après ce retour de la conscience, que n'accompagne pas toujours celui du souvenir, des craintes, des impressions morales qui existaient au début, ce qu'on observe en général, c'est l'engourdissement plus ou moins profond des sensations : dans lesquelles la douleur est parfois atténuée au point de n'être plus qu'une impression de contact.

Il y a de grandes différences individuelles à ce sujet, selon les idiosyncrasies, selon les degrés relatifs d'impressionnabilité naturelle ou acquise dans les nerfs de tel ou tel ordre. Mais dans le nombre considérable d'opérations auxquelles j'ai assisté, j'ai souvent déjà été frappé de voir le malade, revenu à lui en apparence, exécutant des mouvements volontaires, causant plus ou moins sensément avec l'entourage, désigner les points où portaient les instruments sans accuser de douleur réelle. D'autres fois, il ne sait pas même qu'il est en cause : je me souviens qu'une jeune fille à laquelle M. Nélaton faisait l'amputation d'une partie du pied pour une carie, s'était relevée sur son séant et regardait curieusement, croyant qu'elle voyait opérer une voisine. D'autres fois, le malade se plaint, ou résiste, ou crie ; mais c'est chose toute naturelle, et il n'est certes pas besoin de supposer une hyperesthésie.

Ces réflexions m'avaient conduit à espérer que la simple ivresse produite par le chloroforme, ou plutôt par l'éther à doses peu élevées et respiré sans appareil, pourrait me rendre des services dans les accouchements douloureux. J'eus bientôt l'occasion de vérifier le fait dans des circonstances que je raconterai dans un prochain article.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Gliome de la paupière. — Kysto-sarcome du sein.

Ce que je viens de dire de l'anesthésie me conduit à parler d'une opération à laquelle j'ai assisté jeudi dernier, et qui est un assez bon exemple pour montrer un des effets les plus remarquables du chloroforme ou de l'éther : l'oubli de ce qu'on a ressenti entre deux périodes de sommeil. Nous verrons ailleurs que le sommeil n'est pas lui-même indispensable pour la production de cet oubli.

M. Trélat, professeur présenté de pathologie externe en remplacement de M. Verneuil devenu par permutation professeur de clinique, avait à opérer une jeune fille de 15 ans, non encore nubile, pour un gliome de l'orbite qui avait déjà motivé, d'abord en province, puis à Paris, quatre opérations, après lesquelles il avait toujours récidivé.

Les premières opérations avaient été relativement simples. La tumeur s'était développée dans l'épaisseur de la paupière supérieure vers son angle interne, et on l'extirpa quand elle n'avait que le volume d'un pois. La seconde fois, elle était plus grosse. La quatrième fois, MM. Lannelongue avait dû disséquer la paupière à l'aide d'une double incision en forme de T renversé.

Quand la pauvre petite malade vint dans le service de M. Trélat, le gliome, de plus en plus gros, envahissant dans toutes les directions, avait amené la perte de l'œil. Que fallait-il faire ? Si on attendait, la mort serait prompte, car la croissance de cette tumeur avait été rapide : son début ne datait que du mois de septembre dernier. Si on opérait, on avait des chances de guérison, chances bien faibles il est vrai, mais d'autant plus grandes que l'extirpation aurait porté sur des tissus plus éloignés du point d'origine.

M. Trélat se décida à opérer en vidant l'orbite et réséquant ou ruginant tout ce qui lui semblerait atteint dans les parois osseuses.

On tint prêts des fers rougis à blanc pour le cas d'une hémorrhagie trop redoutable ; on endormit, non sans peine, la petite malade à l'aide du chloroforme ; et quand on la crut bien endormie, on commença.

M. Trélat, à l'aide de deux longues incisions courbes, portant l'une sur le sourcil, l'autre sur la limite inférieure de l'orbite, sépara la base des paupières; puis avec une forte rugine il se mit à détacher le périoste qui double l'os frontal en dedans de l'orbite. Il pénétra ainsi jusqu'au fond ; et il en était là, sectionnant les attaches musculaires et le nerf optique, quand la malade, se réveillant, se mit à crier et résista. Il fallait bien finir l'opération le plus rapidement possible : on ne pouvait pas s'arrêter alors à administrer le chloroforme. On contint donc la pauvre enfant : et, revenant d'arrière en avant le long de la paroi inférieure, M. Trélat acheva de vider l'orbite.

Cette effroyable opération au milieu des cris faisait pâlir le chirurgien et les assistants. Heureusement, ce ne fut pas long. On put reprendre le chloroforme avant d'examiner l'état des os mis à nu. Le rebord alvéolaire du frontal parut altéré : on le réséqua, morceau par morceau, à l'aide de très-fortes pinces ; la paroi inférieure de l'orbite fut défoncée et permit de sentir le sinus maxillaire parfaitement lisse ; on mit aussi à découvert le canal nasal ; puis, à l'aide de pinces et de forts ciseaux, on détacha tout ce qui restait dans l'orbite de parties molles et de lamelles osseuses suspectes.

L'écoulement sanguin n'étant pas des plus abondants, on put se passer du fer rouge, qui n'eût pas été sans danger si près du cerveau : et on se borna à remplir l'orbite avec des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer. Une compresse mouillée; par-dessus, un morceau de toile gommée ; puis une autre compresse légère et sèche, et quelques tours de bande complétèrent le pansement.

Ensuite, la malade nettoyée et cette fois parfaitement réveillée, fut rapportée dans son lit, ne se rappelant pas qu'elle eût souffert. Tout va bien jusqu'à aujourd'hui.

L'observation complète, qui sera très-longue puisqu'elle prendra la maladie à son début, sera publiée dans le journal français d'ophthalmologie, rédigé par M. Piachaud, et notre cher ami Galezowski. Elle sera fort intéressante, car les gliomes, ainsi nommés à cause de la ressemblance de leur tissu avec la névroglie, tissu conjonctif des centres nerveux, avaient été surtout trouvés dans l'encéphale, dans la moelle épinière, dans la rétine, partout en un mot où normalement la névroglie existe. Pourtant déjà, dans son *Traité des tumeurs*, Virchow avait décrit des gliomes hétéroplasiques des reins, et *il ne regarde pas, dit-il, comme impossible que par des recherches ultérieures on ne trouve encore quelques points du corps où le gliome hétéroplasique prenne naissance* (1). Ici l'examen microscopique n'a pas permis de douter que cette tumeur de la paupière ne fût un gliome.

— Le même jour, M. Trélat a fait l'amputation d'une autre tumeur, dont le nom est également dû à Virchow.

Il s'agissait d'un cystosarcome volumineux de la mamelle gauche. Les caractères du cysto-sarcome étaient bien accusés : tu-

---

(1) Voir *Traité des tumeurs*, t. II, p. 161. Paris, Germer-Baillière.

meur très-dure sur certains points, fluctuante sur d'autres; malgré son grand volume, ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire, etc., etc. Il n'était pas encore ulcéré. Lorsqu'il fut limité par deux incisions courbes, pour que la peau fut enlevée avec lui, et lorsque l'on eut commencé à le détacher, on observa une particularité curieuse.

En dessous de la tumeur principale, il s'en présentait d'autres, dont la surface était très-régulière et qu'il fut facile d'énucléer avec les doigts. C'étaient, en apparence, des adénomes vrais, dans lesquels le tissu glandulaire, avec ses lobes et ses lobules, semblait hypertrophié uniformément. Les lamelles de tissu cellulaire qui formaient des loges à ces tumeurs étaient parfaitement saines, et on n'eut point à les extirper.

Ainsi, tandis que la partie superficielle de la tumeur mammaire offrait bien tous les caractères du cysto-sarcome avec dilatations cystiques remplies de ce liquide brun-verdâtre que Virchow regarde comme une transformation du sang, les parties profondes, au contraire, étaient un type de ce que Velpeau a nommé autrefois tumeurs adénoïdes.

Cette combinaison n'est pas très-rare. Virchow en fait mention; et il l'explique par l'irritation, sarcomateuse à la superficie, et devenue purement hypertrophique en s'éloignant de son point de départ.

Allongement d'une jambe par suite de nécrose. — Fracture de la colonne vertébrale, paralysie; eschare au sacrum. — Les troubles trophiques de cause nerveuse.

Un autre exemple d'irritation ayant pour résultat un développement exagéré, se trouve en ce moment dans le service de M. Broca, à l'hôpital des Cliniques.

Il s'agit d'un jeune homme qui a maintenant 19 ans et qui, depuis huit ans, est atteint d'une affection osseuse du tibia : on a retiré en plusieurs fois trois séquestres par une plaie située vers le tiers inférieur de la jambe gauche. L'observation est curieuse par le brusque début de l'affection osseuse, en même temps qu'apparaissaient des symptômes qui firent penser à une fièvre typhoïde. Mais elle est surtout remarquable par l'allongement exagéré de cette jambe, qui a aujourd'hui 4 centimètres de plus que l'autre. Le pied, au contraire, est un peu atrophié de ce côté. Il semble donc que, sous l'influence de l'irritation par ostéite, la jambe malade ait appelé à elle plus d'éléments nutritifs : aux dépens du pied, et peut-être aussi, dans une certaine mesure, aux dépens de tout l'individu, qui est loin d'être développé comme le comporterait son âge.

S'il s'agissait d'une partie où il ne se trouve qu'un seul os, l'accroissement exagéré s'expliquerait facilement par l'hyperostose qui se produit autour des séquestres et qui les enveloppe d'une sorte de cal exubérant. On comprendrait très-bien que ce travail pût influer sur la longueur d'un os aussi bien que sur son épaisseur, surtout quand les muscles ont peu de puissance, et n'offrent pas grande résistance à cette espèce d'étirement.

Mais ici deux os sont en présence; et l'un des deux aurait mis obstacle à l'allongement de l'autre, si cet allongement eût été purement mécanique, pour ainsi dire.

M. Broca doit parler de ce malade dans sa leçon de lundi prochain.

— Un autre fait curieux, bien que classique, peut être également observé dans le service de M. Broca.

Une jeune fille de 19 ans, voulant atteindre un escalier depuis sa fenêtre située au troisième étage, tomba et se rompit la colonne vertébrale. A son entrée, on constata une paralysie complète des membres inférieurs. Les mouvements volontaires et les sensations étaient abolis dans la jambe droite, comme dans la jambe gauche; mais en piquant ou pinçant la première, on y provoquait des mouvements réflexes peu étendus, tandis que la jambe gauche était immobile, malgré toutes les excitations.

On en conclut que la lésion de la moelle épinière était plus profonde à droite qu'à gauche, car les mouvements réflexes sont l'indice d'une interruption du tissu nerveux médullaire : l'influx redescend, ne pouvant passer à travers la section; et la sensation inconsciente est transformée en mouvement.

En effet, dès le sixième jour la sensation commençait à reparaître dans les deux membres paralysés; mais tandis qu'elle était presque normale à gauche, elle restait très-faible à droite. Les mouvements volontaires revinrent aussi dans la jambe gauche, tandis que la jambe droite, qui ne présentait plus de mouvements réflexes, n'a pas encore aujourd'hui, douzième jour, (l'accident date du 9 juin) recouvré le moins du monde les mouvements volontaires.

Je n'ai pas besoin de dire que la vessie et le sphincter anal étaient paralysés. Ils le sont encore.

Mais ce qui mérite surtout l'attention, c'est que dès le sixième jour il s'était produit une eschare à la région sacrée, eschare qui s'est étendue rapidement, envahissant en profondeur aussi bien qu'en largeur.

Ces eschares hâtives que le décubitus dorsal, ayant duré si peu, serait complétement insuffisant à expliquer, rentrent dans la grande classe *de ces troubles trophiques consécutifs aux maladies de la moelle épinière et du cerveau* (1), dont M. Charcot a fait l'objet de ses dernières leçons à la Salpêtrière.

Depuis longtemps on avait remarqué la fréquence des eschares à la suite des fractures de la colonne vertébrale. M. Charcot les a rapprochées d'un très-grand nombre d'altérations plus ou moins profondes qui se produisent vers la peau ou les autres tissus à la suite d'irritation des nerfs ou des centres nerveux. Le maître célèbre en anatomie pathologique s'est servi des données de la physiologie expérimentale et de la clinique pour démontrer qu'il ne s'agit point là d'une suppression pure et simple d'action nerveuse, d'une section de nerfs trophiques, mais bien d'une influence toute spéciale des nerfs ou des centres, lorsqu'ils sont irrités sur les tissus qui en reçoivent l'action nerveuse.

— Dans une de ses dernières leçons, M. Bouchut allait bien plus loin; car il admettait qu'une influence intellectuelle pouvait produire à elle seule des ecchymoses et des plaies, expliquant ainsi par la toute-puissance de la pensée de véritables lésions trophiques.

Mais ceci est une question absolument distincte de celle qu'a traitée M. Charcot, et elle nous mènerait trop loin pour être discutée incidemment.

Dr Victor Révillout.

EMPYÈME. — THORACENTÈSE. — DRAINAGE. AMÉLIORATION

Par M. le docteur Ch. Spirt, de Blamont (Meurthe).

Edmond Velker, âgé de 27 ans, soldat au 33e de ligne, a eu une dysentérie très-intense à Metz pendant le siége, du mois d'août au mois de novembre 1870.

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*, par M. Charcot. — Paris, Delahaye, 1872.

A la reddition de la ville, il pouvait à peine se tenir sur ses jambes, tant la diarrhée l'avait affaibli, et il fut transporté en captivité à Dresde. Au mois de janvier 1871, il fut atteint d'une pleurésie aiguë qui obligea les Prussiens de le faire entrer à l'hôpital.

Appelé le 26 septembre 1871, nous constatons, du côté droit du thorax, une matité absolue en avant et en arrière, du souffle tubaire, une absence de vibration thoracique pendant la phonation.

Ce malade a de la fièvre hectique, des points de côté, des accès de dyspnée très-fréquents et très-intenses, de la diarrhée; il est dans un état de marasme.

Le 2 novembre, l'état général n'a fait que s'aggraver, malgré les toniques, les potions calmantes, la teinture d'iode, les cautères, etc. Le côté droit se dilate de plus en plus, il fait en arrière une saillie considérable, au sommet de laquelle nous pratiquons une ponction avec un trocart de 1 millimètre de calibre. Rien ne s'écoule! et nous continuons le traitement général.

Dans la nuit du 5 novembre arrivent une dyspnée extrême, des convulsions, on entend le gros râle trachéal, il survient des sueurs froides et visqueuses; on a rempli les cérémonies religieuses, et l'on n'attend plus que le dernier soupir, lorsque nous faisons soulever le malade par un aide vigoureux, nous incisons la peau avec un bistouri à trois travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate, et pratiquons la ponction avec un trocart de 3 millimètres de diamètre.

Un litre de pus s'est à peine écoulé que le malade se ranime, et qu'il fait entendre une exclamation de satisfaction. C'est au même endroit que, deux jours antérieurement, nous avions, à notre grand désappointement, pratiqué une ponction sèche avec le trocart explorateur.

Cette fois, il s'écoule environ deux litres d'un pus blanc grisâtre très-fétide. Lorsque le liquide devient plus épais et que le jet diminue d'intensité, nous introduisons, à l'aide d'un stylet à travers la canule du trocart, un séton de mousseline large de 1 centimètre. Nous retirons le trocart sur le stylet, puis enfin le stylet sur la mèche, que nous laissons flotter sur la cavité pleurale, en attendant que nous puissions nous procurer un drain plus convenable en caoutchouc.

Le lendemain, nouvel accès de dyspnée; nous sortons la mèche, il s'écoule environ une cuillerée de pus, et le malade n'est nullement soulagé. Nous introduisons de nouveau le trocart par la plaie: il ne sort rien. Par la canule, nous faisons passer une sonde uréthrale en toile de lin; elle pénètre très-difficilement, probablement à travers des fausses membranes, et entre la sonde et la plaie suinte de la sérosité roussâtre; rien ne s'écoule par le calibre de la sonde.

Au bout de 24 heures, la sonde s'est échappée de la cavité pleurale, insuffisamment maintenue qu'elle était à l'aide d'un ruban faisant le tour du thorax, et ce n'est que le 7 novembre que nous avons pu nous procurer un tube à drainage en caoutchouc.

Nous parvenons avec difficulté à retrouver le trajet du trocart avec un stylet mousse, puis avec une sonde cannelée passée le long du stylet. Ces instruments se meuvent librement dans la cavité pleurale, mais pas une goutte de liquide ne s'écoule.

Ce n'est qu'en introduisant, séance tenante, le trocart armé de sa pointe par le même trou, qu'il s'écoule un flot de liquide, et nous recueillons un litre et demi de pus.

Nous faisons pénétrer le tube à drainage à travers la canule du trocart, nous sortons la canule et laissons le tube dans la plèvre, nous maintenons la partie pendante au dehors en la fendant, et appliquant les deux lambeaux sur la peau à l'aide de sparadrap collodionné.

L'écoulement continue, et nous trouvons, au bout de quelques heures, le malade baigné dans une mare de pus.

Nous introduisons un petit bouchon; il ne tient pas bien, le pus s'écoule de nouveau dans le lit, l'air pénètre dans la plèvre, elle rend un son des plus tympanitiques, et nous remplaçons le bouchon par une ligature, que nous coupons chaque jour pour laisser écouler le pus, qui se reforme rapidement. Nous recueillons d'abord le pus dans une seringue de Dieulafoy, qui nous sert aussi à pratiquer des injections, tantôt de teinture d'iode, d'hyposulfite de soude, d'alcool, de vin, sans résultat notable.

Nous adaptons au tube en caouthouc de la seringue Dieulafoy une plume d'oie, que nous introduisons dans le tube de drainage; mais, quoique nous ayons luté le tube en caoutchouc et la plume d'oie avec de la cire, l'air pénètre par la plume d'oie. De plus, le pus se précipite trop vite dans notre seringue Dieulafoy, et à chaque coup de piston le malade est menacé de syncope.

Pour parer à ces inconvénients, le malade nous a introduit un tube de plume d'oie dans une vessie de porc, la plume d'oie est passée dans un bouchon de liége, fixé dans le col de la vessie à l'aide d'une ficelle.

La vessie préalablement tordue, et la plume d'oie introduite dans le tube à drainage, nous permettent de voir couler le pus sans qu'il pénètre aucune bulle d'air dans la plèvre. Lorsque le pus s'est écoulé, nous serrons le tube avec une serre-fine, nous retirons la plume d'oie, puis nous remplaçons la serre-fine par une ligature.

Par ce moyen fort simple, nous tirons du pus de la plèvre chaque fois que le malade est oppressé, ce qui arrive quelquefois tous les jours.

Du 5 novembre 1871 au 29 mai 1872, nous ne sommes jamais restés plus de trois jours sans vider la plèvre, et la mère du malade nous suppléa souvent pour cette petite opération.

Nous avons injecté dans la plèvre et retiré avec la vessie de la teinture d'iode, de l'alcool, du vin, de l'hyposulfite de soude, et nous ne sommes pas encore parvenus à tarir la source de pus.

Cependant l'appétit du malade se conserve et il prend un peu d'embonpoint, malgré sa dysentérie, qui récidive fréquemment.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

L'Union médicale; — La *Gazette des Hôpitaux*; — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — La *Gazette médicale de Strasbourg*; — Le *Lyon médicdl*; — Le *Bordeaux médical*.

M. Larrey offre, au nom de l'auteur, M. Joly, un discours qu'il a prononcé à l'inauguration du buste de Delpech, à Toulouse.

M. Verneuil présente deux thèses inaugurales : *Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral*, par M. Cornillon; *Essai sur le puerpérisme, infection chez la femme et le nouveau-né*, par M. Quinquaud.

ÉLECTION

Nomination d'un membre titulaire.

La commission présente :

En 1re ligne........... M. Lannelongue.
En 2e................ M. Champenois.
En 3e................ M. Polaillon.

En 4e *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Krishaber et Magitot.

Au premier tour de scrutin ont obtenu :

M. Lannelongue............ 17 voix.
M. Champenois............. 11 —
M. Magitot................ 1 —

En conséquence, M. Lannelongue est élu membre titulaire de la Société de chirurgie.

COMMUNICATIONS

De l'odeur acide de l'haleine comme signe du diabète. — M. DUBOUÉ, membre correspondant, lit une note sur ce sujet. (Sera publié.)

Observation de fistule vésico-vaginale. — Guérison après opération par le procédé à lambeaux. — Reproduction de la fistule, après un nouvel accouchement. — Opération récente par le même procédé. — Résultat encore incertain. — M. DUBOUÉ. Je me bornerai à exposer succinctement les seules particularités intéressantes de ce fait, qui permet de juger la valeur éloignée du procédé. Je renverrai, pour tout ce qui a trait à la description du procédé et du manuel opératoire, à ma première communication, et qui est insérée dans le tome VI des *Mémoires de la Société de chirurgie*.

Magdeleine P..., de Berdets, près Oloron (Basses-Pyrénées), âgée de 37 ans, avait eu un premier accouchement avant terme, de deux jumeaux, accouchement non suivi d'accidents. Nouvelle grossesse et second accouchement, le 1er novembre 1867, suivi trois semaines plus tard, de la formation d'une fistule vésico-vaginale. Celle-ci, qui n'avait guère que 1 ou 2 millimètres de diamètre, siégeait à 1 centimètre du col de l'utérus, dont la lèvre antérieure est restée à peu près intacte.

Après les soins préliminaires ordinaires (purgatif la veille au matin et administration, le même soir, d'une pilule de *cinq* centigrammes d'extrait thébaïque), l'opération est pratiquée, le 13 novembre 1869, en présence de mes excellents confrères MM. Robert, Latour, Bouteil, Gaye et Noguès. Deux lambeaux latéraux sont disséqués et fixés, après affrontement des surfaces saignantes, par deux fils d'argent et deux boutons en buis, un bouton de chaque côté. L'opération a duré environ trois quarts d'heure.

La sonde à demeure est supprimée; la malade urine toute seule et conserve parfaitement ses urines. Celles-ci sont sanguinolentes les trois premiers jours, puis deviennent claires et normales les jours suivants. Notre opérée a pris chaque soir, depuis le 12 novembre, veille de l'opération, jusqu'au 21 novembre inclusivement, une pilule de *cinq* centigrammes d'extrait thébaïque.

Première garde-robe, le 22 novembre, après un lavement simple huileux : la malade se lève pour la première fois le 25.

Le 4 décembre, les fils sont enlevés sans difficulté; les lambeaux sont parfaitement réunis et forment une saillie médiocre dans le vagin; les boutons se sont creusé une petite cavité à la base des lambeaux, sur la muqueuse vaginale. Pendant l'ablation des fils, il ne s'écoule pas une goutte d'urine; la guérison se maintient les jours suivants, et notre opérée quitte Pau le 10 décembre, retenant parfaitement ses urines.

Le 19 mai dernier (1872), je vois revenir cette femme, que je croyais parfaitement guérie, et qui l'avait été longtemps, en effet. Or, voici ce qu'elle m'apprend :

Devenue enceinte quelques mois après l'opération, elle accouche le 22 janvier 1871, à sept mois de grossesse, de deux jumeaux qui n'ont pas vécu. L'accouchement s'est fait spontanément en 12 heures, au lieu de 48 qu'avait duré le précédent, et celui-ci ne s'était terminé que par une application de forceps. Les suites des couches ont été très-heureuses, et la fistule ne s'est pas reproduite.

Trois mois après, nouvelle grossesse, accouchement à terme le 28 janvier 1872, après un travail des plus pénibles, qui avait nécessité l'intervention de l'art. Voyant que le travail se prolongeait outre mesure, la sage-femme réclame l'assistance d'un médecin, et ce dernier n'étant pas chez lui, elle prend une décision dont il n'y a qu'à la louer; elle repousse la tête et pratique la version. Il est probable que, sans cette intervention, les désordres produits par la compression de la tête auraient été beaucoup plus considérables qu'ils ne l'ont été en réalité.

Quinze ou vingt jours après ce dernier accouchement, la malade ne pouvait plus retenir ses urines ou ne les retenait qu'une heure, à grand'peine; mais elles étaient toujours expulsées par le vagin, et notre malade, qui est très-explicite sur ce point, n'en rendait pas une goutte par le canal de l'urèthre. La fistule s'était donc reproduite.

Après avoir recueilli ces renseignements, je prie M. Letenneur (de Nantes), qui avait passé l'hiver à Pau et qui était à la veille de son départ, de vouloir bien venir examiner cette femme avec moi. Comme je me défiais de mes propres impressions, j'étais désireux de les soumettre au contrôle impartial et éclairé de notre collègue.

Comme j'avais conservé les notes prises après la première opération, il nous devient facile, à l'inspection du dessin qui figurait le siége et les dimensions de la fistule, d'en retrouver la place exacte. Or, au point occupé par l'ancienne fistule, c'est-à-dire à 1 centimètre du col, nous voyons très-nettement une petite cicatrice blanche et légèrement saillante, longue d'environ 5 ou 6 millimètres et dirigée transversalement, dans le sens de sa longueur. C'est à 1 centimètre plus haut, au point de jonction du vagin et du col utérin, que nous découvrons l'orifice qui livre passage à l'urine : cet orifice a 3 ou 4 millimètres de diamètre; il est à peine un peu plus grand que ne l'était la fistule primitive.

Quant au col utérin, il était en grande partie détruit, à la suite du dernier accouchement, sans aucun doute; la lèvre antérieure en particulier, la seule qui nous intéressât au point de vue de l'opération, était réduite à sa moitié gauche restée intacte; quant à la moitié droite, elle était complétement détruite.

Avec une pareille disposition, il eût été impossible de pratiquer un avivement simple, à moins d'enlever toute la moitié gauche de la lèvre antérieure du col et d'aviver ensuite l'autre moitié ou plutôt les tissus qui en tenaient place, tout en oblitérant l'orifice externe du col. On ne pouvait donc appliquer, dans ce cas, que le seul procédé à lambeau, et encore ne pouvait-on y recourir que dans des conditions fort défectueuses qui devaient augmenter singulièrement les difficultés de l'opération. Il n'y avait pas, en effet, un lieu d'élection, mais bien un lieu de nécessité pour l'emplacement à donner aux lambeaux. L'un ne pouvait être pris que sur la moitié gauche de la lèvre antérieure du col, et l'autre, en regard du premier, c'est-à-dire dans une direction oblique, de haut en bas et de gauche à droite, sur la paroi vaginale avoisinant la fistule.

L'opération est pratiquée, le 21 mai dernier, d'après les indications que je viens d'exposer. J'étais assisté par mes excellents confrères, MM. Lacoste, Pomier, Meunier, Saison et Noguès. Le soulèvement du lambeau postérieur a été très-facile; mais il n'en a pas été de même du lambeau antérieur pris sur le vagin avec l'obliquité indiquée ci-dessus. Je suis convaincu cependant que je me serais soustrait en grande partie à ces difficultés d'exécution si j'avais pensé à faire varier le décubitus de l'opérée. Celle-ci était couchée sur le côté gauche, et dans cette position, le lambeau qui est en bas, c'est-à-dire le gauche, est ordinairement plus facile à disséquer que celui qui est en haut, ici le droit. Or, en plaçant la femme dans le décubitus latéral gauche pour la dissection du lambeau gauche et *vice versa*, il me semble que chaque lambeau deviendrait ainsi plus facile à soulever.

Ce changement d'attitude aurait encore l'avantage de soulager la patiente; aussi, je me propose d'y recourir ou du moins d'essayer de ce changement à l'avenir. On agit de même en obstétrique quand la main réputée la mieux placée pour pratiquer la version n'arrive pas aisément jusqu'aux pieds du fœtus. L'expérience n'a-t-elle pas prouvé qu'on réussit le plus souvent avec l'autre main, quand la première a échoué ?

Quoi qu'il en soit, et pour revenir à notre cas, je suis parvenu à soulever et à affronter les deux lambeaux, bien que le lambeau antérieur n'eût pas la régularité du lambeau postérieur. L'opération a duré une heure environ.

La sonde est supprimée comme après la première opération, et la malade a uriné toute seule, sans perdre une goutte d'urine par le vagin, jusqu'au moment de l'ablation des fils, qui a eu lieu le 5 juin dernier; seulement, l'urine est restée sanguinolente et trouble pendant une douzaine de jours.

La première garde-robe a eu lieu, le 30 mai, après l'administration d'un lavement simple huileux, et, du 31 mai au 5 juin, notre malade s'est levée sans perdre une seule goutte d'urine par le vagin. Je comptais donc sur le succès le plus complet, lorsque, en introduisant le spéculum pour enlever les fils, j'ai été déconcerté par l'issue d'un flot d'urine par le vagin. Ai-je trop pressé avec le spéculum sur la paroi vaginale, malgré les précautions que j'ai prises pour cette introduction? Je l'ignore. Toujours est-il que, après l'ablation des fils, la femme a continué à garder ses urines et à les rendre à volonté par l'urèthre pendant la journée du 5 et dans la matinée du 6 juin, jour où j'ai quitté Pau. Mon excellent confrère, M. le docteur Pomier, ancien interne des hôpitaux de Paris, a bien voulu donner des soins à notre opérée en mon absence. Or, voici ce qu'il m'écrit à la date d'avant-hier, 10 juin :

« Je n'ai malheureusement pas de bonnes nouvelles à vous donner de votre opérée. Comme elle le dit elle-même, elle urine absolument comme avant l'opération. L'amélioration des premiers jours a totalement disparu ; c'est à peine s'il passe quelques gouttes par l'urèthre. . . . .

« L'aspect de la partie opérée est le suivant : Au centre, une ouverture irrégulière, c'est l'orifice de la fistule entouré de deux bourrelets, qui ne sont autre chose que les lambeaux rétractés. Le lambeau droit ou vaginal est le plus saillant, et son extrémité libre est mobile. Le lambeau du col existe aussi parfaitement, mais plus petit, plus revenu sur lui-même. En soulevant avec la pince les deux extrémités libres de ces lambeaux, on voit une surface rouge, saignante, au milieu de laquelle on devine plutôt qu'on ne voit l'orifice fistuleux. »

Cette observation m'a paru offrir quelques particularités intéressantes, en ce qu'elle sort du cadre des observations ordinaires de fistule vésico-vaginale. Elle pourrait donner lieu à certaines considérations utiles, quoique portant sur un point accessoire; je veux faire allusion à la suppression de la sonde après l'opération, sur l'opportunité de laquelle on ne peut pas se prononcer avec un petit nombre de faits.

Je n'en veux tirer, pour le moment, qu'une preuve sans réplique en faveur de la solidité de la suture dans le procédé à lambeaux. Avec une suture peu résistante, en effet, la fistule devrait se reproduire à son siége primitif. Or, dans notre cas, la suture a résisté et la perforation nouvelle s'est faite en un point plus élevé, et un pareil résultat n'a rien de surprenant, si l'on juge que, dans le procédé à lambeaux, il n'y a pas la plus petite perte de substance. La paroi vaginale, simplement dédoublée et n'ayant subi aucune perte de substance, doit conserver après l'opération, et conserve ici, en effet, la même épaisseur qu'elle avait avant toute intervention chirurgicale.

M. BOINET. J'ai vu une vaste fistule vésico-vaginale opérée par Jarjavay à l'aide de l'opération de Marion Sims. Le col lui-même faisait partie de la fistule, et il avait dû être avivé et compris dans la suture. La malade a bien guéri. J'ai opéré moi-même de la même façon une très-grande fistule. Le procédé américain me paraît très-bon. J'ajoute que Leroy d'Etiolles est le véritable auteur du principe de ce procédé, qui, au fond, est français. Je demanderai à M. Duboué si son procédé ne laisse point dans le vagin de raphé ou de traces durables.

M. DUBOUÉ. Il y a une saillie très-modérée.

M. LE FORT. Les lambeaux vaginaux sont-ils réunis simplement à leur base, ou bien la suture comprend-elle en même temps les lambeaux vésicaux retournés dans la vessie et adossés ainsi par leur face saignante.

M. DUBOUÉ. Les fils sont placés à la base du lambeau. Le procédé que j'emploie a l'avantage de ne rien détruire de la muqueuse du vagin, comme dans le procédé de suture après avivement.

(Sera continué.)

VARIÉTÉS

Nouveaux éléments de pathologie générale

Par Ernest WAGNER, traduits de l'allemand sur la quatrième édition, par les Drs Charles Delstanche et Eugène Mahaux (de Bruxelles) (1).

La pathologie générale puise aux mêmes sources que la médecine clinique : elle s'appuie sur l'anatomie et la physiologie, la physique et la chimie pathologiques, principalement sur la clinique, l'expérimentation et l'anatomie pathologique. Ce sont là les bases sur lesquelles s'appuie le docteur E. Wagner dans l'ouvrage que viennent de traduire MM. Delstanche et Mahaux.

Pour M. Wagner, la maladie est essentiellement, et toujours, le résultat d'une lésion de formes et de composition d'organes provenant de troubles histo-pathologiques ou chimico-pathologiques. Une maladie n'est réputée générale que par l'ignorance où nous sommes des lésions produites, et le nom de maladies générales disparaîtra quand la science sera complétement fixée.

« La cause de la maladie n'est pas dans l'organisme tout entier; mais seulement dans une de ses parties, tantôt un tissu, un organe, une portion d'organe; tantôt un système de tissus et d'organes. Il y a toujours dans la partie altérée une modification matérielle, anatomique ou chimique, ou bien l'une et l'autre à la fois. On peut donc prétendre que toute maladie est locale, au moins à son début. »

Ces quelques mots suffisent pour faire saisir la tendance générale du livre. L'auteur établit trois grandes divisions : la nosologie, l'étiologie, l'anatomie et la physiologie pathologique générale.

Il comprend dans la nosologie : la séméiologie, l'examen des malades, des considérations sur la durée, la marche et la terminaison des maladies. Tous ces sujets sont traités dans des chapitres courts, mais suffisamment complets. On y trouve bien discutée l'ancienne théorie des métastases, que l'auteur rejette absolument. Il explique les faits sur lesquels elle était étayée par l'action des causes physiques, par exemple, les abcès métastatiques de la fièvre puerpérale comme étant le résultat d'oblitérations vasculaires. Il termine par un bon exposé des signes de la mort, des différences entre la mort réelle et la mort apparente.

La seconde partie de l'ouvrage traite de l'étiologie, sujet encore obscur malgré les efforts de tant d'observateurs. M. Wagner étudie les causes des maladies dans une série de chapitres très-condensés, et aussi précis que le permet ce difficile sujet. A l'examen des causes prédisposantes et occasionnelles, il fait suivre la discussion des causes internes, hérédité, âge, sexe, constitution, habitude, tempérament, et puis celle des causes externes : influence atmosphérique, sol, aliments, habitations, vêtements et coucher, alimentation, professions et parasites. Ce dernier sujet, devenu aujourd'hui, grâce aux découvertes modernes, une véritable question d'histoire naturelle, est étudié avec une précision et un développement qui se montrent rarement dans un traité de pathologie, et ne se trouvent guère que dans les ouvrages des naturalistes.

Cette rapide analyse des deux premières parties de l'ouvrage suffit pour montrer l'érudition et la variété des connaissances de l'écrivain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par divers arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique, sont institués agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris (section de médecine), MM. les docteurs :

Hayem (Georges), né le 25 novembre 1841, à Paris;

Damaschino (François-Théodore), né le 27 septembre 1840, à Paris;

Fernet (Charles-Alexis), né le 8 février 1858, à Paris;

(1) Un vol. gr. in-8° de 600 pages. Prix : 9 francs.

Lancereaux (Étienne), né le 27 juillet 1827, à Brécy (Ardennes);

Bergeron (Georges-Joseph), né le 16 décembre 1828, à Blois (Loir-et-Cher);

Duguet (Nicolas-Jean-Baptiste), né le 12 mai 1837, à Chamery (Marne);

Rigal (Auguste-Antoine), né le 8 novembre 1839, à Neuviallet (Cantal).

Faculté de médecine de Montpellier. — M. de Girard, docteur en médecine, est nommé chef des travaux chimiques à la Faculté de médecine de Montpellier, en remplacement de M. Saint-Pierre, dont la délégation est expirée.

Facultés de médecine. — M. Cailliot, ancien professeur de chimie et de toxicologie à la Faculté de médecine de Strasbourg, admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté de services, à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire des Facultés de médecine.

Collège de Cognac. — M. le docteur Bertrand est nommé médecin du collège de Cognac (emploi nouveau).

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie, par le docteur Édouard Fourniné, médecin-adjoint à l'Institut des sourds-muets. — 1 fort. vol. in 8° cartonné. Prix : 12 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la putridité morbide et de la septicémie. Histoire des théories anciennes et modernes, par le docteur Lacassagne, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. — 1 vol. gr. in-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 73. — MARDI 25 JUIN 1872. 45e ANNÉE. MARDI 25 JUIN 1872. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL D'ANGERS. Observation d'épilepsie traumatique périphérique (M. Farget). — Action combinée de la morphine et du chloroforme (M. Guibert). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — VARIÉTÉS. Assemblée nationale.

LES QUESTIONS PENDANTES

Si l'on maintient les inspecteurs d'eaux minérales, ce seraient eux qui devraient payer ceux qui ont découvert les sources, au lieu d'être payés par eux ; ou du moins ils devraient payer l'État qui leur fait une réclame. Cette conclusion terminait l'article précédent, et nous la répétons en tête de celui-ci.

En effet, nous l'avons montré, il n'est pas exact d'invoquer, pour défendre l'inspectorat, les intérêts de la santé publique, *que l'État aurait à garder*, puisque, d'après la loi qui les régit, jamais les inspecteurs ne peuvent intervenir lorsqu'il s'agit de sauvegarder la santé de qui que ce soit contre l'abus ou le mauvais usage des eaux minérales.

La mission que l'État confie aux inspecteurs rappelle les légations que le Sénat romain donnait aux sénateurs pour leurs propres affaires. Le *legatus in re suâ*, émanation de la puissance publique dans son intérêt personnel, peut se comprendre lorsque après tout il ne s'agit que d'exploiter de toute manière un peuple conquis. Mais chez nous il se comprend moins, car la France n'a pas de provinces captives et les propriétaires de sources ne sont pas des vaincus qu'on reçoit à merci.

Chez nous, l'État n'a pas le droit d'accorder à quelqu'un la faveur personnelle d'exiger de l'argent de quelque autre, quand ni cet autre ni les tiers n'y trouvent un sérieux avantage qui puisse faire compensation ou motiver cette expropriation par l'intérêt public.

L'intérêt des propriétaires frappés de cette capitation est nul, ou plutôt négatif, avons-nous dit, quand l'inspecteur s'est donné tout entier à un établissement rival de la même localité.

L'intérêt des tiers se réduit à ce qui est exposé de la façon suivante dans le rapport de M. Hérard :

« Il arrive, par exemple, dans une station thermale des étrangers atteints d'affections plus ou moins graves. Ils ne sont adressés par aucun médecin à aucun des médecins de la localité. Où iront-ils ? Sans doute, les médecins distingués et consciencieux ne manqueront pas ; mais à quels signes les reconnaîtront-ils ? Eh bien, ils vont à l'inspecteur et, dans la grande majorité des cas, ils sont assurés de trouver dans l'homme auquel l'État a accordé sa confiance un médecin honorable et instruit. Dans tous les cas, cet étranger est rassuré par le titre et la présomption d'honorabilité et de capacité ; cela lui est nécessaire, et cela lui suffit. »

Si cela suffit, c'est très-bien. Mais à qui donc cela suffit-il ? Je crois qu'il doit y avoir une amphibologie : un membre de phrase oublié.

M. Hérard aura voulu dire que l'inspecteur pouvait n'être ni honorable ni capable, mais qu'il était toujours couvert par la présomption résultant du titre officiel : que cela lui était nécessaire et lui suffisait, pour l'emporter sur des confrères plus honorables et plus instruits, sur ces médecins distingués et consciencieux qui ne manqueront pas.

Cela lui suffit pour attirer à lui les malades, c'est entendu. Mais, certes, cela ne suffit pas aux malades pour qu'ils guérissent.

M. Hérard ne prouve-t-il pas lui-même, à la même page de son rapport, que jamais le mode de nomination des inspecteurs n'a présenté de suffisantes garanties ?

Voici comment il juge le mode direct de nomination par le ministre de l'intérieur, ou par les préfets, ou par le ministre de l'agriculture et du commerce :

« Ce mode de nomination était mauvais. C'était faire une part trop large à la faveur, à l'intrigue, aux influences politiques, électorales ou autres. »

Pauvres malades !

Voici maintenant ce qu'il objecte à la présentation préalable des candidats par le comité consultatif d'hygiène publique :

« Malheureusement, le comité d'hygiène n'est qu'un comité consultatif, et dans lequel l'élément médical compétent est en minorité. Or, il est arrivé plus d'une fois, ou bien que les nominations ont été faites en dehors du comité, ou bien que le ministre n'a pas choisi le candidat présenté en première ligne, ou encore qu'il a exercé sur le comité, en faveur d'un candidat agréable, une pression fâcheuse. »

Pauvres malades !

M. Hérard serait donc conduit par la force de la logique à abandonner les inspecteurs, si pour les sauver il n'avait son plan.

Voyons ce plan.

Il s'agit d'en faire un corps constitué et hiérarchisé, avec avancement administratif, comme ces bons médecins d'Égypte assimilés aux officiers de l'armée, et si occupés à gagner de nouveaux grades par la correspondance avec les supérieurs, la statistique, les rapports, etc., que, lors du choléra de 1865, l'un d'eux me disait n'avoir pas eu le temps de soigner ou d'observer un seul malade.

En effet, j'allais oublier un des grands motifs allégués pour conserver les inspecteurs : on attend d'eux des rapports et des statistiques.

Le plan de M. Hérard mérite donc bien qu'on s'en occupe, et c'est ce que nous ferons dans un prochain article.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU D'ANGERS. — M. Farget.

Observation d'épilepsie traumatique périphérique.

(Recueillie par le docteur Brioud, ancien interne des hôpitaux de Paris.)

Le nommé R... (Jean), âgé de 19 ans, marin, est entré le 18 juin 1872, salle de la clinique, n° 1, de l'Hôtel-Dieu d'Angers, service de M. le docteur Farget, directeur de l'École de médecine.

Son père est marin ; il se porte très-bien, n'a jamais eu aucune maladie digne d'être notée. Il en est de même de sa mère. C'est en vain que j'interroge R... Jean pour lui demander si ses parents ou quelques autres de ses ascendants ont eu quelques attaques nerveuses, soit d'épilepsie, d'hystérie, tremblements, soit de convulsions quelconques ; il m'affirme, avec une grande netteté, avec intelligence, que ni lui, ni aucun des siens, n'a éprouvé la plus petite attaque de nerfs.

Il a un frère, âgé de 24 ans, qui jouit de la meilleure santé.

Quant à lui, avant l'âge de 9 ans, il se rappelle avoir eu la rougeole et la coqueluche.

Au commencement de sa dixième année, il s'engage sur un navire marchand, navigue pendant deux ans le long des côtes de France ; il est, comme on le comprend, pendant tout ce temps très-exposé au froid.

A 12 ans, il apprend l'état de charpentier. A 16 ans, il s'embarque de nouveau comme novice sur un navire marchand, et recommence ses premiers voyages jusqu'à l'âge de 17 ans 1/2.

Nous sommes en 1870, au commencement de la dernière guerre ; il s'engage dans un bataillon de marins (5e bataillon de Brest). Il combat à Marchenoir. Il supporte alors toutes les rigueurs du froid le plus rigoureux, couche sur la neige. Il commence à ressentir pour la première fois de véritables douleurs rhumatismales.

Bientôt il assiste à la bataille du Mans, où il est blessé par plusieurs éclats d'obus (9 janvier 1871). Ces blessures, dont il conserve encore de vastes cicatrices, siégent, des deux côtés, au niveau de la région fessière. A gauche, on voit encore une cicatrice, longue de 10 centimètres et large de 7 environ, un peu au-dessous et en arrière du grand trochanter, au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne ; une autre, plus en arrière et un peu plus haut, un peu au-dessus de la tubérosité de l'ischion, environ moitié moins grande.

Les deux cicatrices représentent l'ouverture d'entrée et de sortie, le projectile ayant donné lieu à un véritable séton.

Du côté droit, on trouve également deux cicatrices, l'une située, comme celle du côté gauche, au niveau de la gouttière ischio-trochantérienne, en arrière du grand trochanter, ayant intéressé nécessairement le nerf sciatique ; l'autre cicatrice est située plus haut, un peu au-dessous de l'articulation sacro-iliaque. On a eu également affaire à un séton déterminé par le projectile.

Ce qu'il y a surtout à remarquer, ce sont les plaies des gouttières ischio trochantériennes, donnant lieu aux cicatrices actuelles et ayant manifestement lésé les deux nerfs sciatiques.

On le transporte au prytanée de la Flèche ; de là à Bazouges, chez M. de la Bouillerie.

Les jambes sont complétement insensibles ; elles étaient comme mortes, dit-il.

Au mois de mars, il est renvoyé vers son dépôt, à Brest ; là il est soigné à l'infirmerie ; toujours insensibilité des membres inférieurs.

Au bout de trois semaines, il entre à l'hôpital de Lorient, où il reste jusqu'au mois de septembre. (Bains sulfureux.)

Il est renvoyé le 2 septembre à Baréges ; il est soumis au traitement par des douches, bains sulfureux ; il commence à marcher un peu, la sensibilité revient, mais imparfaite.

Le 20 septembre, quelques minutes après l'administration d'une douche, il est pris subitement d'une véritable attaque d'épilepsie, qui ne laisse aucun doute dans l'esprit des médecins qui le soignent : perte de connaissance, convulsions, écume à la bouche, etc.

On le dirige sur Tarbes, où il ne reste que quelques jours ; il rentre à Lorient et reste à l'hôpital jusqu'au 20 décembre. (Traitement : éther, sulfate de quinine ; il ne se rappelle que ces deux médicaments.)

Pendant ce temps-là et depuis son départ de Baréges, tantôt il a jusqu'à cinq attaques par jour (mois d'octobre), tantôt il a une attaque tous les jours ou tous les deux jours (mois de novembre), puis les attaques deviennent plus rares (mois de décembre).

Il reçoit alors son congé et une pension et se retire à Lyon, chez M. T..., chez qui il vit pendant deux mois.

Aucune attaque pendant ce temps.

Il entre chez M. D..., cordier, où il travaille. Il a deux attaques : l'une au mois de mai, l'autre le 11 juin.

Il entre le 18 à l'hôpital d'Angers, pour une congestion pulmonaire, suite de froid, et étrangère à sa maladie.

Réflexion. — Cette observation est extrêmement remarquable ; elle confirme tout ce que j'ai déjà publié touchant l'épilepsie traumatique périphérique, soit dans la *Gazette des Hôpitaux*, soit dans ma thèse.

Je ferai remarquer que dans cette observation, comme dans la précédente, trois conditions importantes me frappent dans le développement de l'épilepsie par traumatisme :

1° L'âge du sujet : l'un a 16 ans, l'autre 21 ans, un troisième 23 ans ; enfin, celui qui fait le sujet de cette observation a 19 ans ;

2° La coïncidence d'antécédents rhumatismaux, ou des signes non équivoques de rhumatisme acquis ;

3° Dans tous les cas, la maladie ne se développe que quelques moins après l'accident.

Ainsi donc, d'après mes observations présentes, d'après celle que je cite, il semblerait que chez l'homme le traumatisme a d'autant plus de chances de provoquer l'épilepsie que le sujet est jeune, qu'il est sous l'influence de la diathèse rhumatismale.

Dans le cas actuel, l'attaque est survenue huit mois et onze jours après l'accident. Dans mes autres observations, c'est une année après (1re observation), dix mois après (2e observation), cinq mois (3e observation).

Personne ne peut nier l'influence du traumatisme et probablement de la contusion ou de la déchirure des nerfs sciatiques, confirmée d'une part par le siége des cicatrices, de l'autre par la paraplégie consécutive qui a suivi. Avec la meilleure volonté du monde, on ne peut trouver aucun antécédent nerveux, aucun signe de vertige, de convulsion dans la jeunesse du sujet, pouvant être expliqué par la simple frayeur.

Dira-t-on, comme quelques-uns l'ont affirmé, que tous ces exemples ne doivent être rapportés qu'à des épilepsies par masturbation ?

Bien que j'accepte parfaitement l'influence de cette cause, ne serait-il pas étrange de voir l'épilepsie se développer chez un sujet à une époque où cette passion avait des raisons pour disparaître plutôt que pour augmenter ?

Du reste, je pourrais dire que le sujet, interrogé, a nié toute habitude semblable. Et si la masturbation est la seule cause,

pourquoi la maladie ne s'est-elle pas développée à une époque où il y aurait eu des raisons beaucoup plus puissantes de croire à une pareille habitude?

Faut-il admettre que notre sujet ait été tellement effrayé en recevant une douche, que cette frayeur ait donné lieu immédiatement à l'attaque?

Mais pourquoi les premières douches n'avaient-elles rien produit?

Non, il est impossible de nier l'influence du traumatisme en ce cas nouveau, et la douche n'a pu faire que réveiller l'excitation de la moelle, développée depuis le jour de la blessure et n'attendant que la cause la plus légère pour se manifester.

L'excitation de la douche a agi absolument comme l'excitation que Brown-Sequard produit, au niveau de la zone épileptogène, sur les sujets qu'il a préalablement préparés, soit par la section de certains points de la moelle ou du nerf sciatique.

Pour toutes ces considérations, je pense que le nommé H... (Jean) offre un frappant exemple d'épilepsie traumatique périphérique.

ACTION COMBINÉE DE LA MORPHINE ET DU CHLOROFORME

Note de M. Guibert, présentée à l'Institut (séance du 18 mars 1872) par M. Claude Bernard.

MM. Labbé et Goujon, dans leur communication du 26 février dernier, sur l'action combinée de la morphine et du chloroforme, ont rapporté, en faisant l'historique de la question, une note que j'avais laissée à M. Labbé en octobre 1871, note trop concise pour donner une idée des résultats pratiques que j'ai obtenus. Je crois donc le moment venu de les faire connaître.

Guidé par les expériences de M. Cl. Bernard et par les conseils donnés dans ses leçons faites au collége de France, j'ai entrepris, depuis deux ans, d'utiliser chez l'homme cette association de la morphine et du chloroforme.

J'en ai obtenu deux états bien distincts, qui ne sont que deux degrés d'action du chloroforme chez le sujet préalablement soumis à l'influence de la morphine : 1° l'analgésie, 2° l'anesthésie.

1° *Analgésie.* — Le sujet ayant subi une injection hypodermique de 1 à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, le premier effet des inhalations de chloroforme, employé suivant la méthode ordinaire, est de produire un état d'analgésie avec conservation de l'intelligence des sens et du mouvement volontaire.

Cet état suffit dans la pratique des accouchements et des opérations de petite chirurgie pour émousser très-notablement la sensibilité à la douleur.

2° *Anesthésie.* — Quand on prolonge suffisamment et sans interruption les inhalations de chloroforme, on obtient le sommeil avec anesthésie et résolution des muscles, état si précieux pour les grandes opérations, et que M. Cl. Bernard a désigné sous le nom d'*anesthésie mixte*.

La plupart des faits que j'ai recueillis concernent le premier de ces états, l'analgésie, état qui n'a pas encore été décrit et n'a point été l'objet d'applications thérapeutiques. Mes observations, au nombre d'une trentaine au moins, dont quinze relatives à des accouchements, me paraissent démontrer que cet état d'analgésie pourra rendre de grands services dans la pratique des accouchements laborieux, dans celle des opérations sans lésions des troncs nerveux, et dans le traitement d'affections très-douloureuses, telles que les coliques de plomb, les coliques hépatiques et néphrétiques. La dose de morphine a varié de 1 à 2 centigrammes. Il est plus difficile de préciser la dose du chloroforme employé, à cause de l'évaporation. Ce qui prouve qu'elle est relativement faible, c'est qu'il a suffi à un malade atteint de violentes coliques de plomb, pour maintenir l'état analgésique pendant plusieurs heures, de respirer le chloroforme au-dessus d'un flacon débouché et seulement par intervalles.

C'est surtout pour les accouchements laborieux que l'analgésie me paraît appelée à entrer dans la pratique usuelle. Elle atténue très notablement la douleur, et peut être continuée plusieurs heures sans faire courir à la mère aucun danger, sans nuire à la santé de l'enfant, sans modifier notablement les contractions régulières de l'utérus, sans prédisposer aux hémorrhagies, suite de couches.

Voici comment je procède dans les accouchements : Je pratique à l'avant-bras l'injection sous-cutanée d'environ *un* centigramme de chlorhydrate de morphine, au moment où la femme commence à supporter difficilement les douleurs des contractions utérines et où je vois survenir de l'agitation avec anxiété et découragement. Un quart d'heure environ après l'injection, je commence l'inhalation du chloroforme par la méthode ordinaire, au moment même où la femme m'annonce l'arrivée d'une contraction utérine. Dès que la femme a fait une dizaine d'inspirations d'air chargé de vapeurs de chloroforme, elle sent que la douleur de la contraction, au lieu d'aller en augmentant, se calme, bien que la contraction continue. Je suspends l'inhalation dès que la contraction s'arrête, et je continue ainsi pendant toute la durée du travail en ne faisant respirer le chloroforme que pendant le temps des contractions.

On voit alors succéder à l'agitation, à l'anxiété, au découragement, un état de calme, de bien-être, de quiétude qui contraste avec le précédent et dont la femme vous témoigne la plus vive reconnaissance. Quand la tête est sur le périnée, que l'on prévoit l'arrivée prochaine des grandes douleurs et que l'analgésie devient moins prononcée, il ne faut pas craindre de recourir à une nouvelle injection hypodermique d'un *demi*-centigramme de morphine, qui suffira, en s'ajoutant à la première dose, pour rendre supportables, parfois même presque nulles, les atroces douleurs du passage de la tête.

L'analgésie atténue sensiblement l'état de fatigue extrême qui suit les accouchements laborieux.

J'ai recueilli une observation de version pelvienne pratiquée, pour une présentation du tronc, plus de seize heures après l'écoulement des eaux, et exécutée avec la plus grande facilité sous l'influence de l'état analgésique, sans que la mère, qui continuait à répondre aux questions qu'on lui adressait, poussât un seul cri, une seule plainte. L'action combinée de la morphine et du chloroforme avait complétement dissipé la contracture ou rétraction de la matrice qui, dans ces conditions, rend la version si difficile pour l'accouchement et si douloureuse pour la mère.

Cet état d'analgésie m'a paru jusqu'ici assez facile à maintenir sans amener d'anesthésie, pourvu que les inhalations de chloroforme soient assez fréquemment interrompues.

Dans une observation d'anesthésie mixte, obtenue pour une amputation du sein, j'ai constaté un ralentissement considérable du pouls qui, de 100 pulsations est tombé progressivement à 54. Sans doute la vie de la malade n'a couru aucun danger sérieux. L'observation n'en démontre pas moins, sur la circulation, une action très-remarquable contre laquelle il conviendra de se mettre en garde. Une demi-heure après la cessation de l'inhalation, le pouls était remonté lentement à 80 pulsations.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

Discussion sur l'erysipèle.

M. Verneuil. En appelant l'attention sur les érysipèles qui arrivent après la blessure des tissus enflammés et par suite de l'absorp-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

tion de matières septiques de la plaie, érysipèles précoces, érysipèles par auto-inoculation, j'avais fait remarquer incidemment que la même cause produisait tantôt une lymphangite, tantôt un érysipèle, et que ces deux formes morbides étaient voisines, analogues et le plus souvent impossibles à distinguer. La première partie de ma communication n'est pas contestée, c'est la seconde que je viens discuter. Je maintiens absolument l'impossibilité du diagnostic différentiel dans beaucoup de cas, car, cliniquement, on voit des lésions qu'on diagnostique un érysipèle un jour, et qui, le lendemain, sont une angioleucite, et réciproquement.

Ce rapprochement a été contesté, et c'est en sa faveur que je viens plaider.

Et d'abord, il est constant que l'inflammation se developpe dans les ganglions, les troncs et les réseaux lymphatiques dans les trois départements du système lymphatique.

Il y a des adénites seules, des lymphangites des troncs seules, et des réseaux seuls. Les inflammations peuvent être isolées, mais leur combinaison et leur association est infiniment plus commune. La lymphangite des gros troncs provoque presque toujours une adénite falymphangite des réseaux et s'accompagne toujours d'adénite et très-souvent d'angioleucite des gros troncs. On retrouve les trois éléments de la triade quand on les cherche, et ils sont plus ou moins évidents. La lymphangite intermédiaire entre une petite piqûre et une adénite peut manquer. Il se passe là ce que l'on a désigné sous le nom de bubon d'emblée pour la vérole, et ce que l'on voit pour les piqûres anatomiques suivies de bubon axillaire sans lymphangite intermédiaire.

Les trois affections du système lymphatique reconnaissent des causes locales, une plaie récente ou ancienne et l'absorption de produits septiques ou d'un produit inflammatoire; des causes générales, le séjour dans un milieu infecté et un état cachectique. La lymphangite des troncs et des réseaux surtout se développent dans ces conditions. Toutes deux sont accompagnées de phénomènes généraux : frissons, élévation brusque de la température (40°). Mais dans la lymphangite des troncs, ces phénomènes sont peut-être un peu plus fugaces que dans celle des réseaux.

Ces affections présentent une forme légère et une forme grave. La lymphangite des troncs caractérisés par des traînées roses, comme la lymphangite des réseaux, caractérisées par des plaques, se propagent en ligne droite au ganglion. Leur durée peut être également courte (quatre à cinq jours). Il y a une forme grave commune, l'inflammation phlegmoneuse des réseaux des troncs et des ganglions. Dans des cas communs, les rougeurs sont centrifuges et retournent aux membres, par exemple, vers leurs extrémités; elles s'étendent latéralement et marchent par poussées successives. J'ai été surpris d'entendre dire ici le contraire. La gravité de la lymplangite des troncs est aussi incontestable que celle des réseaux, et jusqu'à la mort inclusivement, des complications communes peuvent être observées.

L'érysipèle est une inflammation du système lymphatique. C'est, si l'on veut, une quatrième forme qui ne diffère guère de la troisième forme, la lymphangite des réseaux. Il n'y a que de fort petites différences dont on a grossi l'importance. Le mal est localisé très-probablement dans les lymphatiques. Je sais bien qu'il n'y a pas de démonstration absolue du fait, mais, pour sûr, ce ne sont pas les petits vaisseaux sanguins qui en sont le siége, car il est aujourd'hui démontré que l'inflammation n'est pas dans les vaisseaux.

J'ai entendu une singulière assertion. On nie la lymphangite réticulaire, parce les capillaires lymphatiques n'ont pas de *vasa vasorum* et qu'ils ne peuvent être le siége de la rougeur. Mais la rougeur n'est pas dans le point primitivement enflammé. Cette rougeur est produite par la congestion de la peau. C'est une sphère d'inflammation autour du tissu primitivement malade. Il y a d'ailleurs une preuve indirecte qui prouve que l'érysipèle est localisé dans les lymphatiques. C'est l'adénite correspondante qui est ordinaire. C'est la lymphangite des troncs qui n'est pas rare, et, sous ce rapport, il y a similitude complète entre la lymphangite réticulaire et l'érysipèle.

A-t-on d'ailleurs des éléments d'une distinction radicale? Le bourrelet périphérique, la teinte jaune, l'éruption phlycténoïde ne sont point constants dans l'érysipèle; ils manquent dans plusieurs régions, et même, sur un même sujet, tous les points atteints d'érysipèle ne les présentent pas. Il y a des cas où il est impossible de dire s'il y a érysipèle ou lymphangite. Il est des malades sur lesquels je voudrais qu'on me montrât la distinction.

Dans les causes des deux affections, je trouve qu'il faut une plaie pour l'érysipèle comme pour les lymphangites; que des milieux malsains, un état cachectique y prédisposent, et que, dans de telles conditions, il arrive tantôt l'une, tantôt l'autre affection. Il n'y a pas de prédisposition marquée pour l'une ou pour l'autre.

Les phénomènes généraux de début sont cliniquement les mêmes, car on voit une rougeur de départ qui aujourd'hui est de l'érysipèle et le surlendemain de la lymphangite. La maladie change, mais, dès le début, on a pu reconnaître que le même type dominait.

Dans la marche de l'inflammation, il n'y a pas de notable différence. La propagation rectiligne et centripète n'est plus la règle, dit-on, dans l'érysipèle; mais l'érysipèle, cela n'est pas extraordinaire, se propage, au contraire, de la sorte dans des cas très-significatifs; puis si l'érysipèle se propage par plaques, par extension collatérale et est centrifuge, la lymphangite se propage aussi un bon nombre de fois de la même manière, et je ne vois, pour expliquer cette marche, qu'une hypothèse rationnelle, celle de M. Després : l'obstacle au cours de la lymphe, la rétention de la lymphe viciée dans les réseaux et son voyage par des voies détournées pour rejoindre des ganglions libres. C'est ainsi qu'on conçoit la marche irrégulière des érysipèles et quelquefois la limitation nette d'un érysipèle et d'une lymphangite au moment où ils arrivent à la racine du membre, comme j'en ai vu un exemple à la suite d'un érysipèle survenu autour de la plaie d'un abcès drainé. C'est encore par cette théorie que s'explique ce fait d'une malade ayant une petite plaie à la poitrine, qui eut une lymphangite transformée le lendemain en une plaque érysipélateuse, et chez laquelle une autre plaque d'érysipèle apparut sur l'omoplate et rejoignit la première, dans l'aisselle.

Citerai-je encore l'érysipèle ambulant, que nous ne voyons jamais passer d'un côté du corps à l'autre, sans qu'il traverse la ligne médiane, et je dois dire en passant que cet érysipèle ambulant, d'une durée parfois illimitée, est une des preuves les plus fortes contre l'assimilation de l'érysipèle à une fièvre éruptive, opinion qui d'ailleurs ne se soutient plus.

Les formes de la lymphangite réticulaire et de l'érysipèle ne permettent pas d'établir de différences entre les deux affections; il y a des formes bénignes; des malades se promènent avec des plaques d'érysipèle petites comme avec des lymphangites. Les lymphangites, comme des érysipèles, sont l'occasion de la formation du pus; enfin, il y a des lymphangites et des érysipèles inflammatoires et septiques. On ne peut, ni pour l'une ni pour l'autre maladie (et je pourrais discuter la question), établir la séparation exacte entre l'élément pyrogène et l'élément phlogogène.

D'après tout ce que je viens de dire, je ne trouve point de distinction radicale entre l'érysipèle et les lymphangites. Je relègue de petites différences pour mettre en relief les grandes similitudes tirées de la pathologie et de la pathogénie des deux maladies. Il ressort de ces comparaisons une conception plus conforme aux faits et à la clinique, et une utilité pratique incontestable.

Il me reste à parler de la nature de l'érysipèle. Au préalable, je dirai d'abord qu'on ne tire pas la nature d'une maladie de sa localisation. Tout en reconnaissant que le mal est, selon toute apparence d'abord, dans les lymphatiques capillaires, je dirai que l'érysipèle peut être une toxémie; que, dans d'autres cas, c'est une inflammation avec toxémie. J'admets l'empoisonnement du sang, mais pas comme celui qui existe dans la variole, la rougeole et la scarlatine; c'est dire que je repousse l'assimilation de l'érysipèle à une fièvre éruptive; ai-je besoin de rappeler le fait des récidives rapprochées

d'érysipèle, et cette considération capitale que l'érysipèle n'est jamais général d'emblée, comme les fièvres éruptives? On me dit : Et les phénomènes généraux précurseurs? A cela, je réponds qu'il y a une erreur d'interprétation. L'inflammation de la plaie qui cause l'érysipèle existe toujours avant les phénomènes précurseurs, et si on ne la trouve pas, c'est qu'on ne la cherche point ou qu'elle est déjà guérie.

Pour ce qui est de l'étiologie de l'érysipèle, M. Després attribue les érysipèles à de mauvais pansements. Oui, un bon pansement préviendra beaucoup d'érysipèles, à moins qu'on ne place les malades dans un milieu toxique. Si le pansement bien fait empêche l'érysipèle, c'est parce que la plaie est mise à l'abri du contact de matières septiques, ou qu'il prévient l'inflammation; mais peut-on toujours faire un bon pansement? Voilà la question. Les plaies anfractueuses ne peuvent être rigoureusement pansées également dans tous les points. L'étiologie tirée du mauvais pansement ne s'applique qu'aux érysipèles développées autour d'un traumatisme, mais on ne peut invoquer cette raison pour l'érysipèle qui provient de l'herpès guttural, pour celui qui apparaît autour d'une écorchure, recouverte d'une petite croûte. L'influence du froid, comme l'a dit M. Trélat, est plus puissante dans ces cas, et j'en ai vu des exemples : les écarts de régime et les émotions morales sont encore des causes qui ont été signalées et dont l'efficacité est, à mes yeux, incontestable. Mais le pansement a une grande valeur. Voici, à cet égard, un exemple récent. J'avais opéré une femme d'une hernie étranglée ; je la pansais d'abord avec de la charpie imbibée d'eau alcoolisée. J'allais voir cette femme avant d'aller à l'hôpital; je n'ai donc pu lui porter l'érysipèle. Dimanche dernier elle a eu un érysipèle, et j'ai appris que, le samedi, le médecin qui la pansait avait fait le pansement avec un linge cératé.

La pathogénie de l'érysipèle offre des obscurités. M. Després dit que les liquides putrides des plaies dissolvent des bouchons de lymphe qui oblitèrent les lymphatiques, et que l'absorption des liquides des plaies peut être absorbée. Mais nous ne savons pas exactement ce qui bouche les lymphatiques blessés; nous savons bien, il est vrai, que les trombus qui oblitèrent les veines dans les plaies peuvent se dissoudre à un certain moment, et que l'absorption peut avoir lieu, mais ce n'est là qu'une p[illegible] analogie et on peut dire seulement que la chose est vraisemblable pour les lymphatiques.

L'épidémicité et la contagion ne se démontrent pas, elles se voient. On a apporté un malade atteint d'érysipèle dans nos salles, et on voit apparaître d'autres érysipèles. A Saint-Louis, j'ai vu le fait : un érysipèle arriva chez un malade du bout de la salle, et il y eut successivement dans les autres lits des érysipèles. La contagion se voit, et il n'y a pas plus de démonstration à donner que pour la contagion de la variole.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Rapport de la commission chargée de l'étude de la loi de 1838 *sur les aliénés.*

Parmi les problèmes sociaux qui s'imposent à l'attention des philosophes, des savants, des moralistes, des législateurs, il n'en est pas peut-être de plus élevés et de plus graves que ceux que soulève l'étude de la folie, cette maladie funeste qui, frappant l'homme dans son intelligence, presque toujours au moment de sa vie où il est le plus actif et le plus utile, l'arrache à la société, à la famille, aux affaires, et le rend étranger à lui-même et à tout ce qui l'entoure. (*Alienus* — étranger.)

Objet d'une sorte de culte superstitieux dans les pays primitifs que la civilisation n'a pas encore éclairés, objet d'une pieuse commisération pour tous les hommes instruits qui ne voient en elle qu'une infirmité d'autant plus digne de pitié qu'elle s'ignore elle-même, l'aliénation mentale doit être, chez les peuples modernes et civilisés, l'objet de mesures protectrices qui ne s'adressent pas seulement au malade lui-même, mais qui s'étendent aussi à sa famille et à la société tout entière.

En France, c'est la loi du 30 juin 1838 qui a été chargée de remplir ce but. Inspirée par l'esprit le plus pur de charité et de justice, réalisant un progrès immense sur ce qui l'avait précédée, cette loi aurait dû, partout, être considérée comme un bienfait. Elle devrait surtout être l'objet d'une sympathie générale, aujourd'hui qu'une pratique déjà ancienne permet d'apprécier les services importants qu'elle a rendus et de mesurer ceux qu'elle doit rendre encore.

Et cependant, depuis quelques années, nous assistons à l'étrange spectacle des accusations les plus passionnées dirigées contre cette loi, contre les établissements qu'elle régit, contre les médecins qui sont chargés de l'appliquer.

On sait quelle a été la violence de ces attaques; on comprend à la rigueur celles qui s'expliquent par la rancune d'anciens aliénés sortis incomplétement guéris des asiles où ils avaient été traités. Mais ce que l'on comprend moins, c'est qu'il se soit trouvé tant de gens prêts à se déclarer, sans examen, les adversaires acharnés d'institutions qu'ils ne connaissent pas et qu'ils ne veulent pas même se donner la peine d'étudier ; raison de plus sans doute pour traiter avec autorité et trancher d'un ton péremptoire des problèmes dont ils ignorent tous les éléments.

On sait encore que les médecins aliénistes, si violemment attaqués, n'ont pas failli au devoir qui leur incombait de défendre l'honneur professionnel et de réfuter les attaques injustes dont ils étaient l'objet. Mais, en se défendant, ils ont voulu rester médecins et hommes de science ; ils n'ont jamais voulu entrer en polémique publique avec ceux qui avaient été et qui pouvaient redevenir leurs malades ; c'est surtout devant leurs confrères réunis qu'ils ont tenu à rétablir les faits dans leur exactitude. Ces débats ont eu leur retentissement jusque dans le sein de la Société, et elle se rappelle avec quelle faveur elle a accueilli les légitimes revendications qui se sont produites devant elle.

Une question aussi vivement discutée devant l'opinion devait attirer l'attention d[illegible]nement chargea une commission supérieure de l'éclairer de ses lumières et de lui soumettre, sous forme de projet de loi, le résultat de ses études ; plus tard, certains députés profitèrent de l'initiative parlementaire qui venait de leur être rendue pour élaborer des projets de réforme. On pouvait donc considérer comme prochain le moment où la question allait être solennellement posée devant les grands corps de l'État et recevrait une solution pratique.

Il n'est pas nécessaire de dire comment tant de choses qui paraissaient imminentes il y a dix-huit mois, peuvent aujourd'hui sembler indéfiniment ajournées. Cependant la question des aliénés ne paraît pas destinée à rester dans l'oubli. Déjà les attaques renaissent, et elles prennent même, pour égarer l'opinion et propager l'erreur, des formes auxquelles elles n'avaient pas encore eu recours.

Ce n'est donc pas, pour le corps médical, le moment de laisser le champ libre à ses calomniateurs, et il ne doit pas se fatiguer de défendre la cause de la vérité.

Les Sociétés médicales surtout peuvent ici faire sentir le poids de leur autorité collective; dégagées de toute vue personnelle, de tout intérêt exclusif, elles ne peuvent être soupçonnées d'avoir d'autre mobile que l'amour du vrai et du juste, d'autre but que le bien public. Déjà plusieurs d'entre elles ont élevé la voix et fait hautement connaître leur sentiment ; par une initiative qui les honore, elles se sont spontanément donné le mandat de chercher à diriger l'opinion dans une question qui intéresse à un si haut degré l'honneur des familles et la sécurité des citoyens.

Dans un pareil concours de circonstances, la Société de médecine de Paris ne devait pas garder le silence. Elle est la plus ancienne des sociétés médicales de cette ville; elle est restée l'une des plus importantes ; elle n'a jamais cessé de suivre avec intérêt la discus-

sion relative aux aliénés; parmi ses membres, il en est plusieurs qui se sont voués au traitement des maladies mentales. Elle réunit donc toutes les conditions désirables d'autorité et de compétence, et son opinion peut prétendre à exercer une légitime influence. Sa voix fût-elle même méconnue, qu'il lui resterait encore le sentiment d'avoir accompli un devoir.

Rien de plus naturel, par conséquent, ni de plus fondé que la résolution qu'elle a prise, dans sa séance du 1er juillet 1870, d'adresser aux autorités compétentes un résumé de ses opinions sur la législation relative aux aliénés. Rien, par contre, de plus sérieux et de plus délicat que la rédaction d'un pareil travail, dont le retard s'explique trop par les circonstances, pour avoir besoin d'être excusé.

La Société n'a pas pensé qu'il fût nécessaire de reproduire en détail la trop longue série des accusations portées contre le régime actuel des aliénés. Ce n'est pas à des violences qu'il s'agit de répondre ici; elle devait se contenter de rechercher si, parmi tant d'attaques, il ne se rencontrait pas quelques arguments sérieux, méritant d'être discutés avec calme et impartialité : c'est ce qu'elle a cherché à faire.

Elle n'a pas voulu non plus discuter un à un tous les cas de folie qui ont été l'objet de contestations, et justifier, pour chacun d'eux, par le récit exact des faits, les mesures qui avaient été adoptées; l'honneur professionnel est partout sorti victorieux des attaques dirigées contre lui, et il n'est pas nécessaire de rappeler en détail les luttes qu'il a soutenues : ce serait, pour chaque fait en particulier, proclamer le juste triomphe de l'honnêteté, de la droiture, sur le mensonge ou le parti pris.

C'est d'un point de vue plus général et plus élevé qu'elle a cru devoir embrasser son sujet; elle a voulu mettre tous les esprits impartiaux à même de se faire une juste idée de la loi du 30 juin 1838, en disant ce qu'elle a institué et ce qu'elle a remplacé; en montrant les résultats pratiques de son application; en discutant les reproches qui lui ont été adressés, et en recherchant enfin si elle est susceptible d'être modifiée avantageusement.

Tel est le cadre qu'elle s'efforcera de remplir le plus succinctement :

De l'esprit de la loi du 30 juin 1838;

De l'application de cette loi;

Des reproches qui lui ont été adressés;

Des modifications dont elle pourrait être l'objet.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

ASSEMBLÉE NATIONALE

Rapport sommaire fait au nom de la 7e commission d'initiative parlementaire sur la proposition de MM. Le Royer, Ducarre, Flottard et plusieurs de leurs collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine et d'une école supérieure de pharmacie dans la ville de Lyon, par M. Francisque Rive, membre de l'Assemblée nationale.

Messieurs, la Faculté de médecine de Strasbourg, placée sur la frontière, avait pris, dans le monde savant, une position internationale; elle propageait en France les découvertes de la science allemande. — Elle avait attiré l'attention par la valeur de son enseignement, en imprimant aux études une direction pratique, et se partageait, inégalement il est vrai, les élèves en médecine avec Montpellier, qui répond aux besoins du Midi, et avec Paris, dont les ressources incomparables rayonnent sur la France tout entière.

Les malheurs inouïs de la guerre nous ont enlevé cette Faculté, et l'Allemagne vient d'ouvrir, avec une grande solennité, en y conviant ses savants les plus distingués, la nouvelle université allemande dont, par les prérogatives données à ses membres, le nombre des professeurs éminents qu'elle y attire par des avantages vraiment magnifiques et inconnus dans notre enseignement national elle a la ferme volonté de faire un foyer scientifique d'une redoutable importance.

La France doit être attentive à ne pas amener de décadence dans l'enseignement de la médecine. Dans d'aussi graves circonstances, le devoir qui s'impose à l'Assemblée n'est pas de se préoccuper d'établir une Faculté dans l'intérêt de telle ou telle ville, mais de créer un centre important d'étude qui puisse heureusement rivaliser avec celui que les Allemands fondent sur notre propre territoire que nous avons si douloureusement perdu.

C'est vers la ville la plus voisine de Strasbourg que les regards du Gouvernement se sont d'abord portés.

Des considérations politiques ont fait penser qu'à Nancy, près des Vosges, presque sur la nouvelle frontière, la vieille école de Strasbourg, reculant de 50 lieues, suivant les expressions d'un honorable professeur qui y était attaché, conservant son personnel, ses traditions, rappelant les élèves dont le cœur a gardé le souvenir de la science française, maintiendrait peut-être sa situation. L'Alsace et la Lorraine retrouveraient alors leur foyer scientifique et verraient encore prospérer à leur porte une institution qui leur a été chère.

C'est dans cet ordre d'idées que s'est placé le Gouvernement et l'Assemblée, en maintenant au budget de 1872 le crédit de 162,000 fr. alloué pour la translation à Nancy de la Faculté de médecine et de l'école de pharmacie de Strasbourg.

Qu'on essaye de grouper, dans la capitale de la Lorraine, la jeunesse de cette région, c'est assurément une excellente et patriotique pensée. — Si Nancy peut être une avant-garde, une sentinelle avancée, peut-il être davantage?

Offre-t-il, au point de vue des hôpitaux, des richesses suffisantes?

Nancy, dont le rayon d'attraction est borné, aurait-il autant d'élèves que Strasbourg?

Un grand nombre de nos collègues ne l'on pas pensé, car ils ont déposé la proposition suivante :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon est supprimée.

Art. 2. Il est créé à Lyon une Faculté de médecine et une École supérieure de pharmacie, à la charge par la ville de Lyon de fournir l'installation jugée nécessaire par M. le ministre de l'instruction publique.

Et, de son côté, M. le ministre de l'instruction publique a demandé un crédit de 92,000 fr. au budget de 1872. Mais comme le projet de loi confié à notre examen était déjà déposé, la commission et le ministre ont, d'un commun accord, ajourné la question financière au moment de cette discussion.

La création d'une Faculté de médecine, à Lyon, est une idée ancienne, déjà bien souvent agitée.

En effet, sous la restauration, Royer-Collard avait dit que, hors le siége du Gouvernement, Lyon, avec ses ressources infinies, devait jouir de tous les établissements que possède la capitale.

En 1837, le savant Orfila : Si l'on veut créer une Faculté de médecine à Lyon, on y trouvera tous les éléments nécessaires.

Cette Faculté a été plusieurs fois promise par le Gouvernement dès 1841, et reconnue nécessaire en 1847 dans la discussion à la Chambre des pairs sur l'organisation des Écoles secondaires de médecine.

Toutes ces choses donnent à cette question un caractère sérieux qui appelle sur tous ses aspects un examen attentif.

En effet, l'extension de la cité, l'accroissement de la population, le développement de son activité intellectuelle, le nombre des jeunes gens des départements voisins, dont Lyon est le centre, qui embrassent la carrière médicale, permettent de créer un laborieux foyer scientifique où l'activité, trop concentrée à Paris, trouverait, pour se développer, des éléments considérables et un vaste champ d'action.

A Paris, dont les ressources merveilleuses, la célébrité des professeurs attirent tant d'élèves venus de l'univers entier, les amphithéâtres sont encombrés, et les travaux de dissection devenus difficiles.

L'École de Paris comptait, en 1847, 800 étudiants, et les deux autres Facultés 200.

Depuis, le nombre des étudiants en médecine a beaucoup augmenté, et la répartition entre les deux Facultés n'a pas changé de proportion.

Cette agglomération n'est-elle pas excessive, et ne serait-ce pas l'heure de faire un pas vers la décentralisation scientifique?

La pensée d'établir un certain nombre de Facultés régionales pourrait être féconde, car il est évident que, sans rappeler des avantages d'une autre nature, les centres d'étude multipliés rendent l'accès plus facile et plus libre dans les jardins botaniques, dans les amphithéâtres, aux lits des malades ; la parole du maître, écoutée de plus près, plus personnelle sinon plus fréquente.

Au reste, c'est une question intéressante qui préoccupe M. le ministre de l'instruction publique et sur laquelle l'Assemblée aura à se prononcer un jour, car elle est soulevée, indirectement il est vrai, par le projet de loi déposé par l'honorable M. Naquet qui, estimant que la pluralité des Facultés entraîne une concurrence dont le résultat est d'abaisser le niveau des études, propose de conserver seulement la Faculté de Paris et de supprimer la Faculté de Montpellier.

Au point de vue des Facultés régionales, Lyon serait dans une situation exceptionnelle, car cette ville offre des éléments qui permettent de pousser très-loin le développement de l'enseignement médical.

Sept hôpitaux (1) répandus sur un périmètre assez restreint, admirablement tenus comme il n'en existe qu'à Paris et à Londres, rendus assez riches par les libéralités des fondateurs pour ouvrir leurs portes à tous, de quelque lieu que l'on y vienne frapper, admettent plus de 40,000 malades par an. C'est là un champ d'observation très-vaste, très-varié, sans cesse renouvelé, qui donne aux recherches de la science médicale ce caractère pratique qui en fait la solidité.

Une bibliothèque médicale remarquable, deux bibliothèques scientifiques, un curieux musée pathologique, les riches collections du jardin botanique, le voisinage de l'École vétérinaire, complètent ces ressources d'une cité qui est vraiment la métropole de la région de l'Est ; car ses rapports s'étendent à la Bresse, au Bugey, à la Franche-Comté, la Bourgogne, la Savoie, le Dauphiné, la Suisse française et l'Italie.

Aussi les concours des hôpitaux, fondés dès la fin du siècle dernier, jouissent-ils d'une légitime réputation, et Lyon, berceau des savants et de praticiens qui sont l'honneur de la médecine française au dix-neuvième siècle, a-t-il une véritable école qui, pour employer les expressions de M. de Laprade, a ses traditions vivantes, et dont l'esprit est l'alliance du spiritualisme le plus élevé et de l'examen le plus sérieux des faits donnés par l'expérience.

(A suivre.)

(1) L'Hôtel-Dieu, qui compte 1,180 lits ; l'Antiquaille, qui reçoit plus de 5,000 malades annuellement ; la Charité, l'hôpital de la Croix-Rousse, l'hospice des vieillards d'Oullins, l'hôpital des convalescents de Saint-Genis-Laval, deux hôpitaux militaires, — et bientôt l'asile des aliénés, à Bron, à trois ou quatre kilomètres de Lyon.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
odure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Do e ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIRFE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer
Sulfate »
— de chaux..........................
Chlorure de sodium.....................
Matières organiques.................... } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

Le vrai sirop dépuratif anti-scorbutique

du docteur PORTAL se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie SAGE-DANZEL, rue de Buci, n° 7, à Paris.

« Cher Monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de « mes enfants, un litre de votre excellent sirop « anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent con« stater la bonne préparation.

« Dr FODÉRÉ. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Calissaya, pour faire le vin soi-même et instantanément ; préparation également très-appréciée.

Vin bi-digestif de Chassaing

A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE

(*Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.*)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 2, rue de la Coutellerie. — Ci devant, 2, Avenue Victoria (maison incendiée).

ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES.

MALTINE GERBAY

Dosée physiologiquement d'après la méthode du Docteur COUTARET.

Avec la MALTINE, on opère la *digestion artificielle* de toutes les substances féculentes.

Les médecins de France et de l'étranger, qui, depuis trois années, l'ordonnent habituellement, ont reconnu que la MALTINE est le

VÉRITABLE SPÉCIFIQUE DES DYSPEPSIES AMYLACÉES

On en obtient les plus heureux résultats dans les cas de DYSPEPSIE SALIVAIRE OU AMYLACÉE, GASTRITE, GASTRALGIE, AIGREURS, EAUX CLAIRES, VOMISSEMENTS, POINTS, CONSTIPATION *et tous autres accidents qui proviennent pendant la première ou la seconde digestion.*

La MALTINE GERBAIS est beaucoup plus active et bien plus économique que toute

BIÈRE DE MALT

Se méfier des contrefaçons.

Dépôt dans toutes les pharmacies.

Vente en gros, pharm. GERBAY, à Roanne (Loire).

Huile de foie de Squale, naturelle

ou iodo-ferrée, du docteur DELATTRE.

La seule approuvée par l'Académie de médecine de Paris, et qui a obtenu à l'Exposition universelle, cl. 44, l'unique récompense accordée aux huiles de foie de poisson. Cette distinction en faveur du docteur DELATTRE est d'autant mieux méritée que ses huiles sont préférées, par tous les malades et les enfants, à l'huile de foie de morue, à cause de leur saveur douce et fraîche. — Usine à Dieppe. Dépôt chez NAUDINAT, rue de Jouy, 7, à Paris, et dans les principales pharmacies.

Chloral perlé Limousin.

— Le flacon de 40 capsules dragéifiées, à 25 cent., 3 fr. — Sirop de chloral : 3 fr. le flacon.

Sulfovinate de soude, purgatif nouveau.

Oxygène. INHALATEUR. Location pour Paris, 5 fr. la semaine. Gaz à 0,10 c. le litre.

Protoxyde d'azote. Gaz et solution. — Pharm. LIMOUSIN, 2 bis, r. Blanche, place de la Trinité.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur, et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharms.

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

SIROP ET VIN DE DUSART

AU LACTO-PHOSPHATE DE CHAUX.

Ces produits, les seules préparations phosphatées physiologiques qui aient servi à démontrer scientifiquement les propriétés du phosphate de chaux, contiennent, par cuillerée à bouche de sirop et par verre de vin, **un gramme de sel.**

Cette dose élevée explique l'énergie avec laquelle se relèvent **l'appétit** et toutes les **fonctions de nutrition** dans la *Dyspepsie*, la *Convalescence*, le *Rachitisme*, la *Scrofule*, et toutes les affections aiguës ou chroniques dans lesquelles la nutrition est altérée.

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.

POUGUES-LES-EAUX (NIÈVRE)

La source SAINT-LÉGER, *alcaline, ferrugineuse, iodée et gazeuse,* décrétée *d'intérêt public* le 4 août 1860, est *la seule de la localité* qui, depuis 300 ans, ait opéré toutes les cures authentiques pour affections de l'estomac et annexes, gravelle, diabète, albuminurie, etc. — Exiger les marques portant *Source Saint-Léger.* — S'adresser au gérant de l'Etablissement thermal ou à l'Administration, avenue d'Antin, 3, à Paris. Vente chez tous les pharmaciens.

Prix ; la bout., 60 c.; la caisse de 50 bout., 30 fr.

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL

A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN** Pharmacien. Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement des **affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes, des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.** — **Globules d'Eucalyptol** (*Essence pure d'Eucalyptus*). — PILULES. — ALCOOLATURE. — CIGARES. — CIGARETTES. — SIROP. — VIN. — BAUME. — LIQUEUR DIGESTIVE, ETC. Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

Produits de L'EUCALYPTUS (Globulus). par DELPECH et ARDISSON

Capsules à l'Essence pure d'Eucalyptus (Eucalyptol), la boîte **2 fr. 50.**

Alcoolature, Sirop, Vin, Extrait Liniment, etc. Les préparations d'EUCALYPTUS donnent de grands succès contre les *Affections du poumon et du larynx, Voies urinaires, Phthisie, Fièvres intermittentes, Goutte, Rhumatisme, Pansement et désinfection des plaies.*

Pharmacie **DELPECH**, rue du Bac, 23, PARIS. — Laboratoire à CANNES, pharmacie **ARDISSON.**

La pharmacie DELPECH prépare les **Capsules à l'extrait éthéré de cubèbe.**

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mo[is].

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de [illegible] francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement [illegible] et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois.	8 fr. 50 c.	
Six mois.	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL COCHIN. Fracture du sternum (M. Després). — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le clinicien illustre qui vient de prendre la parole dans la discussion sur l'empyème avait été, la veille, élu membre de l'Académie des sciences à une grande majorité. En vain, dans cette circonstance, plusieurs savants avaient proposé de transformer la section de médecine et de chirurgie en section de physiologie expérimentale : M. Sédillot, le chirurgien, l'avait emporté en définitive sur M. Marey, le physiologiste. Et cela devait être. Il était d'avance certain qu'il devait l'emporter, même à titres égaux, sur tous ses concurrents. Il avait cette fois, sur eux, un avantage immense. Il se présentait aux suffrages avec une sorte d'auréole, celle de la Faculté française de Strasbourg, jusqu'ici sans asile, errante depuis le jour où elle disparut indignée à la proposition de devenir prussienne et de s'enrichir avec nos dépouilles.

Noble Faculté de Strasbourg ! combien peu d'années se sont écoulées depuis l'époque où, représentant la *Gazette des hôpitaux*, je suis allé la visiter pour en rendre compte !

M. Sédillot y professait la clinique externe, et, en même temps, il dirigeait l'École militaire de santé.

Je crois entendre encore les toasts chaleureux qu'à sa table, et avec les maîtres les plus célèbres de Strasbourg, nous avons portés : eux, au journalisme médical, à son avenir scientifique ; moi, aux laborieux professeurs, à la prospérité croissante de leur Faculté.

Qui donc alors pouvait prévoir la captivité de l'Alsace et de la Lorraine?

On sentait pourtant que bientôt on lutterait avec la Prusse. En Alsace surtout, la guerre était dans l'air. La haine du Prussien était un sentiment constamment exprimé partout où j'ai passé, dans les villages, comme dans les petites villes telles que Schlestadt, comme à Strasbourg. Je ne sais si M. Sédillot se le rappelle, mais moi je n'ai pas oublié qu'à un grand dîner chez le brave commandant de place, notre excellent ami le colonel Ducasse, nous entendîmes le général qui commandait la division, le général Ducrot, je crois, parler des Prussiens comme s'il voyait déjà en eux des ennemis.

Mais ces ennemis, on devait les vaincre. On ne pensait pas qu'un gouvernement pût jeter sans préparation, à l'improviste, notre beau pays dans tous les hasards.

Sous le poids de tels souvenirs, je courbai la tête quand je vis M. Sédillot à la tribune...

Du reste, ce fut un discours qui, pour tout le monde, réveilla surtout des souvenirs.

En effet, c'était un écho d'une thèse restée célèbre : la thèse sur l'empyème que M. Sédillot soutint dans un concours pour le professorat où ses concurrents étaient Laugier, qu'il a remplacé à l'Institut, Blandin, Malgaigne et beaucoup d'autres. De tous ceux qui avaient un nom à cette époque, M. Sédillot reste presque seul.

Traditionnaliste dans sa thèse, aujourd'hui, plus de trente ans après, M. Sédillot ne l'est pas moins. Peut-être l'est-il un peu trop : car à quoi bon faire l'apologie des préceptes hippocratiques sur une question qu'Hippocrate avait pu à peine entrevoir? Avant d'avoir des moyens sûrs pour reconnaître une pleurésie, sur quelles bases s'appuyait-on pour fixer le moment où une opération devenait opportune? Qui donc, pour savoir de quel côté la ponction devra être faite, voudrait se conformer au précepte de secouer énergiquement le malade par les épaules, après l'avoir mis dans un bain chaud? Qui donc aujourd'hui voudrait emplir la poitrine d'huile et de vin? M. Sédillot dit avec raison qu'avec des exagérations on compromet les meilleures causes. Pourquoi faire tort à Hippocrate par un enthousiasme exagéré?

Notre art médical était plein de charmes lorsqu'il était dans son enfance. Mais s'il faut admirer les grâces de l'enfance, ce n'est point là qu'il faut chercher des préceptes chirurgicaux.

En réalité, l'individualisme, quels que soient ses inconvénients, est infiniment plus fécond que le respectueux traditionnalisme des médecins chinois et des commentateurs du moyen âge.

Disons plus : on ne peut vraiment qu'à force d'individualisme, dégager de la gangue antique ce qu'elle enserre de précieux. Il faut avoir appris longuement par soi-même pour discerner le vrai du faux, alors que le faux surabonde. Savoir trouver dans les anciens le germe des idées modernes ; montrer comment, parmi tant de suppositions et de notions vagues, ils ont eu celles de ce qu'on a solidement établi plus tard ; suivre dans ses courbes puissantes l'évolution de l'esprit humain, ce sera toujours l'œuvre d'un maître, et non pas du premier venu.

Quant aux élèves, on ne saurait trop leur recommander de ne pas entrer dans un dédale où ils se perdraient absolument, ne possédant pas le fil conducteur, c'est-à-dire une notion exacte

du vrai, acquise au moyen d'observations, d'expériences et de contrôle tout personnels : en d'autres termes, l'individualisme scientifique.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

Fracture du sternum.

(Observation recueillie par M. Viguier, interne du service.)

Le 25 mai, vers minuit, C... (Marie-François, âgé de 59 ans, garçon de cuisine, fut assailli, en rentrant chez lui, par des individus qui l'ont renversé et frappé à coups de poing. Il perdit connaissance et resta environ une demi-heure étendu à terre; il put alors rentrer chez lui, et resta couché les deux jours suivants.

Dès les premiers moments après l'accident, il éprouva une vive douleur dans la région présternale et une grande difficulté pour respirer. La douleur augmentait pendant les mouvements et les efforts de toux, et le malade dit qu'il se sentait piqué au devant de la poitrine.

Le mardi, il entra à l'hôpital dans le service du docteur Després (baraque 1, n° 18), et voici ce que l'on constata : dyspnée assez marquée; la pression sur le thorax est douloureuse, ainsi que presque tous les mouvements. Le sujet peut à peine tousser. L'inspection de la poitrine fait découvrir une forte ecchymose en avant du sternum, mais pas de déformation, ni de mobilité anormale; il est impossible de constater de la crépitation en faisant tousser le malade; l'état général est bon; l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

Le lendemain, à la visite, M. Després fait placer un oreiller roulé sous le dos, de sorte que la tête est très-basse et le corps fortement arqué en arrière; en pressant alors sur le sternum, on perçoit de la crépitation au niveau de la partie moyenne de la seconde pièce, et à peu près au milieu de l'ecchymose; on constate également une certaine mobilité. On a donc affaire à une fracture du sternum, transversale et sans déplacement.

Le chirurgien se contente d'appliquer une large bande de diachylon qui entoure la poitrine et fait l'office de bandage de corps. Dès le lendemain, le malade marche, et dix jours après il quitte l'hôpital, n'éprouvant plus qu'une légère douleur dans les fortes inspirations.

Cette observation nous paraît intéressante, car on n'a pas signalé souvent des fractures du sternum sans déplacement produites par des coups de poing, et peut-être sont-elles moins rares qu'on ne le croit généralement; seulement la difficulté de les reconnaître fait qu'elles passent le plus souvent inaperçues, et c'est ce qui serait inévitablement arrivé dans le cas qui nous occupe, si M. Després n'avait eu recours au procédé d'exploration avec l'oreiller roulé, placé transversalement sous le dos, moyen de diagnostic qu'il ne faut pas confondre avec le coussin que l'on place entre les épaules pour réduire les fractures avec déplacement.

DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION.

Par le docteur Georges Dieulafoy.

J'ai appliqué au diagnostic et au traitement des kystes hydatiques du foie la méthode que je cherche à généraliser depuis quelques années à tous les liquides pathologiques. Aujourd'hui, on peut dire que l'aspiration tend à remplacer la simple ponction, et l'aiguille aspiratrice fait oublier le trocart explorateur. Des observations nombreuses recueillies dans les cas les plus divers, qu'il s'agisse d'hydarthrose, de péricardite, de rétention d'urine ou de hernie étranglée, ont prouvé l'innocuité absolue de l'investigation des liquides au moyen des aiguilles n° 1 et n° 2 de l'aspirateur, et ont confirmé les conclusions que j'avais formulées en 1870, lors de la publication d'un premier mémoire (1) : « Il est toujours possible, grâce à l'aspiration, d'aller sans aucun danger à la recherche d'une collection liquide, quel que soit son siége et quelle que soit sa nature. » Dans le présent travail, je limiterai la question aux kystes hydatiques et aux abcès du foie, et j'étudierai séparément le diagnostic et le traitement de chacune de ces maladies au moyen de l'aspiration.

DU DIAGNOSTIC DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE.

Dans certaines circonstances, et principalement quand la maladie est arrivée à une période assez avancée, les symptômes du kyste hydatique du foie sont si nettement accusés, qu'il n'est pour ainsi dire pas possible de commettre une erreur. La tuméfaction de la région, la saillie peu bosselée de la tumeur au-dessous des fausses côtes ou aux environs de la ligne blanche, la sensation de rénitence que donne cette tumeur, la dilatation des derniers espaces intercostaux, l'étendue et la forme de la matité, l'absence presque constante de fièvre, d'ictère et d'ascite, la marche lente de la maladie, la présence de réseaux veineux qui se dessinent de préférence sur les parties médianes de l'abdomen et du thorax, tous ces signes, quand ils se trouvent réunis, ne laissent pas de doute sur le diagnostic.

Mais il s'en faut que nous ayons toujours sous les yeux des cas aussi complets et pour ainsi dire types; tantôt certains signes sont absents, quand le kyste, par exemple, s'est développé vers la partie supérieure ou dans la profondeur de l'organe; tantôt un symptôme rare, tel que l'ascite, masque par sa prédominance la véritable affection et nous induit en erreur; souvent enfin nous sommes appelés à constater le kyste à une période peu avancée, et l'ensemble des phénomènes à ce moment ne laisse le champ libre qu'à des suppositions. On reste alors dans le doute, on s'abstient de toute intervention active, on attend, on patiente, la maladie fait des progrès, le kyste devient multiloculaire ou se cloisonne, il envahit la plus grande partie de l'organe, les symptômes généraux augmentent d'intensité, et quand on est forcé d'intervenir on s'aperçoit qu'il est quelquefois bien tard.

Or, dans ces cas douteux et difficiles, ici comme dans les tumeurs abdominales en général, et comme dans quelques pleurésies batardes, interlobaires ou enkystées, nous n'avons qu'un moyen de certitude absolue, c'est la constatation de la présence du liquide. Et pour arriver à ce résultat, un seul procédé était en usage jusqu'à ces derniers temps : c'était l'introduction dans la tumeur douteuse d'un trocart dit explorateur. On introduisait donc ce trocart explorateur, et alors que se passait-il ? Supposons un cas négatif. La ponction est faite, le trocart est introduit et rien ne s'écoule; on se livre alors à diverses suppositions; on pense à des fausses membranes qui obstruent la lumière de la canule, on accuse le liquide qui sans doute est trop épais pour s'écouler au dehors, ou bien on se demande si le trocart a pénétré jusqu'à la collection liquide. Bref, on pousse le trocart plus avant, on pèse sur la tumeur, espérant faire sourdre la goutte de liquide attendue, on va même jusqu'à ma-

---

(1) *De l'Aspiration*, méthode de diagnostic et de traitement. — Chez Masson, Paris, 1870.

taxer la région en exploration; ces manœuvres ne sont pas sans déterminer quelques douleurs, et bientôt après des vomissements et du hoquet ouvrent la scène, le ventre se ballonne, les douleurs deviennent plus aiguës, une péritonite se déclare, et la mort est quelquefois la conséquence de cette tentative d'exploration.

Ce sont des faits de ce genre, et ils ne sont pas absolument rares, ce sont ces accidents quelquefois terribles qui ont engagé les praticiens à une prudente réserve, et qui ont fait naître l'idée d'établir des adhérences entre l'organe et les parois abdominales avant de se hasarder à la recherche du liquide. De sorte qu'on se trouve placé entre deux alternatives : ou courir la chance d'accidents fort graves si on n'établit pas préalablement des adhérences, ou bien provoquer ces adhérences, c'est-à-dire entreprendre une opération longue et douloureuse pour aboutir à une simple ponction exploratrice. Laquelle de ces deux voies choisit-on? le plus souvent ni l'une ni l'autre; on reste dans l'inaction, et pour expliquer cette inaction, on se fait un raisonnement qui a quelque apparence de vérité. En fin de compte, se dit-on, le kyste se développe lentement, très-lentement, sa présence ne détermine pas de longtemps une influence fâcheuse sur l'économie, il n'y a donc pas d'indication si pressante à agir, et l'urgence n'est pas telle qu'une intervention active ne puisse être renvoyée à plus tard. Ce raisonnement est d'autant plus accepté qu'il est plus spécieux; mais je chercherai à démontrer, ce qui du reste est fort rationnel, que le kyste hydatique a d'autant plus de chance de guérir qu'il est moins développé et qu'on l'attaque à un moment plus rapproché de son début. Il faut donc, en pareil cas, se hâter de confirmer le diagnostic en s'assurant de la présence et de la nature du liquide, et, comme moyen aussi *certain qu'inoffensif*, je propose de remplacer la ponction par l'aspiration et le trocart explorateur par l'aiguille aspiratrice.

Je rencontrerai peut-être quelque hésitation, et je n'entraînerai pas la conviction du premier coup, mais j'espère pouvoir, au moyen d'observations nombreuses, démontrer la vérité de ce que j'avance et faire adopter le procédé que je vais décrire.

Quand j'ai proposé l'aspiration des gaz et des liquides comme moyen de réduction de l'anse intestinale dans la *hernie étranglée*, on s'est trop hâté de condamner le procédé sous prétexte que la piqûre de l'intestin devait entraîner de graves dangers sans donner de bons résultats; et, peu de temps après, les observations de M. Duplouy, de M. Dolbeau et d'autres chirurgiens démontraient l'efficacité et l'innocuité de l'aspiration comme moyen de réduction dans certaines hernies étranglées (1).

J'en pourrais dire autant de l'aspiration du liquide dans l'*hydarthrose* (2), manœuvre que certains chirurgiens regardent encore comme téméraire, bien à tort selon moi, car j'ai fait en pareils cas plusieurs centaines d'aspirations, surtout à l'hôpital Beaujon, pendant mon internat, dans le service de M. Axenfeld, sans avoir jamais eu à signaler le moindre accident, et l'aspiration du liquide dans l'hydarthrose s'est rapidement vulgarisée.

Cependant qu'on me permette de faire quelques réserves au sujet du manuel opératoire qui acquiert en pareil cas une si grande importance : plusieurs aspirateurs ont été faits dans ces derniers temps en France et à l'étranger, ils font nécessairement le vide préalable, sans quoi ils ne seraient pas aspirateurs; mais le *calibre et les dimensions des aiguilles ont été trop souvent dénaturés, c'est un tort*. Il est indispensable de bien connaître le volume de l'aiguille qu'on doit employer dans telle ou telle circonstance; voilà pourquoi je me suis toujours servi d'aiguilles mathématiquement calibrées dès le principe, j'ai pu baser ainsi toutes mes observations sur le même étalon, sachant à l'avance quel est le diamètre très-exact qui correspond aux aiguilles n° 1, ou n° 2, et je ne me suis pas exposé à des accidents qu'entraînerait une aiguille de 3 millimètres de diamètre, par exemple, quand l'aiguille de 1 millimètre remplit toutes les conditions. Ainsi pour ce qui est de l'exploration des tumeurs et des kystes du foie, je me suis presque toujours servi au début de l'aiguille n° 1, sauf à passer ensuite à l'aiguille n° 2, et je n'ai jamais été témoin d'accidents sérieux.

Manuel opératoire. — Étant donnée une tumeur hépatique de diagnostic douteux, voici comment je crois utile de procéder dans son mode d'exploration : On se sert de l'aiguille creuse n° 1 et le premier soin est de s'assurer de sa *perméabilité* au moyen d'un fil d'argent et d'un courant d'eau. Ce détail est nécessaire, car le calibre de l'aiguille est si exigu que quelques grains de poussière ou de rouille suffiraient pour en obstruer la lumière. L'aspirateur étant armé, c'est-à-dire le vide préalable étant fait, on introduit l'aiguille en piquant par un coup sec la région à explorer; à peine cette aiguille a-t-elle parcouru 1 centimètre dans l'épaisseur des tissus (c'est-à-dire dès que les ouvertures situées à son extrémité ne sont plus en rapport avec l'air extérieur), on ouvre le robinet correspondant de l'aspirateur, et le vide se fait par conséquent dans l'aiguille. On enfonce alors lentement cette aiguille qui *porte le vide avec elle*, et c'est *le vide à la main* qu'on avance dans les tissus à la recherche de la collection liquide. On peut ainsi pénétrer à 3, 4 ou 5 centimètres de profondeur et même davantage, et au moment où cette aiguille *aspiratrice* rencontre le liquide, on voit celui-ci se précipiter dans l'aspirateur, et le *diagnostic s'inscrit* lui-même à l'insu de l'opérateur.

Si la ponction ne donne lieu à aucune issue de liquide, il faut bien se garder de presser sur la région en exploration; on se contente de retirer brusquement l'aiguille, on s'assure de nouveau de sa perméabilité, et on recommence l'opération en un autre point; on retire la quantité de liquide jugée nécessaire, puis on arrête l'écoulement. La piqûre est si fine qu'elle est à peine visible, la douleur est pour ainsi dire nulle, aucun pansement n'est nécessaire; il est bon seulement, par excès de précaution, que le malade garde le repos pendant quelques heures.

Des suites de l'exploration. — La ponction aspiratrice étant ainsi pratiquée, je n'ai jamais vu survenir d'accidents sérieux, mais j'ai quelquefois été témoin, surtout chez les femmes, de phénomènes que je dois signaler. Dans quelques circonstances, rares il est vrai, on observe, après la piqûre, des nausées ainsi que des douleurs s'irradiant dans l'abdomen ou dans l'épaule droite; ces symptômes, qui pourraient faire craindre un début de péritonite, n'ont aucune gravité; ils cèdent après quelques heures, ne sont pas accompagnés de fièvre, et sont plutôt le résultat d'une action réflexe que la conséquence d'une phlegmasie. De plus, tel individu qui avait éprouvé ces symptômes à une première piqûre, ne les ressent plus à une exploration suivante. J'ai souvent exploré des tumeurs de la rate, de l'ovaire,

(1) *Du traitement de la hernie étranglée par aspiration*, par le docteur Autun. Paris, chez Masson, 1871.

(2) *Du traitement de l'hydarthrose par aspiration*, par le docteur Dieulafoy. Paris, chez Masson, 1871.

des épiploons, et je peux affirmer n'avoir jamais constaté d'accidents fâcheux.

Plusieurs raisons expliquent l'innocuité à peu près absolue de ces explorations : c'est d'abord l'extrême finesse de l'aiguille; dont le diamètre est trois fois moindre que celui du trocart explorateur ordinaire : le péritoine n'est donc touché que dans un point excessivement limité; mais la véritable raison réside dans le manuel opératoire. Le trocart explorateur s'introduit quelquefois avec difficulté, et il faut alors plusieurs efforts saccadés pour pénétrer jusque dans l'organe à explorer; on ne sait jamais exactement à quel moment on rencontre le liquide, et dans la crainte d'avoir dépassé le but ou de ne l'avoir pas atteint, il arrive qu'on retire ou qu'on enfonce à plusieurs reprises le trocart, en changeant sa direction. Ce n'est pas tout, si le liquide n'apparaît pas à l'extrémité de la canule, on ne résiste pas à la tentation de favoriser sa sortie en pressant sur la tumeur, en la comprimant entre les deux mains, en priant le malade de changer de position; or ces différentes manœuvres multiplient les points de contact entre le trocart d'ailleurs assez volumineux et la séreuse, celle-ci s'enflamme, et on assiste au développement d'une péritonite, dont on connaît les funestes conséquences.

L'aiguille n° 1 de l'aspirateur, au contraire, extrêmement fine et bien acérée, est poussée lentement, sans résistance, à travers les tissus, et l'on est certain de voir jaillir le liquide dès qu'on l'aura rencontré. Ici plus d'hésitation, plus de tâtonnements dans la direction à donner à l'instrument explorateur; plus de pression sur la tumeur, puisque un vide puissant se charge d'aspirer le liquide dès qu'on l'atteindra, par conséquent plus de vexation pour le péritoine. Enfin, au moment où l'on retire l'aiguille aspiratrice, on n'a pas à craindre de laisser tomber en passant quelques gouttes dans la cavité péritonéale, puisque le liquide est retenu et immobilisé par la force même d'aspiration.

En résumé, on peut dire que l'exploration des tumeurs du foie, et des kystes hydatiques en particulier, au moyen de l'aiguille aspiratrice n° 1, et avec les précautions que je viens d'indiquer, n'offre aucun danger et conduit sûrement au diagnostic. Cette manœuvre peut être faite à toutes les périodes de la maladie, *sans qu'il soit utile d'établir des adhérences*. Elle renseigne sur la présence ou l'absence de la collection liquide, sur son siége et sur sa nature; par conséquent, il ne nous est plus permis aujourd'hui de nous livrer à une temporisation fâcheuse, il faut sans retard établir le diagnostic, afin d'aborder la question du traitement.

(*Sera continué.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Remilly (de Versailles), sur les maladies épidémiques qui ont régné dans le département de Seine-et-Oise en 1870;

2° Le compte rendu des maladies épidémiques de l'arrondissement de Perpignan pour l'année 1870 (Commission des épidémies);

3° Une brochure de M. Plouquet, médecin à Aix (Marne), sur l'influence matérielle et morale de l'usage alimentaire du vin (Commission de l'alcoolisme);

4° Un rapport de M. le docteur Deboct sur le service médical des eaux de Contrexéville;

5° Un rapport de M. le docteur Fabre sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à l'asile des aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise), en 1870 (Commission de vaccine).

M. le Secrétaire donne lecture de l'ampliation d'un décret, en date du 15 juin, approuvant l'élection de M. Bernutz comme membre de l'Académie.

M. Joly présente un opuscule sur l'absorption et les effets de la fumée de tabac, par M. Gustave Lebon.

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Simonin (de Nancy) : 1° un rapport sur le service départemental de l'assistance médicale et de la vaccine dans la Meurthe, en 1870; 2° la relation d'un cas de luxation iléo-pubienne irréductible.

M. Gubler présente : 1° le *Guide médical aux eaux de Néris*, par M. le docteur Bonnet (de Malherbe); 2°, de la part de M. le docteur Bougard, une notice sur les eaux chlorurées sodiques de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne).

M. Gosselin dépose sur le bureau le 1er fascicule du tome IV du *Traité élémentaire de pathologie externe* par Follin, continué par M. Simon Duplay.

M. Richet présente à l'Académie une nouvelle pince porte-aiguilles et porte-épingles, fabriquée par M. Collin. Cet instrument est plus simple que tous ceux employés jusqu'à présent; il saisit fortement les aiguilles dans tous les sens, et sert à faire pénétrer les épingles les plus fines à travers les tissus.

Discussion sur l'empyème.

M. Sédillot commence par réclamer la bienveillance de l'Académie dans un exorde par insinuation. Depuis longtemps éloigné de Paris, il ne voit pas autour de lui, comme plusieurs de ses collègues, des camarades avec lesquels il ait vieilli, d'anciens élèves devenus maîtres à leur tour, qui, se souvenant de ce qu'il fut, soient indulgents pour ce qu'il est.

S'il prend néanmoins la parole dans la discussion sur l'empyème, c'est qu'il connaît cette question de longue date. Après avoir assisté déjà aux discussions académiques de 1835 et 1836, par le hasard des concours, il eut l'empyème pour sujet de sa thèse lorsqu'il concourut avec Blandin en 1841. Quatre ans plus tard, il publia une seconde édition de cette thèse, en l'augmentant de quelques nouvelles observations. Ce sont les idées développées dans cette thèse que M. Sédillot vient reproduire aujourd'hui.

Ces idées, dit-il, n'étaient pas les miennes, c'étaient celles d'Hippocrate; et à une époque d'individualisme exagéré, il y avait quelque courage à les défendre.

On a rompu avec les lois de continuité scientifique, on ne respecte plus les traditions, pourtant nos prédécesseurs avaient tout deviné. Sans les procédés scientifiques de notre époque, ils avaient calculé le volume du soleil et la distance de cet astre à la terre. Dans sa traduction d'Hippocrate, M. Littré a dit tout cela mieux que je ne saurais le faire.

En ce qui touche l'empyème, il faut surtout s'occuper des indications, admirablement saisies par l'art antique.

Voici les principes formulés à ce sujet dans Hippocrate, et qui traduisent la pratique de ce temps, pratique déjà traditionnelle, car Hippocrate fait mention des anciens : οἱ ἀρχαῖοι.

Il ne fallait, dans aucun cas, opérer l'empyème avant le quinzième jour.

On faisait à la poitrine une plaie permanente.

On donnait à la plaie cutanée une longueur de 2 ou 3 pouces, mais on ne divisait les muscles et n'ouvrait la plèvre qu'avec une ponction faite à l'aide d'un bistouri garni de linge pour ne pas pénétrer trop profondément.

On craignait d'évacuer tout le pus le premier jour, car l'évacuation complète de la plèvre, pleine de pus ou pleine de sérosité, était considérée comme toujours mortelle.

On bouchait la plaie avec un tampon, qu'on retirait toutes les 24 heures pour laisser couler un peu de pus.

Au dixième jour dans les opérations d'élection, au cinquième jour dans les opérations de nécessité, on vidait tout le pus, mais on

remplissait la poitrine avec un mélange d'huile et de vin. Toutes les douze heures, à partir de ce moment, on vidait la poitrine, puis on la remplissait avec une nouvelle injection d'huile et de vin. On continuait ainsi jusqu'à ce que le pus fût onctueux.

Alors on ne faisait plus d'injections. On enfonçait une canule, qu'on retirait progressivement à mesure que le pseudo-sac se rétrécissait.

Entrons dans les détails.

Pourquoi faisait-on à la peau une incision plus large qu'aux muscles et à la plèvre?

Parce qu'on voulait fermer la plaie avec un tampon, ce qui ne permettait pas d'ouvrir la poitrine trop largement; et parce que le tampon, s'il eût appuyé sur la peau, aurait pu y produire une mortification, qui n'était pas à craindre du moment où la pression portait sur le tissu musculaire.

Pourquoi ne pas donner issue à tout le pus immédiatement? Parce qu'en évacuant le pus, ou bien on le remplacerait par de l'air, ou bien on ferait d'abord le vide dans la poitrine, et même alors on aurait à craindre l'entrée de l'air. Tant que la cavité pleurale est dilatée au point de refouler les médiastins et le diaphragme, tant qu'il y a trop-plein, on n'a point à craindre de voir entrer l'air. Toute précaution est inutile tant que le pus jaillit par un jet continu; mais c'est ensuite que le danger commence. Aussi les anciens recommandaient-ils de se borner à évacuer le trop-plein.

Pourquoi attendaient-ils dix jours avant de vider la poitrine et de pratiquer les injections? Pour préparer le sac pleural à se mettre en contact avec l'air, à se resserrer, à disparaître. La surface pleurale ressemble à la surface d'une plaie; or il faut une dizaine de jours pour que les plaies se détergent; jusque-là elles ne sont pas belles, chacun le sait.

Voilà donc les raisons de ces grands principes, qui nous permettront de juger toutes les méthodes à leur lumière.

La méthode des simples ponctions est mauvaise. Si Dupuytren avait perdu presque tous ses malades, c'est qu'il ne faisait que des ponctions.

Quant aux ponctions aspiratrices, elles ont un grand inconvénient : on ne sait pas combien on retire de pus, et on fait le vide. Or, faire le vide sur un organe enflammé, c'est amener la production d'une sécrétion abondante de pus et de sérosité. Le poumon est souvent retenu par des pseudo-membranes; on ne peut pas le ramener en contact avec les parois thoraciques par sa simple expansion; tout ce que l'on peut faire, c'est de gonfler tous les tissus en les tiraillant par l'effet d'une ventouse, d'autant plus puissante qu'on aura poussé plus loin le vide.

Par les principes traditionnels, on voit que la méthode de M. Jules Guérin ne doit pas réussir. Pour faire croire à son succès, il faudrait des faits bien probants. M. Guérin a invoqué trois observations. Une échappe, puisqu'il s'est fait chez ce malade une fistule pleurale. Une autre a trait à un vieillard de 60 ans : or, dans toutes les observations que j'ai recueillies, il n'en est qu'une où la guérison se soit produite passé 30 ans. Encore l'ai-je empruntée aux journaux étrangers : le sujet avait 40 ans. La guérison est d'autant plus fréquente que l'opéré est plus jeune. Le fait d'un homme de 60 ans guéri est tellement exceptionnel, qu'il devra rester isolé et ne pas servir à poser une règle.

Il est malheureux de voir compromettre les meilleures causes par de regrettables exagérations. Ainsi le drainage est bon en soi, puisque le drain représente la méthode de la canule recommandée par Hippocrate, en y combinant celle du séton. Mais il ne remplit pas toutes les indications, à beaucoup près, et M. Chassaignac nuit à sa méthode en exagérant son importance.

Il a voulu l'opposer à l'empyème. Mais c'est un des genres d'empyème, et pas autre chose.

Il a objecté à l'empyème le danger d'ouvrir une artère intercostale. Mais ce danger est bien plus grand avec le trocart nécessaire pour porter le drain et qui agit tout à fait à l'aveugle, qu'avec le bistouri, avec lequel on peut diviser couche par couche, voyant ce que l'on fait. Si M. Chassaignac trouve à ce sujet un seul confrère qui partage son opinion, je me déclare vaincu.

Il a prétendu qu'avec son drain, l'air n'entrait pas dans la poitrine. C'est absolument faux, démenti par tous les faits. L'air entre à côté du tube à drainage, s'il n'entre pas à travers lui. Je sais bien que le drain, dans toute sa partie intra-pleurale, s'enveloppe bien vite de fausses membranes qui bouchent la plupart des petits trous dont il est percé. Souvent même, il ne coule absolument plus rien à travers lui, et souvent aussi pour cette cause, alors qu'on croit nettoyer toute la cavité pleurale par les injections qu'on y pousse, on ne nettoie qu'une petite plaie limitée par les fausses membranes. Mais alors même, je le répète, l'air peut pénétrer autour du drain.

M. Chassaignac a fait des objections excellentes contre les injections iodées. En effet, quand on pousse de l'iode dans les produits de l'empyème, on fait des magmats épouvantables. Mais il n'en était pas de même avec les injections hippocratiques d'huile et de vin; elles étaient douces, légèrement modificatrices, et ne coagulaient rien.

M. Chassaignac a mis en doute les fausses membranes putrides, gangréneuses. Les faits en sont pourtant bien connus, et déjà j'en rapportais dans ma thèse. Il dit qu'il y a des injections qui dissolvent les fausses membranes. Je ne les connais pas, et M. Chassaignac serait bien bon de nous les faire connaître. Les fausses membranes rendent souvent multiloculaire une cavité qui était primitivement simple, et alors le drain ne suffit plus.

Le drain peut laisser la poitrine se vider trop vite; il a des avantages, mais pas plus que la canule de Reybard. Ce qu'il faudrait, ce serait de trouver le moyen d'inciter l'écoulement du pus au seul trop plein. M. Bouvier avait imaginé quelque chose dans cette voie. Il avait inventé une petite canule surmontée d'une cupule, dans laquelle entrait une boule qui se soulevait sous la pression du pus. C'était une sorte de soupape de sûreté. En proportionnant bien le poids de cette boule, on pourrait résoudre ce problème.

Ce qu'il ne faut pas oublier, c'est que l'empyème est toujours très-grave par lui-même et nécessairement mortel dans un certain nombre de cas, quand l'ampliation pulmonaire est absolument impossible, que la cavité ne peut plus se remplir et la cicatrisation s'effectuer.

Maintenant, que faire en présence d'un empyème constaté?

La résorption du pus est possible, mais elle est très-rare.

Qu'elle soit possible, aucun physiologiste ne peut en douter, maintenant qu'on sait que les globules du pus et les leucocythes du sang sont du même volume. Aucun chirurgien n'en peut douter, après avoir vu disparaître en un ou deux jours des abcès qu'il se disposait à ouvrir.

On a dit qu'il faut distinguer entre le pus microscopique et le pus chirurgical, le premier contenant bien moins de globules que l'autre, et par conséquent étant facile à résorber.

Mais où commence l'un? où finit l'autre? Non, ces distinctions ne sont pas possibles. Nous dirons donc d'une manière générale que le pus peut se résorber, mais nous n'y compterons pas trop, car ce n'est pas chose commune.

Il ne faut donc intervenir que quand on ne peut pas faire autrement, mais il ne faut pas arriver trop tard.

Je crois qu'on pourrait d'abord essayer les ponctions. C'est là une question qui serait bientôt résolue si l'Académie avait procédé comme le faisait autrefois l'Académie de chirurgie. Alors on nommait une commission; on se mettait en rapports directs avec tous ceux qui envoyaient des observations; on leur demandait des détails; on accueillait ou on repoussait les observations envoyées selon qu'on les jugeait plus ou moins sérieuses : et c'est ainsi qu'on arrivait à arrêter le canon de la science.

Malheureusement les discussions qui ont lieu à cette Académie sont au contraire de nature à troubler l'esprit des médecins; l'un dit oui et l'autre dit non; ils ne savent plus auquel entendre. Dans le cas actuel, il faut espérer que chaque médecin sachant qu'en fait d'empyème on peut publier un cas de mort sans se compro-

mettre, les observations se publieront rapidement; mais il faut éviter de faire des aspirations impossibles.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Rapport de la commission chargée de l'étude de la loi de 1838 sur les aliénés (1).

I

Esprit de la loi du 30 juin 1838.

Il est facile de dire d'un mot ce qu'a fait la loi du 30 juin 1838 : elle a fondé, en France, l'assistance pour les aliénés.

Ce n'est pas que rien n'eût été fait avant elle dans ce sens; loin de là.

Dans les dernières années qui ont précédé la révolution de 1789, des hommes d'initiative, La Rochefoucauld Liancourt, Colombier, Ténon, avaient déjà signalé le besoin d'une réforme radicale dans la manière dont les pauvres insensés étaient traités.

Cette réforme, Pinel l'inaugura avec éclat en 1792 et la continua avec persévérance pendant toute sa vie; des médecins éminents, Royer-Collard, Pariset, Esquirol et Ferrus surtout, s'associant courageusement à l'œuvre de leur maître, la poursuivirent après lui, et, grâce à leurs efforts réunis, les grands établissements de Paris, Bicêtre, la Salpêtrière, Charenton, furent organisés sur de nouvelles bases.

En dehors de Paris, quelques départements importants, quelques villes opulentes, s'occupèrent d'améliorer aussi le sort de leurs aliénés, et sous cette influence des asiles furent fondés ou réorganisés dans des conditions relativement bonnes.

Mais ces efforts restaient purement locaux, soumis au bon vouloir d'une administration départementale ou municipale; là où le bien se faisait, il méritait d'autant plus d'éloges qu'il était tout spontané; rien ne l'imposait, et, lorsque Esquirol eut exposé, en 1818, au ministre de l'intérieur, combien le sort des aliénés laissait encore à désirer d'une manière générale, le Gouvernement ne put répondre à son appel qu'en adressant de bons conseils aux administrations locales; celles-ci restaient libres d'agir comme il leur plaisait et n'avaient d'autres obligations à suivre qu'une loi de police des 16-24 août 1790, qui les chargeait de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être causés sur la voie publique par les fous furieux. Il fallut attendre jusqu'en 1836 pour qu'une loi de finances décidât que les départements *devaient* concourir à la dépense des aliénés, et qu'un projet de loi spécial fût préparé par le Gouvernement.

Si les bonnes lois sont celles qui sont faites avec lenteur et maturité, celle-ci doit être des meilleures. Le premier projet fut présenté à la Chambre des députés le 6 janvier 1837, et la loi définitive ne fut promulguée que le 30 juin 1838. Dans l'intervalle, elle fut l'objet d'études approfondies; plusieurs exposés de motifs, des rapports multipliés, deux discussions devant chacune des deux chambres précédèrent son adoption. Pas un détail ne fut laissé au hasard, pas un doute ne resta sans éclaircissements.

Les journalistes qui, dans ces dernières années, se sont donné tant de mal à défendre la liberté individuelle qui n'en avait guère besoin; les écrivains qui ont prodigué aux médecins les noms de geôliers et de bourreaux, aux asiles ceux de bastille et d'*in-pace*; qui ont érigé les certificats de placement en lettres de cachet, ont sans doute cru, de bonne foi, qu'ils avaient un certain mérite d'invention et d'initiative.

Il n'en est rien; il n'y a pas un de leurs soupçons, une de leurs violences de langage qui, trente ans avant eux, ne se fût fait jour dans les délibérations des Chambres; pas une de leurs objections qui n'ait subi l'épreuve d'un examen approfondi et impartial; pas un de leurs arguments qui n'ait été alors discuté et victorieusement réfuté.

C'est après que toutes les opinions eurent été ainsi discutées et rediscutées, que la loi fut enfin votée, à la majorité de 216 voix contre 16, par la Chambre des députés, à l'unanimité par la Chambre des pairs, et promulguée telle qu'elle existe aujourd'hui. Toutes les présomptions n'existent-elles pas, dès lors, en faveur de la sagesse de ses dispositions, du libéralisme des garanties qu'elle a instituées?

Pour nous en convaincre complétement, jetons un coup d'œil rapide sur son économie, sur ses prescriptions.

Elle débute par l'affirmation du principe qui la domine tout entière : Chaque département doit faire soigner ses aliénés dans un établissement spécialement destiné à cet usage (art. 1). Les établissements spéciaux sont de deux sortes : les uns, publics, appartenant à des départements ou à des communes, sont placés sous la direction de l'autorité publique (art. 2); les autres, privés, appartenant à des particuliers, sont soumis à la surveillance de cette autorité (art. 3).

L'obligation de traiter les aliénés étant ainsi imposée aux départements, l'existence des asiles publics ou privés étant légalement confirmée, la loi s'occupe avant tout de prévenir les abus, de donner des garanties sérieuses à la liberté individuelle. Elle organise le contrôle et charge des magistrats, peut-être trop nombreux, de visiter les asiles, de recueillir les plaintes, de faire le jour sur les cas douteux (art. 4).

Puis vient la partie la plus importante de la loi : c'est celle qui a été le plus longuement discutée dans son élaboration, celle qui depuis a été le plus vivement attaquée. Elle règle les formalités à remplir pour le placement dans les asiles d'aliénés. Ces placements sont de deux sortes : les placements d'office, ordonnés par l'autorité administrative, dans l'intérêt de l'ordre public et de la sécurité générale; les placements volontaires, effectués par les familles ou les particuliers.

Commençons par ces derniers. C'était là le problème le plus difficile à résoudre, car, pour y parvenir, on devait concilier des intérêts qui peuvent paraître s'exclure l'un l'autre. En effet, il fallait d'une part, dans l'intérêt des familles et des malades, donner toutes les facilités possibles au placement hâtif des aliénés, c'est-à-dire, suivant les cas, permettre de commencer sans délai le traitement d'une affection mentale susceptible de guérison, ou conjurer immédiatement les dangers de toute sorte que fait naître l'explosion subite d'un accès de folie; et, d'autre part, on avait à protéger la liberté individuelle contre les tentatives possibles d'une famille coupable, contre les machinations d'un entourage animé par la convoitise.

Le système auquel le législateur de 1838 a fini par s'arrêter consiste à faire du placement d'un malade dans un asile d'aliénés, une affaire purement privée, soumise à un ensemble de formalités qui laissent à la famille toute la responsabilité de la détermination qu'elle prend, au médecin toute celle du certificat qu'il délivre, sans que jusque-là aucune autorité intervienne. Mais à peine effectué, le placement doit subir le double contrôle de l'autorité administrative et de l'autorité judiciaire. C'est dans ce but que le médecin de l'établissement est tenu à délivrer un certificat de vingt-quatre heures et un certificat de quinzaine; qu'un autre médecin, délégué par le préfet vient constater, dans les trois jours, l'état de tout malade placé dans un asile privé; que les pièces relatives au placement sont envoyées au préfet et au procureur de la République; qu'elles sont toutes copiées sur un registre matricule où le médecin de l'établissement est en outre obligé de consigner, chaque mois, les changements survenus dans l'état de chaque malade (articles 8, 9, 10, 12).

Si les adversaires de la loi voulaient se donner la peine d'étudier ce système de garanties, pourraient-ils encore nier la droiture des intentions qui ont dicté ces prescriptions, la sollicitude con-

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

sciencieuse avec laquelle les deux intérêts en présence ont été respectés et conciliés ?

Pour les placements d'office, les formalités, en ce qui concerne l'établissement, sont plus simples; il n'a qu'à se conformer à des décisions qui sont rendues en temps ordinaire par les préfets, en cas d'urgence par les commissaires de police ou les maires; mais ces magistrats, absolument responsables de leurs arrêtés, se doivent à eux-mêmes de n'en prendre aucun sans être suffisamment éclairés sur sa nécessité. Aussi leurs décisions sont-elles presque constamment basées sur une enquête administrative et un certificat médical (articles 18-19).

Le placement d'office, une fois effectué, est l'objet de toutes les garanties, de tous les moyens de contrôle énumérés précédemment à l'occasion des placements volontaires.

Mais s'il était important de régler les conditions d'admission, il ne l'était pas moins de déterminer celles de la sortie; la loi n'y a pas manqué.

Les personnes placées dans un asile doivent en sortir immédiatement après que le médecin a déclaré qu'elles sont guéries (articles 13 et 23).

Même sans être guéris, les malades placés volontairement doivent également en sortir dès qu'ils sont réclamés par leurs familles (art. 14), à moins que le médecin ne déclare qu'ils sont dangereux pour l'ordre public ou la sécurité des personnes, auquel cas le préfet peut transformer le placement volontaire en placement d'office et ordonner le séjour prolongé dans un asile (art. 21).

Ajoutons que, même les malades placés d'office, peuvent être rendus à leur famille sans être guéris, s'ils sont réclamés et s'ils cessent de paraître dangereux.

Nous avons déjà parlé de la surveillance exercée sur les asiles par différents fonctionnaires chargés de les visiter et de recueillir les plaintes des malades (art. 4). Mais, par surcroît de garantie, la loi a voulu que ceux-ci fussent toujours libres de faire parvenir leurs plaintes par écrit ou de mettre l'autorité judiciaire en demeure de prononcer la validité de leur séquestration. Pour cela, ils n'ont qu'à saisir, par une requête, le président du tribunal. Celui-ci se livre d'urgence aux vérifications nécessaires et rend, en chambre du conseil, un arrêt non motivé qui ordonne la sortie immédiate ou le maintien dans l'asile (art. 29).

Nous pouvons nous arrêter ici; non que les autres dispositions de la loi soient sans importance; loin de là, car elles s'occupent de régler le mode de payement des frais d'entretien et de traitement des aliénés indigents, de pourvoir à la protection et à l'administration des biens de ceux qui possèdent quelque chose, et ce sont là des questions d'un intérêt majeur; mais elles n'appartiennent pas au domaine médical proprement dit, et, à cause de cela, nous nous dispensons de nous étendre sur elles; il nous suffira d'en avoir indiqué l'existence.

(A suivre.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 21 juin 1872, a déclaré la vacance de deux places au titre de membre titulaire.

La Société rappelle aux candidats les conditions d'admission :

Pour être admis membre titulaire, il faut : 1° Etre docteur en médecine ;

2° Adresser au président une demande écrite, accompagnée d'un exemplaire ou de l'indication des travaux antérieurs;

3° Faire à une séance de la Société la lecture d'un travail encore inédit.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité élémentaire de chirurgie, avec figures intercalées dans le texte, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Tome II[e], 3[e] et dernière partie, prix : 5 fr. 50. Prix de l'ouvrage complet ; 28 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons sur les maladies du système nerveux, faites à la Salpêtrière, par le docteur CHARCOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, recueillies et publiées par le docteur Bourneville. In-8° avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'expression utérine appliquée au fœtus, par le docteur SUCHARD. In 8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Malades et médecins, par le docteur Ch. BOILET. In-12. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des lunettes après l'opération de la cataracte, par le docteur BOUL, ancien chef de clinique du docteur Weckes. In-8° avec figures. — Prix : 1 franc. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES ET DE LA PEAU

GRANULES ET BAINS

SULFO-ACIDULES

DE THOMMERET-GÉLIS

Employés dans les hôpitaux et prescrits par beaucoup de médecins comme remplaçant les eaux **sulfureuses naturelles** pour boisson et bains. — Traitement plus facile et moins coûteux. Un granule représente un verre d'eau **sulfureuse** et se prend comme pilule ou dissous dans l'eau, pour boisson, gargarisme ou pulvérisation. Le flacon de 50 granules, 2 fr. franco par la poste. Bain, 1 fr.; 6 flacons, 5 fr. Pharm. 32, *faubourg Montmartre*, Paris, dépôt du **SHERRY-KINA**, le meilleur tonique, la bouteille, 4 fr., dans toutes les pharm.

Ergotine et Dragées d'Ergotine de BONJEAN (Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris). — D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 gramm.; eau, 100 gramm.) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

VIN ANALEPTIQUE

DU Dr O' RORKE

PHOSPHATO-CALCIQUE

ET *alcalino*-FERRUGINEUX.

D'une incontestable utilité dans la chlorose et l'anémie, l'aménorrhée, la leucorrhée, les engorgements glandulaires, la convalescence des maladies graves, la débilité, l'amaigrissement, la phthisie, le diabète, l'albuminurie, le scorbut, le rachitisme et les maladies des os, les traumatismes, certaines dyspepsies, pendant la croissance, la grossesse, l'allaitement.

Dépôt central chez CHRISTEN, pharmacien, rue du Caire, 31, Paris.

(**Vaud**) **LAVEY-LES-BAINS** (**Suisse**)

Station de chemins de fer : SAINT-MAURICE.

Eau sulfureuse à 45°,

Bains salins et d'eaux-mères.

Établissement thermal complet : *Bains, douches, inhalations.*

Traitement des *affections scrofuleuses* par les EAUX-MÈRES DES SALINES DE BEX, analogues à celles de Kreuznach ; *rhumatismes*, *maladies de peau.*

S'adresser pour tous renseignements à M. le docteur PELLIS, médecin des bains, ou à M. PASCHE, gérant, à Lavey-les-Bains.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

GRANULES DE DIGITALINE

D'HOMOLLE ET QUEVENNE

(Auteurs de la découverte.)

Médaille d'or. — Approbation de l'Académie. Seule digitaline admise dans les hôpitaux de Paris.

« Je continue, dit M. le professeur BOUCHARDAT, à l'exemple de tous les médecins des hôpitaux de Paris, d'employer exclusivement la « **Digitaline d'Homolle et Quevenne**, qui « représente fidèlement les propriétés utiles de la « digitale, et qui, sous forme de granules d'un milligramme, constitue une préparation inaltérable, « d'un dosage exact et d'une administration facile. » *Annuaire de la thérapeutique* de 1870, p. 132.)

Dose : 1 à 4 *Granules par jour* dans tous les cas où la Digitale est indiquée.

Le flacon de 60 Granules, 3 fr., chez *Collas*, 8, *rue Dauphine, Paris*, et dans toutes les Pharmacies. — Se méfier des imitations — nombreuses — dont l'origine incertaine expose le praticien à des mécomptes.

HUILE DE FOIE DE MORUE

IODO-BROMO-PHOSPHORÉE

De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :

A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Ce, r. Vivienne, 8.

GRANULES ANTIMONIAUX

ANTIMONIO-FERREUX ET ANTIMONIO-FERREUX AU BISMUTH

Du docteur PAPILLAUD

NOUVELLE MÉDICATION A BASE D'ARSÉNIATE D'ANTIMOINE

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans les séances des 8, 15 et 23 octobre 1870.

Les **Granules antimoniaux** sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes, dans les *affections névrosiques, rhumatismales* ou *hypertrophiques du cœur*, et dans l'*asthme*, le *catarrhe* et la *phthisie* à ses débuts.

Dans les **Granules antimonio ferreux** les propriétés réparatrices du fer, unies aux effets reconstituants de l'arséniate d'antimoine, constituent le remède le plus sûr et le mieux toléré à opposer à la *chlorose*, *chloro-anémie*, la *scrofule*, les *névralgies* et *névroses.*

Les **Granules antimonio-ferreux au bismuth** sont particulièrement destinés à la guérison des affections nerveuses des voies digestives.

Pharmacie E. Mousnier, à Saujon (Charente-Inférieure), et dans toutes les pharmacies, en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies, 141, rue Montmartre; 43, rue de Clichy; 86, rue du Bac; 1, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue; 103, rue Neuve-des-Mathurins, et 86, rue du Bac.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent **vital la Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) **et dans toutes les pharmacies**

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FEHLING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

MÉDECINE NOIRE EN CAPSULES

Préparée par J.-P. LAROZE, pharmacien,

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Six capsules représentent la médecine noire du *Codex*, et sont prises avec facilité. Elles purgent abondamment, toujours sans coliques, sont préférables aux purgatifs salins, qui ne produisent que des évacuations aqueuses, et surtout aux drastiques, en ce qu'elles n'irritent jamais. Elles contiennent, sous forme d'extrait, le principe actif des substances qui composent cette médecine, et la manne, *d'un effet si douteux*, y est remplacée par l'huile douce de ricin. D'après les médecins qui en font usage, c'est le purgatif le plus sûr, le plus doux, le plus facile à prendre et le mieux supporté.

Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

SEULE PRÉPARATION APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Pour la préparation instantanée des **Eaux minérales sulfureuses** et des **Bains sulfureux.**

Prix : la boîte de poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse, 2 fr. 50. — Le flacon pour 1 bain, 1 fr. — 6 flacons, 5 fr.

Pharmacie CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

N° 75. — SAMEDI 29 JUIN 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 29 JUIN 1872. — N° 75.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Médecine pratique ; accouchements ; ivresse éthérée. — Promenade dans les hôpitaux : Engorgement ganglionnaire ; opération ; réveil après l'anesthésie chloroformique. Accidents syphilitiques tertiaires survenus très-longtemps après le chancre initial ; iode et mercure. — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bibliographies.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Médecine pratique. — Accouchements. — Ivresse éthérée.

(Deuxième article.)

Il y a deux ans, dans le mois de décembre 1869, j'avais assisté, dans un premier accouchement, une jeune dame chez laquelle le travail avait été très-long et très-pénible. Les contractions de l'utérus avaient été longtemps partielles et irrégulières, crampoïdes pour ainsi dire, et par conséquent douloureuses. Elles se succédaient à des intervalles assez espacés, et duraient très-peu, mais s'accompagnaient de maux de reins assez violents. Une première fois, lorsque, après plusieurs heures de ces souffrances, le col était déjà dilaté de la largeur d'un décime environ, le travail s'était arrêté, les contractions avaient cessé, le col s'était peu à peu reformé, et il avait fallu attendre au mois suivant pour voir commencer un nouveau travail. J'ai déjà noté précédemment dans une Revue clinique cette particularité curieuse, en rappelant que plusieurs exemples semblables ont été publiés par M. le docteur Charrier. Les faits de ce genre soulèvent une question qui me paraît encore douteuse, bien que nos maîtres en obstétrique la résolvent généralement aujourd'hui par la négative : celle de savoir si, chez la femme, la grossesse peut se prolonger au-delà du neuvième mois. La jeune dame en question était bien convaincue, ainsi que son mari, que le premier travail resté inefficace correspondait exactement avec le terme de neuf mois, et qu'en définitive elle avait accouché au dixième mois. Le développement de l'enfant, sa force, l'énergie de ses premiers cris, la longueur de ses ongles et de ses cheveux tendaient à confirmer dans cette pensée ; et après tout, je ne vois pas pourquoi de tels retards, observés souvent chez les animaux, seraient impossibles chez la femme, et chez elle exclusivement.

Quoi qu'il en soit, ce double travail, si long, si pénible, avait laissé des souvenirs peu agréables à cette jeune dame, et elle se mit à envier quelques-unes de ses amies que leur accoucheur, un étranger, avait endormies par le chloroforme pendant les douleurs. Aussi, deux ans plus tard, quand approcha le terme d'une nouvelle grossesse, le mari vint me demander ce que je pensais de l'anesthésie chloroformique durant l'accouchement.

L'anesthésie chloroformique est toujours pleine de dangers quand on la porte jusqu'au degré d'insensibilité complète et de sommeil.

Lorsqu'il s'agit de faire une grande opération, l'immense avantage de pouvoir procéder lentement et sûrement sans avoir à craindre de provoquer des résistances, d'opérer mieux par conséquent, de ne pas épuiser les forces du patient par une douleur trop vive, trop continue, trop énergiquement supportée, et le sang froid de l'opérateur par une compassion trop puissante, tout cela, mis en ligne de compte, contre balance et au delà les quelques chances de mort qui appartiennent en propre au chloroforme, car d'autres chances de mort, plus nombreuses peut-être, se trouvent écartées, et, par suite, la suppression de la sensation douloureuse est en somme tout bénéfice.

Mais dans l'accomplissement d'une fonction aussi normale que l'est un accouchement naturel, cette suppression de la douleur serait la seule compensation pour les mêmes chances de mort, et il est peu de médecins qui trouvent que ce soit assez pour leur conscience.

A Paris même, déjà plusieurs femmes en couches sont mortes par le chloroforme ; et cependant le nombre des accoucheurs qui en font usage est bien limité, le nombre de celles qui furent endormies n'est pas bien grand.

On comprend du reste que les dangers de l'insensibilité produite arrivent au summum dans la pratique obstétricale.

En effet, la physiologie expérimentale a prouvé que ces dangers s'accroissent par la durée de la période de torpeur. Les animaux finissent toujours par succomber quand on prolonge suffisamment l'action somnifère des anesthésiques.

Or il n'est pas d'opération qui dure aussi longtemps que certains accouchements, du reste naturels. Si donc on songe à maintenir le sommeil jusqu'à la sortie du délivre ou du moins jusqu'à l'accouchement, on peut se trouver ainsi conduit à hâter la fin du travail ou la délivrance par une intervention inutile, et c'est un grand tort. Ou si l'on se résigne à attendre, conformément au précepte des maîtres, on doit craindre de plus en plus la survenance d'accidents.

En Angleterre, à ce qu'il m'a paru par la lecture de discussions dont les journaux anglais ont rendu compte, l'anesthésie, dans la pratique obstétricale, est généralement moins complète qu'en France, et le plus souvent on l'obtient à l'aide d'un mélange d'éther et de chloroforme où l'éther domine de beaucoup.

Chez nous, au contraire, les accoucheurs qui se décident à

pratiquer l'anesthésie procèdent absolument comme les chirurgiens. A Paris, ils se servent du chloroforme pur et arrivent le plus vite possible à la période d'abolition de tout mouvement volontaire.

Nous avons vu qu'en ce qui touche la première phase de l'action des anesthésiques, l'opinion classique y suppose une exagération de la sensibilité et la résume par ces mots : *agitation, hyperesthésie.*

J'ai dit pourquoi cette opinion me semble fausse.

S'il était vrai que ce fût là une erreur classique et que l'exagération portât non sur la sensibilité, mais sur ses manifestations, grâce aux circonstances au milieu desquelles elles se produisent lorsqu'il s'agit d'une opération chirurgicale, les circonstances étant tout autres en cas d'accouchement, cette fausse hyperesthésie n'y serait pas également à craindre.

En effet, la femme en travail ne se défie pas des sensations qu'elle éprouve comme celle qui est sous une main chirurgicale ; l'accouchement est le plus souvent une fonction si naturelle dans son mécanisme, que la femme, tout en sachant qu'elle doit souffrir, n'a pas l'effroi de celle qui subit une souffrance infligée.

D'ailleurs, les douleurs se produisent par elles-mêmes, indépendamment de toute intervention étrangère. Si l'accoucheur peut les calmer dans une certaine mesure, cet adoucissement sera d'autant mieux venu qu'on n'y verra pas un précurseur de bistouri, pour ainsi dire.

L'état mental sera donc tout autre; le système nerveux, autrement disposé, ne réagira plus de la même manière : l'ivresse éthérée et chloroformique pourra donc n'avoir plus les caractères décrits par ceux qui ont surtout observé l'anesthésie chirurgicale.

En conséquence, j'annonçai au mari que, repoussant absolument l'idée de l'anesthésie portée jusqu'au sommeil et longtemps maintenue suivant la méthode dont on avait parlé à sa femme, j'étais, au contraire, tout prêt, si les souffrances étaient trop vives et trop prolongées, à essayer de les calmer à l'aide de l'ivresse éthérée.

Pourtant, ne voulant pas me voir forcer la main, voulant pouvoir juger moi seul de l'opportunité d'une intervention de ce genre, je convins avec lui qu'il ne lui serait pas même espérer à sa femme l'emploi possible des anesthésiques.

Ceci se passait dans le mois de décembre 1871. Le 10 février 1872, je fus appelé pour les premières douleurs.

Je remets à vendredi prochain la narration de cet accouchement; je tiens à parler auparavant d'un fait qui, bien que très-ordinaire en lui-même, ne doit pas rester inaperçu, car il a trait à un point important de physiologie qu'il ne faut pas perdre de vue dans l'emploi des anesthésiques.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX.

Engorgement ganglionnaire. — Opération. — Réveil après l'anesthésie chloroformique.

Voici ce fait :

Lundi dernier, M. Broca opérait une jeune malade pour un engorgement ganglionnaire du cou. Du côté droit, les ganglions sous-maxillaires et ceux qui se trouvent situés sur la trame des vaisseaux et sous le muscle sterno-cléido-mastoïdien étaient fortement hypertrophiés. Après avoir essayé en vain de les réduire en y injectant de la teinture d'iode, M. Broca s'était décidé à les extirper. Cette opération est très-laborieuse, car après avoir divisé la peau, les aponévroses et les coques fibreuses, il faut arracher un à un les ganglions, surtout avec les doigts, en s'aidant seulement d'une spatule ou d'une sonde cannelée, très-rarement du bistouri ou des ciseaux. Le voisinage des gros vaisseaux impose cette marche prudente, qui met la plaie, du reste, dans de bonnes conditions, car par suite de l'arrachement le tissu cellulaire, pour ainsi dire feutré, se prête moins aux infiltrations.

On endormit d'abord complètement la malade ; puis, l'opération se prolongeant, on la laissa revenir à un demi-réveil, et, après l'avoir fait passer plusieurs fois par des phases successives de sommeil et d'ivresse, on finit par la laisser assez longtemps dans ce dernier état pendant qu'on achevait l'opération.

Comme d'ordinaire en pareil cas, on nota d'abord une sorte de sous-délire loquace. La malade exprimait des sentiments très-vifs de reconnaissance pour un des élèves chargés du pansement dans le service, elle le cherchait des yeux, l'appelait, faisait son éloge, disait qu'il était bien soigneux, bien laborieux, bien adroit, bien doux. Un peu plus tard elle se rendit mieux compte de ce qui se passait et commença à s'adresser directement à l'opérateur, dont elle eut pourtant quelque peine à retrouver le nom exact. Elle répondit alors à ce qu'on lui disait, exécutait les mouvements volontaires que M. Broca lui prescrivait, indiquait où portait la main du chirurgien qui arrachait les ganglions ; mais, c'est là le point important, elle *n'éprouvait pas de douleur.*

Aussitôt que l'opération fut terminée, je l'interrogeai à ce sujet devant M. Broca. Elle était alors à peu près complétement revenue à elle, et elle affirma à plusieurs reprises que, sentant parfaitement le contact des doigts et des instruments dans sa plaie elle n'avait pourtant pas souffert le moins du monde.

Comment expliquer cette analgésie sans anesthésie sous l'influence du chloroforme ?

Il faut d'abord se rendre bien compte du mécanisme de la douleur.

La douleur n'est pas comme le tact, le goût, etc., une sensibilité spéciale ; c'est l'exagération, la déviation, et pour ainsi dire la déformation d'une sensibilité normale.

Affaiblissez suffisamment la sensation qui devait être douleur, et vous lui trouverez une autre forme. Ici, l'arrachement équivalait, pour le sensorium émoussé, à un simple tiraillement peu désagréable.

Nous verrons ailleurs les contractions de l'utérus, excessivement pénibles et douloureuses auparavant, devenir, par comparaison, presque agréables sous l'influence d'une légère ivresse éthérée.

Accidents syphilitiques tertiaires survenus très-longtemps après le chancre initial. — Iode et mercure.

Le voisinage des régions me conduit à parler d'une énorme tumeur qu'un malade de M. Guyon portait sur le côté droit de la mâchoire inférieure. Cette tumeur avait semblé de nature suspecte au médecin dans le service duquel cet homme était d'abord entré; elle parut également suspecte à M. Guyon. Elle faisait corps avec le maxillaire inférieure, sa saillie en dehors était considérable et elle entravait déjà beaucoup les mouvements de la mâchoire.

Le malade déclarait n'avoir eu qu'une seule affection vénérienne, plus de quarante ans auparavant. (Il avait passé la soixantaine). Durant ce long intervalle jamais il n'avait remarqué d'accidents secondaires ou d'accidents tertiaires. Il n'avait eu aucune affection de la peau d'aucune espèce, pas de gourme, pas de

douleurs ostéocopes ; en un mot rien qui pût faire supposer qu'il fût encore sous l'influence de la vérole.

Pourtant, M. Guyon crut utile d'essayer un traitement antisyphilitique avant de recourir à une opération qui était loin d'être sans danger. Il prescrivit les pilules de Dupuytren et l'iodure de potassium.

On sait que les pilules de Dupuytren sont composées de :

Deuto-chlorure hydrargyrique. .	*Douze* milligrammes.
Extrait d'opium.	*Quinze* —
Extrait de gayac.	*Cinq* centigrammes.

Elles diffèrent donc surtout des pilules de Sédillot en ce que le mercure, au lieu d'y être à l'état métallique, s'y trouve à l'état de deuto-chlorure, c'est-à-dire de sublimé corrosif, ce qui a conduit à l'associer à l'opium afin de le rendre moins irritant.

Sauf ce détail assez important, c'est toujours cette même médication mixte par le mercure en même temps que par l'iode, dont nous avons noté les excellents effets dans une de nos revues cliniques.

Ici le résultat fut prompt. La tumeur avait déjà beaucoup diminué au bout de quelques jours, et elle continuait à diminuer quand le malade, par une fantaisie, quitta le service.

A ce sujet, M. Guyon nous a raconté plusieurs faits observés par lui et qui montrent combien longtemps après l'accident primitif, la syphilis peut occasionner des accidents tertiaires, sans qu'il y ait rien eu dans l'intervalle pour indiquer la filiation.

Il nous a raconté entre autres l'histoire d'une dame qui, vers l'âge de soixante ans, se plaignait de douleurs nocturnes, auxquelles personne ne prêtait grande attention jusqu'au moment où l'on vit paraître des exostoses sur le frontal.

M. Guyon, ayant alors interrogé cette dame avec grand soin, apprit que vers l'âge de dix-huit ans elle avait eu sur une lèvre quelque chose que l'on avait pris pour le charbon et qu'on avait cautérisé, mais qui avait mis assez longtemps à se guérir ; les ganglions du cou s'étant engorgés, M. Guyon ne douta pas qu'il se fût agi d'un chancre buccal.

Il administra l'iodure de potassium; les exostoses disparurent; mais une éruption tuberculeuse obligea bientôt à suspendre les iodures.

Quelque temps après il se déclarait une paralysie de la troisième paire. Cette fois encore M. Guyon voulut d'abord employer les iodures seuls ; mais l'éruption tuberculeuse ayant reparu, surtout à la face, il leur adjoignit le mercure pour en finir, et la guérison fut rapidement obtenue.

Nous réservons pour une autre revue clinique certains faits observés par nous dans le même service et dont on ne peut tirer parti en quelques mots. Notons seulement que dans les fractures de jambe, M. Guyon soutient le membre à l'aide d'une attelle postérieure moulée, faite au moyen d'un linge plâtré, solidifié sur place après avoir été mouillé. Cette attelle s'étend le long de la jambe et faisant le tour du talon, le long de la plante du pied jusqu'aux orteils. Elle permet notamment d'éviter la douleur parfois atroce qu'éprouvent, au niveau du talon, certains malades atteints de fracture de la jambe et dont le pied se trouve porter à faux.

Dr Victor Révillout.

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION

Par le docteur Georges Dieulafoy.

. . . .

DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Quel service peut nous rendre l'aspiration dans le traitement des kystes hydatiques du foie ? J'ai utilisé, dans ce cas particulier, l'application de cette idée générale que j'ai formulée au sujet de tous les liquides pathologiques, à savoir : quand un liquide, quelle que soit sa nature, s'accumule dans une cavité séreuse ou dans un organe, et quand cette séreuse ou cet organe sont accessibles sans danger pour le malade à nos moyens d'investigation, notre premier soin doit être d'aspirer ce liquide ; s'il se forme de nouveau, on le retire encore, et plusieurs fois de suite, si cela est nécessaire, de manière à épuiser la séreuse par un moyen tout mécanique et absolument inoffensif, avant de songer à en modifier la sécrétion par des agents irritants et quelquefois redoutables.

C'est cette méthode qui m'a donné de bons résultats dans l'hydarthrose, qui a été employée avec succès par M. Dolbeau dans les abcès par congestion ; par M. Bouchut dans le traitement de la pleurésie purulente, et qui vient d'être mise récemment en usage par M. da Camara Cabral (de Lisbonne), qui a traité et guéri un enfant atteint d'hydrorachis congénitale. C'est là, croyons-nous, un des côtés les plus pratiques que l'aspiration mette à notre service; nous sommes en possession d'un moyen purement mécanique, qui nous permet de tarir les liquides pathologiques ; c'est une lutte qui s'établit entre la séreuse qui sécrète et l'opérateur qui excrète, et l'on trouve que la séreuse se fatigue plus vite que l'opérateur. Je reviendrai plus longuement dans un autre travail sur ces idées, que je me contente d'exprimer ici.

Observation I. — *Kyste hydatique du foie. — Une aspiration. — Guérison.*

Une malade, âgée de 24 ans, entre, au mois de mai 1870, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Gubler, salle Sainte-Marthe, nº 1. On constate une légère tuméfaction de l'hypochondre droit et une saillie assez manifeste dans l'angle formé par le muscle droit de l'abdomen et les côtes. Cette tumeur n'est ni bosselée ni indurée, on la trouve au palper uniforme et rénitente ; le foie est légèrement abaissé, et la région tuméfiée est sillonnée par quelques veines peu apparentes. Les symptômes généraux sont peu caractéristiques, il n'y a pas de troubles dyspeptiques, pas d'ictère, et cette femme, qui fait remonter à huit mois environ le début de sa maladie, ne se plaint que du volume que prend son ventre et de la gêne croissante qu'elle éprouve pour respirer.

Le diagnostic de cette tumeur fut discuté, et M. Gubler s'arrêta à l'idée d'un kyste hydatique du foie ; cependant, pour plus de certitude, et confiant dans l'innocuité de l'aiguille aspiratrice, il me demanda de pratiquer l'aspiration. Je fis usage de l'aiguille nº 1, qui fut introduite au niveau du point le plus saillant de la tumeur, et à quatre centimètres de profondeur, je rencontrai le liquide. Celui-ci jaillit aussitôt dans l'aspirateur, limpide et transparent comme de l'eau distillée ; j'en aspirai, séance tenante, 500 grammes, et je m'arrêtai quand le kyste parut épuisé. Je retirai l'aiguille ; la douleur était nulle, et la piqûre si insignifiante qu'elle était à peine visible ; on trouva dans le liquide quelques crochets d'échinocoques. Pas d'albumine.

---

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

A la suite de cette opération, la malade n'éprouva pas le plus léger malaise : elle se leva dans la journée ; la respiration devint normale, la tumeur ne reparut pas, et, quinze jours après, cette femme demanda sa sortie. Depuis cette époque, j'ai cherché à retrouver cette femme, désireux de savoir si la guérison s'était maintenue, mais je n'ai pu avoir aucun renseignement sur son compte. Toutefois ce fait nous montre l'innocuité de l'aspiration, le bien-être immédiat qui en a été la conséquence, et qui a permis à la malade, quinze jours plus tard, de quitter l'hôpital.

Il faut dire que les meilleures conditions de réussite se trouvaient ici réunies : le kyste était peu développé, placé superficiellement et à une période peu éloignée du début.

Obs. II. — *Kyste hydatique du foie. — Deux aspirations. — Guérison. — Apparition subite d'urticaire.*

Un homme âgé de 30 ans, serrurier de profession, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Matice, pour une tumeur volumineuse de l'abdomen. La maladie a débuté, il y a deux ans, par un point de côté assez violent et continu dans l'hypochondre droit. A cette époque, on appliqua des sangsues et des vésicatoires sur la région du foie; les douleurs persistèrent pendant deux mois, puis elles disparurent, et le malade commença à s'apercevoir d'un développement insolite du ventre. Actuellement on ne constate ni ascite ni ictère, et cet homme n'a jamais eu ni épistaxis, ni hémorrhagie intestinale. Les derniers espaces intercostaux ne sont pas élargis. La circulation collatérale est développée sur les parties médiane et latérale de l'abomen, et le point culminant de la tumeur est situé dans l'angle que forment les côtes et le muscle droit de l'abdomen. La mensuration prise au niveau de la tumeur donne les résultats suivants:

Circonférence totale de l'abdomen,	$0^m,78$.
Côté droit,	$0^m,41$.
Côté gauche.	$0^m,37$.

La tumeur est lisse au toucher; elle donne à la pression une sensation de fausse fluctuation; la matité est complète et s'étend en avant et en haut jusqu'au quatrième espace intercostal, en bas elle déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Comme symptômes généraux, cet homme se plaint d'un affaiblissement notable; depuis deux mois il a dû interrompre son métier de serrurier, l'appétit est mauvais et la respiration fort gênée; par intervalles surviennent des vomissements.

M. Matice, après avoir porté le diagnostic de kyste hydatique du foie, fait une ponction à l'aide d'un trocart explorateur ordinaire ; on retire environ 300 grammes d'un liquide clair et limpide, après quoi l'écoulement s'arrête. Dix minutes à peine après cette opération le malade est pris de nausées, de hoquet et d'une urticaire qui se généralise rapidement à tout le côté droit du corps, jambe, bras et thorax, sans envahir le côté gauche. Le malade se plaint en même temps de douleurs assez intenses dans l'abdomen ; quelques vomissements verdâtres surviennent, mais ces accidents qui auraient pu faire redouter une péritonite, s'amendent dans la soirée. Les jours suivants, une fièvre, peu vive du reste, se déclare ; la tumeur de l'abdomen conserve sensiblement le même volume qu'avant la ponction ; l'état général est peu satisfaisant et l'on propose l'aspiration du liquide. Je pratique cette aspiration avec l'aiguille n° 2, en piquant la tumeur sur le point le plus en relief, et je retire 950 grammes d'un liquide légèrement louche en voie de purulence, mais n'ayant aucune mauvaise odeur. Après cette opération la tumeur est complétement affaissée, aucun accident ne survient, le malade n'éprouve ni douleur, ni nausées, ni urticaire ; la fièvre disparaît, la respiration devient plus libre, et les jours suivants l'appétit renaît peu à peu. Trois semaines plus tard cet homme quittait l'hôpital et pouvait reprendre son métier de serrurier. Je l'ai revu quatre mois après; la guérison ne s'était pas démentie, la santé était excellente, on ne trouvait plus de tumeur dans l'hypochondre droit.

Ce qui est singulier dans cette observation, c'est l'apparition brusque de cette *urticaire* survenant quelques instants après la ponction, et coïncidant avec la dyspnée, les nausées et les vomissements, comme cela a lieu après l'ingestion de moules et de certains coquillages. Les plaques d'urticaire envahirent rapidement le côté droit du corps et y restèrent limitées pendant quelques heures ; la fièvre fut très-modérée, et dans la soirée tout phénomène avait disparu. Quelques jours plus tard, par une singulière coïncidence, ayant pratiqué l'aspiration chez une femme atteinte de kyste du foie, dans le service de M. Axenfeld, je fus témoin d'un fait analogue que je rapporterai plus en détail dans l'observation VI. La malade, quelques heures après la piqûre, fut prise d'une *urticaire* généralisée qui persista pendant deux jours, après avoir successivement envahi et abandonné à plusieurs reprises les différentes parties du corps. Frappé de ces deux faits, je me demandai quelle relation pouvait exister entre la piqûre du foie et le développement de l'urticaire. Je signale ces observations, sans chercher à faire la moindre théorie, mais je ne peux m'empêcher de les rapprocher de faits mieux connus. Il est très-commun d'observer le prurigo chez les ictériques, et l'on a trouvé fort naturel de le mettre sur le compte des acides biliaires, dont le conflit avec les terminaisons des nerfs serait apte sans doute à produire les démangeaisons. De son côté, Graves, étonné des rapports qui unissent entre elles certaines maladies, signale la réunion et la succession de l'arthrite, de l'hépatite et de l'urticaire. Dans le cours d'une phlegmasie articulaire, dit-il, un individu est pris d'une hépatite avec ictère, et cette ictère est suivie d'urticaire ; et comme la succession de ces phénomènes morbides s'est présentée huit fois à son observation, il en conclut qu'il ne s'agit pas ici d'une coïncidence fortuite, mais que ces diverses affections doivent être unies entre elles par quelques rapports de causalité.

Ce qui est certain c'est que, dans ces cas dont parle Graves, l'urticaire, comme précédemment le purigo, paraît avoir succédé à l'ictère, et ces affections prurigineuses semblent avoir avec l'ictère des relations intimes. Mais chez les deux malades dont je viens de parler, l'urticaire est survenue à la suite d'une piqûre insignifiante du foie, et sans qu'il y ait eu trace d'ictère ; chez l'un d'eux, l'urticaire était généralisée et localisée à tout le côté droit du corps, alors que dix minutes ne s'étaient pas encore écoulées depuis la ponction. Il n'est donc pas possible, dans cette circonstance, de rapporter à l'ictère le développement des accidents, et, d'autre part, on ne peut nier les rapports qui unissent entre elles l'urticaire et la lésion hépatique. Donc, dans les affections du foie, l'ictère pourrait bien ne pas être la véritable cause du développement de l'urticaire ou du prurigo, et il y aurait entre certains troubles hépatiques et le développement des maladies prurigineuses une relation qui n'est pas nettement établie.

(Sera continué.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette hebdomadaire* ; — le *Bordeaux médical* ; — le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine et de chirurgie de Toulouse* ; — le *Journal d'ophthalmologie* ; — le *Bulletin général de thérapeutique* ; — le 1er fascicule du tome IV de la *Pathologie externe*, de MM. Follin et Duplay ; — la circulaire n° 3 du département de la guerre des

États-Unis, sur le *Traitement des cas chirurgicaux dans l'armée américaine*, par le docteur Joseph K. Barnes.

M. LARREY présente une brochure du docteur Christian, de Bitshwiller, sur les plaies de guerre observées à l'ambulance de cette ville; — une leçon manuscrite de M. le professeur Beau, de Brest, sur un cas de fracture du condyle occipital droit par arrachement. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

M. LABBÉ présente, de la part du docteur C. B. Cabasse, un ouvrage intitulé : *Clinique médico chirurgicale de l'hôpital militaire de Bourbonne-les-Bains.*

M. DEMARQUAY présente, pour le concours du prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. Paul Foucault : *Essai sur les tumeurs des nerfs mixtes.*

M. FACIEU adresse un travail manuscrit intitulé : *Fractures multiples des membres inférieurs avec lésions graves des parties molles. — Présection du fémur dans la continuité. — Guérison sans claudication.* (Commission : MM. Saint-Germain, Sée, Dubrueil.)

M. DUBRUEIL, à l'occasion de la correspondance, dépose la pièce relative à l'observation de M. Beau, touchant une fracture de l'occipital par arrachement.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Lannelongue à prendre place parmi ses collègues.

COMMUNICATION

Plombage des plaies. — M. BURGEAVRE (de Gand), membre correspondant. J'ai insisté sur un principe pour le pansement des plaies. Le bandage ouaté ainsi que le plombage des plaies m'avaient semblé bons, parce qu'ils réalisaient ce principe, qui est celui de l'immobilisation des plaies.

Je dirai peu de chose du bandage ouaté, qui est expérimenté à Paris avec tout le soin et toute l'autorité désirables. J'insisterai sur le bandage avec le plomb, que j'ai modifié. Je me hâte de dire que ce plombage des plaies a été imaginé par Reveillé-Parise, qui l'appliquait aux plaies d'amputation.

Voici un appareil qui se compose d'une lame de plomb, de ouate et de trois bandes plâtrées. Ce petit appareil devrait se trouver dans les gares de chemin de fer, dans tous les endroits où il peut arriver des accidents.

Le plomb en feuille est placé autour des membres fracturés, comme une gouttière pleine, et le plomb est fixé par des bandes de diachylon ou une bande plâtrée; s'il y a fracture, on place une petite attelle par-dessus le plomb, au niveau de la fracture; puis on peut faire de l'irrigation entre la peau et la gouttière de plomb. Cette gouttière, en effet, à l'inverse du pansement ouaté, dont le but est la compression, ne doit pas être serrée.

Les appareils inamovibles sans ouate ne doivent jamais serrer; on a renoncé chez nous au bandage amidonné, qui était fait sans ouate, et l'on a dû y substituer le bandage amovo-inamovible. La gouttière de plomb, qui ne serre pas, n'est pas passible du reproche adressé à l'appareil amidonné.

L'occlusion absolue pour le traitement des plaies, occlusion que j'ai poursuivie, ne me paraît pas aussi indispensable qu'on pourrait le croire. Le pansement au plomb ne la réalise pas, et on en obtient de très-excellents effets. D'ailleurs, même le pansement ouaté ne parvient pas à faire une occlusion complète; il n'empêche pas la fermentation des gaz et des liquides des plaies.

Je termine en citant un fait : Un enfant avait eu le bras presque séparé du tronc et ne tenant plus que par les vaisseaux et la peau; j'ai placé ce bras dans la gouttière de plomb et j'ai fait de l'irrigation; au bout de trois semaines j'ai renouvelé le pansement. Depuis, la guérison a été obtenue sans encombre.

Vous voyez que j'ai laissé trois semaines la gouttière; j'insiste sur ce fait, car, moins on touche à une plaie, suivant moi, meilleur cela est.

Discussion sur l'érysipèle.

M. MARJOLIN. M. Verneuil a exposé sa doctrine dans la dernière séance. Il a voulu montrer que l'érysipèle et l'angioleucite étaient semblables. Je ne suis pas de cet avis. Je veux bien que l'état local et l'état général offrent une ressemblance, qu'il y ait des prodromes semblables; mais, entre la lymphangite franche et l'érysipèle, il y a une différence considérable. Il y a, certes, des lymphangites simples et des lymphangites graves. Un homme robuste, qui a une petite plaie, voit apparaître une rougeur sur le trajet d'un lymphatique, qui disparaît en peu de jours; mais s'il s'agit d'un ivrogne ou d'un individu qui est dans de mauvaises conditions, il y a une lymphangite grave, qui est due à une sorte d'empoisonnement. Dans ce cas, il y a intoxication, et la maladie n'est plus la même, et cette variété seulement peut être comparée à l'érysipèle.

L'érysipèle avec sa malignité est une maladie spéciale dont nous ne savons pas la nature. Mais ce que nous savons, c'est qu'il est épidémique et contagieux. Ne voyons-nous pas des salles entières prises d'érysipèle quand un individu entre dans la salle atteint d'un érysipèle? et les érysipèles ne s'arrêtent que quand l'on cesse d'opérer. Tous les recueils renferment des faits de contagion d'érysipèle. Le rapport de M. Larrey en a emprunté aux thèses de MM. Fenestre et H. Martin. Voit-on quelque chose de semblable pour la lymphangite. Qu'on me montre un élève qui ait gagné une lymphangite en soignant un camarade atteint de piqûre anatomique! L'érysipèle, au contraire, a été gagné souvent en soignant des érysipélateux.

Lorsqu'un érysipèle existe dans une salle, il faut s'abstenir de toute opération. M. Verneuil dit qu'il ne ferait, dans un cas pareil, que la chirurgie d'urgence. M. Després nie la contagion et l'épidémie. Il dit que nous reculons, que nous avons pris les idées anglaises; j'aime mieux cela que de rester stationnaire. M. Després dit encore qu'il s'est fait un jeu d'opérer pendant qu'il y avait deux érysipèles dans ses salles et que ses opérés n'ont pas eu d'érysipèle. Je crois que le principe de M. Després doit être repoussé. La Société de chirurgie, qui passe pour avoir la noble passion de ses malades, ne saurait admettre qu'il n'y a ni épidémicité, ni contagion; qu'il ne faut point modifier les hôpitaux, dont les salles sont mauvaises et favorisent les épidémies, et qu'il est inutile de prendre des précautions; qu'on peut enfin opérer dans toutes les conditions. Ce serait nuire aux doctrines qu'a défendues la Société, relativement à l'hygiène hospitalière.

M. PANAS. Je suis de l'avis de M. Verneuil. Il y a des lymphangites avec phénomènes généraux; il y a des poussées successives dans la lymphangite comme dans l'érysipèle. Sous ce rapport, je me rapproche de notre collègue; mais je diffère sur des points importants. Je ne crois pas que la suppuration soit moins fréquente dans l'érysipèle que dans l'angioleucite ou la lymphangite. Ici, la similitude n'est pas évidente, au contraire.

M. Verneuil admet quatre formes d'inflammation dans le système lymphatique. Les trois premières sont admissibles, mais la quatrième ne l'est pas. Je m'expliquerai tout à l'heure. Mais d'abord, ce n'est pas quatre formes qu'il faut établir; ce sont quatre siéges différents qu'il faut reconnaître. Le mal n'occupe-t-il pas des parties différentes : ici un ganglion, là un tronc lymphatique, plus loin un réseau?

M. Verneuil ne pense pas que l'inflammation occupe les vaisseaux sanguins dans l'inflammation ordinaire; mais cela n'est pas l'opinion admise; et puisqu'il admet que dans l'érysipèle l'inflammation occupe les vaisseaux lymphatiques, je ne vois pas pourquoi il refuse aux vaisseaux capillaires sanguins la propriété de s'enflammer dans l'érysipèle.

M. Verneuil dit que l'altération des lymphatiques est fatale dans l'érysipèle. Oui, je le crois; il y a mélange de la lymphangite avec l'érysipèle. Mais l'érysipèle, c'est quelque chose de plus que l'angioleucite. Les vaisseaux lymphatiques sont sous l'épiderme et à la superficie du derme. Au-dessous des lymphatiques, il y a les capillaires sanguins. Si l'inflammation est sous l'épiderme, il y a lymphangite pure; si l'inflammation gagne au-dessous, nous avons l'érysipèle.

L'érysipèle envahit le derme dans le premier degré; il y a de la sérosité épanchée, de l'œdème, et ce bourrelet périphérique de

l'érysipèle constitué par l'inflammation du derme; puis enfin il peut se former du pus dans la peau et sous la peau. Ce sont trois stades de la dermite : au premier, il y a lymphangite, mais dans les deux autres il y a autre chose. Il y a une dermite profonde, dont je vois une trace dans ce bourrelet périphérique de l'érysipèle. Je suis donc, on le voit, loin de confondre l'érysipèle avec la lymphangite. Il faut distinguer l'érysipèle de la lymphangite comme l'on distingue la pleuro-pneumonie de la pleurésie.

Dans les épidémies que nous observons, nous voyons, pour les malades dans de bonnes conditions, l'angioleucite; si les conditions des malades et du milieu sont mauvaises, l'inflammation devient l'érysipèle et même le phlegmon.

MM. Verneuil et Després disent tous deux que l'angioleucite et l'érysipèle sont une seule et même chose, qu'ils sont de même nature. Je veux bien qu'il y ait de grandes analogies, mais, au point de vue clinique, il faut séparer les deux affections, car l'érysipèle est beaucoup plus grave. Je me place entre ceux qui font une distinction radicale et ceux qui font une confusion absolue dans les deux maladies. Pour moi, l'érysipèle n'est pas la lymphangite. Mais la lymphangite peut devenir un érysipèle. C'est alors qu'on voit de nouveaux caractères apparaître. La suppuration et la gangrène sont plus habituelles dans l'érysipèle que dans l'angioleucite.

L'érysipèle n'est pas une fièvre éruptive. On l'a déjà dit ici, il n'a pas été démontré que la fièvre avait précédé de vingt-quatre à quarante-huit heures le début de l'érysipèle. L'érysipèle part d'une plaie; il n'a pas d'incubation. Au contraire des fièvres, il marche par poussées : tout indique une maladie de la peau.

Je crois à l'épidémicité et à la contagion, comme M. Verneuil. A un moment donné, sans que rien soit changé dans les habitudes d'un service, on voit les petites plaies et les grandes, les eczémas, les boutons compliqués d'érysipèle; cela dure parfois pendant trois et quatre mois. Il y a un génie épidémique évident. Ce fait même, que nous sommes obligés de ne point opérer dans nos salles lorsqu'il y a des érysipèles dans la salle, est encore une preuve importante.

M. Sée. Je voudrais objecter à la théorie de M. Després, acceptée par M. Verneuil, un fait incontestable. Le bourrelet de l'érysipèle indique le point d'activité de l'érysipèle; il doit correspondre à ce que M. Després croit être l'oblitération des lymphatiques par de la lymphe coagulée. Comment se fait-il que ce soit juste de ce bourrelet que partent de nouvelles plaques érysipélateuses? La marche de l'érysipèle semble se faire du côté où devrait être l'oblitération.

Je dirai à M. Panas que la lymphangite réticulaire ne forme pas de réseaux, comme il semble l'admettre, ou, s'il y en a, ils existent dans les gros troncs, et je suis de l'avis de M. Verneuil. Au début, il est difficile de distinguer la lymphangite de l'érysipèle.

Je ne crois pas que l'étendue de l'inflammation en profondeur transforme une lymphangite en un érysipèle. L'érysipèle et la lymphangite réticulaire siégent à peu près dans les mêmes parties.

M. Panas dit que les conditions individuelles font la lymphangite ou l'érysipèle alternativement, suivant le caractère de l'épidémie du moment. Je ne crois pas que ce soit dû aux conditions individuelles des malades: je pense que les causes épidémiques viennent de l'extérieur; car, en temps d'épidémie, l'érysipèle prend les individus bien et mal portants. Il y a certaines épidémies qui se manifestent sans qu'il y ait rien à dire aux pansements.

L'érysipèle apparaît tantôt spontanément, tantôt parce que l'air ambiant renferme un principe septique, un miasme. Introduit d'abord dans la plaie, celui-ci cause une inflammation septique spéciale. Il y a inflammation, puis infiltration de la matière septique, qui gagne de proche en proche comme l'œdème qui suit la morsure de la vipère. Le mal s'arrête quand la matière septique a épuisé sa virulence en se mêlant aux liquides, ou parce qu'il y a au niveau de la plaie arrêt de la production de la matière septique.

A l'occasion de ces remarques, je citerai un fait d'érysipèle qui a guéri une syphilide grave. Chez un malade qui était atteint d'une syphilide pustulo-crustacée douloureuse qui résistait au traitement mercuriel, un érysipèle est survenu; il a parcouru tout le corps. Cet érysipèle, après s'être terminé, avait fait disparaître l'éruption; ce n'est pas le traitement que j'ai fait pour l'érysipèle, un vomitif seulement, qui a pu guérir la syphilide.

M. Després. M. Sée fait cheminer quelque part ses matières septiques, et, à part les vaisseaux, je ne vois pas quels canaux il peut concevoir pour les transporter.

M. Trélat. M. Panas dit que la suppuration et la gangrène sont plus fréquentes dans l'érysipèle que dans la lymphangite. C'est une erreur, et je m'aperçois que M. Panas, comme M. Lefort, fait du phlegmon diffus un érysipèle. Non, l'érysipèle n'est pas normalement accompagné de suppuration dans le tissu cellulaire; le bourrelet périphérique de l'érysipèle n'est pas davantage une marque de l'inflammation profonde de la peau.

M. Panas nous fait dire aussi que M. Verneuil confond l'angioleucite et l'érysipèle. Nous ne les confondons pas, nous disons que dans l'angioleucite il y a une grosse part d'érysipèle, et réciproquement.

M. Verneuil. M. Marjolin invoque la contagion et l'épidémicité pour prouver que la lymphangite et l'érysipèle ne sont pas de même nature; mais, en temps d'épidémie, il y a autant de lymphangites que d'érysipèles. Quant à la contagion, M. Marjolin dit que l'on ne gagne pas une lymphangite en soignant un malade atteint de lymphangite; mais pour que l'expérience fût concluante, il aurait fallu que les gardes malades eussent une plaie, et cela n'a pas eu lieu. Il ne serait pas d'ailleurs prudent d'en faire l'essai.

On nous dit que la lymphangite n'est jamais grave; mais où a-t-on vu cela? Je réponds à nos contradicteurs par un seul mot : observez et vous verrez.

La lymphangite peut être contagieuse comme l'érysipèle, à certains moments. Il n'y a pas de différence à ce point de vue étiologique.

Je dirai à M. Panas que l'érysipèle est pour moi une variété de localisation de l'inflammation lymphatique dans les réseaux, et le bourrelet se produit à la partie tout à fait superficielle du derme, comme le bourrelet de la piqûre du cousin.

M. Panas. Je maintiens que dans l'érysipèle il y a infiltration de pus ou de sérosité purulente dans le tissu cellulaire. Le bourrelet est un œdème de la peau formé par des éléments gonflés; puis, après, le tissu cellulaire sous-cutané se gonfle et il y a de l'œdème.

M. Marjolin. Les traînées de la lymphangite ne ressemblent en rien aux plaques d'érysipèle.

L'érysipèle a un caractère tout à fait spécial. C'est en vertu d'un génie épidémique mauvais qu'il vient compliquer les opérations, suivre les opérés de lit en lit dans toute une salle. Les malades qui en sont atteints ont des phénomènes précurseurs, et, en particulier chez les enfants, il y a un vomissement prodromique.

L'érysipèle est tout à fait distinct de l'angioleucite. Vous voyez, dans un milieu infecté, des érysipèles apparaître et se transmettre par contagion. L'inflammation s'étend; elle se complique de contagions purulentes diffuses; l'érysipèle saute d'un bras à l'autre.

MM. Verneuil et Després. Jamais.

M. Marjolin. On ne voit pas d'épidémie de lymphangite, tandis qu'il y a des épidémies et des faits de contagion nombreux dans ces épidémies. Je prends à témoin le rapport de M. Larrey à l'Académie de médecine.

M. Paulet. La théorie de M. Després, soutenue par M. Verneuil, ne m'explique pas, par exemple, pourquoi des érysipèles s'arrêtent au pli de l'aine.

M. Verneuil. Je ne vois pas d'autre explication possible. En effet, les réseaux de l'abdomen, quoiqu'ils déversent à l'état physiologique la lymphe dans les ganglions de l'aine, communiquent avec les réseaux qui se rendent aux ganglions de l'aisselle.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : Armand Després.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 20 juin 1872, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur les médecins dont les noms suivent :

Au grade de chevalier : MM. Malabard (Jean-Asclèpe), médecin-major de 2e classe au 108e régiment d'infanterie ; 17 ans de services, 11 campagnes. — Bontemps (Paul), médecin-major de 2e classe au 3e régiment de zouaves ; 14 ans de services, 9 campagnes. — Frénoy (Antoine-Émile-Alexandre), médecin aide-major de 1re classe aux hôpitaux de Constantine ; 12 ans de services, 7 campagnes.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

De la laryngite syphilitique, par le docteur P. Perios. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du danger des opérations pratiquées sur le col de l'utérus, par le docteur Leteinturier. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 76. — MARDI 2 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. MARDI 2 JUILLET 1872. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le pri[illegible]nne[illegible]ent doit être envoyé en n[illegible]ste ou [illegible]traites sur Paris. — L'abonnem[illegible] 1er [illegible] mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDIC[illegible] acte du [illegible] 1853, institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,[illegible] pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce [illegible]nal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL D'AIX. Albuminurie; emploi de la teinture d'iode; guérison (M. Lisbonne). — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — Névropathie cérébro-cardiaque (M. Krishaber). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Variétés. — Nouvelles. — Bibliographies.

QUESTIONS PENDANTES

Sommes-nous donc dans un pays où l'exercice de la médecine est permis au premier venu ?

A quoi bon exiger un diplôme de docteur, après toute une série d'études et d'examens si, comme le suppose M. Hérard, il n'en résulte pas la moindre présomption de capacité professionnelle ?

Comment! il faudrait avoir reçu un titre officiel, être inspecteur pour que le malade eût quelque motif d'être rassuré sur les connaissances médicales de celui qui va le soigner?

Car telle est l'idée mère, et tel le résumé du rapport de M. Hérard sur l'inspectorat des eaux minérales.

Le doctorat étant sans valeur, il faudra bien le remplacer par quelque chose.

Les examens passés devant les Facultés étant considérés comme non avenus, il faudra bien imaginer quelque simulacre d'épreuves avant de conférer le titre d'inspecteur, ce titre officiel qui doit à lui seul indiquer la capacité, l'honorabilité, en un mot tout, absolument tout ce qui constitue un médecin.

« Ne serait-il pas facile, dit M. Hérard, avec les médecins, *les chimistes et les ingénieurs* du comité d'hygiène, avec les membres de l'Académie de médecine, avec quelques notabilités scientifiques désignées par des travaux spéciaux, de constituer un jury de concours devant lequel se présenteraient les jeunes médecins qui se destineraient à la carrière des eaux minérales ?

« Le programme serait facile à tracer : étude des maladies chroniques et des eaux minérales; notions de chimie et de minéralogie plus spécialement afférentes à la composition intime et au gisement des différentes sources; méthodes balnéaires et appareils hydrologiques. »

Eh ! mon Dieu, oui, tout est facile.

Les Académies italiennes des siècles derniers ont montré jusqu'où peut aller la fantaisie dans les conditions imposées à des candidats.

Dans l'une d'elles, celle de la Crusca, une des plus justement célèbres, il fallait montrer son érudition dans les termes techniques de la boulangerie, s'exprimer allégoriquement en plaçant à propos les mots de pétrin, de fleur de farine, de sacs de son, de levain, de mitron et tout le reste.

Or, il s'agissait d'y fixer la langue italienne, d'y faire un choix entre les classiques, en un mot de s'y consacrer de la façon la plus sérieuse à des travaux de littérature et de critique.

Il est vrai que la langue des boulangers rentrant dans la langue générale, on comprend mieux qu'on en ait exigé une connaissance approfondie à l'Académie de la Crusca, qu'on ne comprend pourquoi on voudrait demander des connaissances géologiques aux médecins chargés de pratiquer la médecine auprès des sources ou des thermes.

Les médecins inspecteurs n'auront point à créer d'eaux minérales ; cela leur serait même interdit : ils doivent se borner à employer, pour l'utilité des malades qui se seront adressés à eux, celles qu'ils trouveront existantes.

Ils ne seront pas chargés d'intervenir dans la découverte ou la recherche des sources nouvelles. L'État commet ce soin à des agents spéciaux, ingénieurs des mines, hommes plus compétents en minéralogie et en géologie, que ne le deviendrait jamais un médecin exerçant son art.

Mais, dira-t-on, ces connaissances ne nuiront pas au médecin. Non, sans doute, pas plus que celle de l'astronomie ou de la musique ; mais elles n'ont pas de rapport direct avec sa réelle mission.

Sa mission, qu'il soit inspecteur ou ne le soit pas, qu'il ait ou non reçu ce titre officiel qui, pour M. Hérard, devient une sorte de consécration, sa mission est de faire usage de médicaments, souvent très-puissants, que la nature lui fournit tout préparés avec une fixité de composition admirable.

Il n'a point à craindre les erreurs qui parfois ont pu se produire chez les pharmaciens les plus soigneux, et par conséquent il a moins à faire de vérifications et de chimie appliquée que beaucoup d'autres praticiens.

La composition exacte des sources dont il se sert lui est connue par des analyses confiées aux chimistes les plus habiles.

Et quant aux sources minérales d'une autre nature, situées ailleurs, il n'aura pas à les employer. Peu lui servira de les connaître.

Par conséquent, le programme tracé par M. Hérard serait un programme illusoire ; la plus grande partie des juges de ce concours n'auraient aucune raison d'y être, et celui qu'on désignerait par ce moyen au choix des malades pourrait en être le moins digne.

L'idéal, en effet, c'est un vrai médecin possédant ce tact, cet art qu'il est impossible de montrer dans un concours devant des géologues, des chimistes, etc.

Quant il s'agit de traitement, il ne serait pas même possible de constituer un jury sérieux en en excluant les profanes, car les membres les plus illustres de nos Académies et de nos Facultés sont loin de s'entendre sur l'opportunité des remèdes et sur leurs doses.

Or, tout le succès du médecin pratiquant aux eaux minérales tient à son *modus faciendi.*

Il en est, du reste, de même de tous les autres praticiens.

Si, pour les autres, on se contente de leur diplôme de docteur comme garantie, alors qu'ils prescrivent les médicaments les plus toxiques des pharmacies, des substances qui, données à tort, peuvent tuer en un jour, une heure, une seconde, pourquoi se montrer plus exigeant alors qu'il s'agit d'eaux minérales, où le danger n'est jamais si pressant?

On ne peut pas plus dans un cas que dans l'autre juger de l'art et du coup d'œil qui seront en jeu dans la pratique.

On n'a pas le droit d'imposer une des théories en présence plutôt qu'une autre, sur le mode d'action et le mode d'emploi de tel et tel remède.

C'est pourquoi, dans les examens, on fait occuper tant de place à la pathologie, si peu à la thérapeutique. Quand les réponses doivent se conformer à l'opinion contestée des juges, à des décisions autoritaires, et non à la nature même des choses, le manque d'impartialité ne laisse aucune valeur au jugement rendu.

L'intérêt que M. Hérard porte aux inspecteurs l'a conduit à une tactique regrettable dont il n'a sans doute pas prévu les conséquences nécessaires. Le dénigrement systématique de ce qui n'est pas officiel devait amener des représailles trop bien justifiées par les faits.

Mieux eût valu laisser dans l'ombre tout ce côté de la question.

« Les récriminations amères, les accusations de coterie, les âpres polémiques dont le résultat le plus clair est la déconsidération du personnel médical tout entier déjà si discuté, quelquefois même si injustement décrié par les malades oisifs et trop souvent malveillants des stations thermales, » tout ce mal décrit par M. Hérard, tous les scandales qu'il indique sont venus surtout par le fait des inspecteurs.

M. Hérard le reconnaît lui-même implicitement sans le vouloir, lorsque, après avoir dit : « Dans plus d'une localité thermale, que nous pourrions citer, l'inspecteur n'occupe que le deuxième ou le troisième rang dans la faveur publique. »

Six lignes plus loin, il ajoute : « pour entretenir, du reste, une noble émulation entre tous les médecins consultants d'une même station, pour prévenir autant que possible les petites rivalités, les jalousies mesquines, il faut avant tout que l'inspecteur soit digne de la haute position qui lui est conférée. C'est un fait facile à vérifier, que plus l'inspecteur est considérable, plus le personnel libre est élevé et a de la valeur. Les inspecteurs bien choisis assurent et maintiennent, par la force des choses, le niveau moral et scientifique dans le corps médical de la localité thermale. »

Comme les inspecteurs officiels n'ont aucune espèce d'autorité sur leurs confrères, sur ceux, par exemple, que l'opinion publique met bien au-dessous d'eux, ceci revient, en fait, à dire que les inspecteurs mal choisis abaissent, par la force des choses, le niveau moral et scientifique dans le corps médical de la localité.

Pourquoi cela? Parce que du moment où, faisant abus de leur titre, ils ont commencé contre leurs confrères une concurrence déloyale, tous ceux qui ont trop le respect d'eux-mêmes pour les suivre sur ce terrain, se tiennent à l'écart ou s'éloignent, et le charlatanisme a beau jeu.

C'est même là, il faut bien le dire, un des grands motifs qui font désirer la suppression des inspecteurs. Sans un caractère officiel pour les couvrir, les exemples de charlatanisme cesseraient d'être contagieux. Ils seraient bientôt réprimés ou flétris par l'opinion libre.

Il n'est plus maintenant à craindre que les stations thermales d'une certaine importance restent sans médecins instruits; et, quant à celles qui sont peu fréquentées, peu lucratives, on leur refuse des inspecteurs, aussi bien dans la loi actuelle que dans le plan de M. Hérard. Ils sont donc inutiles partout où il s'en trouve. Ils ne l'étaient pas autrefois quand, les voies de communication étant moins rapides, il n'allait guère aux eaux minérales, pour y exercer la médecine, que les inspecteurs officiels. La situation était toute autre.

Je n'insiste pas, car cet article est déjà bien long.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL D'AIX. — M. Lisbonne.

Albuminurie. — Emploi de la teinture d'iode. Guérison.

Observation recueillie par M. Branche, interne du service.

Au nº 116 de la salle des fiévreux est couché le nommé V..., (Joseph), marié, d'origine italienne, âgé de 33 ans, terrassier de profession, domicilié à Pertuis. Le malade est de bonne constitution; avant la maladie pour laquelle il entre à l'hôpital, le 2 janvier 1872, il a toujours eu une bonne santé.

Sa profession de terrassier l'a obligé de se livrer à de rudes travaux, exposé aux intempéries des saisons; il attribue avec raison la cause de sa maladie au froid rigoureux qu'il endura le 18 octobre 1871. Ce jour-là, après de violents efforts pour soulever un bloc de pierre d'un poids considérable, il transpira beaucoup, ne prit aucune précaution, il eut froid. Le lendemain, il se sentit tout courbaturé, avec de violentes douleurs dans les reins; il prétend avoir remarqué que ses urines étaient très-rouges; après quelques jours de repos, il reprit ses travaux habituels malgré l'humidité de la température. Il se fatigua beaucoup dans ces travaux rendus boueux par le dégel. Les douleurs lombaires, qui n'avaient pas tout à fait disparu, revinrent avec une plus grande intensité. Mais ce qui décida le malade d'entrer à l'hôpital, ce fut la dépression des forces et l'œdème dont il s'aperçut aux extrémités inférieures. Soumis à notre examen le 2 janvier 1872, voici ce qu'il nous présenta : absence de fièvre, douleur fixe peu intense, mais profonde dans les reins, léger œdème de la face, œdème plus prononcé des parois abdominales, de la verge, du scrotum, des membres inférieurs, surtout au tiers inférieur, diminution de l'appétit, faiblesse générale, léger trouble de la vue. Rien du côté du cœur, ni du foie, ni de la rate. Râles muqueux à petites bulles dans les deux poumons, particulièrement dans le poumon gauche et à la base. Le malade affirme qu'avant son entrée à l'hôpital, et au début de sa maladie, il n'a eu ni angine ni aucune rougeur à la peau qui pourrait faire supposer une scarlatine.

2 janvier. — Prescription : soupes chiendent nitré, 2 pilules avec *deux* centigrammes de poudre de digitale.

3 janvier. *Idem.*

4 janvier. M. Lisbonne ordonne de conserver les urines. Même prescription, même état de malade.

5 janvier. Les urines que l'on a recueillies dans un verre sont troubles, rougeâtres; traitées par l'acide azotique, elles donnent un précipité très-abondant d'albumine. Même état du malade.

Prescription : chiendent nitré; potion composée de :

Eau de mélisse...........	120 grammes.
Sirop d'écorce d'orange........	30 —
Teinture d'iode.............	*dix* gouttes.

à prendre dans la journée.

6 janvier. *Id.*

7 janvier. *Id.*

8 janvier. Œdème moins marqué; le malade urine beaucoup, les urines sont limpides, d'une couleur citrine; traitées par l'acide azotique, elles donnent un précipité albumineux, moins abondant, nitré.

Prescription : potages, le quart d'une côtelette.

9 janvier. Même prescription.

10 janvier. Même prescription.

11 janvier. Les légers troubles de la vue ont disparu. Plus qu'un peu d'œdème aux pieds et au-dessus des malléoles; presque plus à la face ni aux parois abdominales. Le malade continue à uriner très-souvent. L'appétit revient. Même prescription, même régime.

13 janvier. Les urines ne précipitent plus que quelques nuages albumineux. L'œdème a complétement disparu. Le malade n'éprouve plus la moindre douleur dans les reins. Ses forces sont revenues; il se lève. Il n'a été prescrit hier que *huit* gouttes de teinture d'iode; aujourd'hui, la dose est réduite à *ci q.*

16 janvier. Le malade est tout à fait rétabli. Il demande avec instance son billet de sortie, qui lui est accordé le 17, et depuis cette époque, il n'a plus reparu à l'hôpital.

Cette observation atteste le succès du traitement par la teinture d'iode. Elle n'offrirait qu'un médiocre intérêt si elle était isolée, parce qu'on pourrait attribuer la guérison du malade au repos, au régime, aux meilleures conditions hygiéniques dans lesquelles cet ouvrier terrassier, habituellement exposé au froid et à l'humidité, s'est trouvé placé à l'hôpital. Mais ce qui fait la valeur de l'objet qui nous occupe, c'est que notre observation corrobore celles qu'a publiées M. le docteur Guéneau de Mussy dans les numéros des 1er et 3 octobre 1871 de la *Gazette des hôpitaux.*

Comme notre honorable confrère de l'Hôtel-Dieu de Paris, nous estimons que si la lésion des reins avait été poussée jusqu'à la suppuration, la médication par la teinture d'iode eût été impuissante; mais nous supposons n'avoir eu affaire qu'à une simple congestion des reins, déterminée par l'exposition du corps du malade au froid et à l'humidité. La preuve de la congestion des reins nous est fournie par les douleurs profondes dans les lombes qui se sont montrées dès le début de la maladie. Ce n'est que quelques jours après que l'œdème s'est manifesté aux extrémités inférieures, et qu'il s'est ensuite généralisé.

Les deux premiers jours de l'entrée du malade à l'hôpital, l'examen des urines n'avait pas été fait. On s'était borné au régime et à une médication diurétique; la maladie persistait toujours; l'œdème se généralisait; des troubles de la vue apparaissent. On fit conserver les urines, et la présence de l'albumine, dans de fortes proportions, ne laissa plus aucun doute sur la nature de la maladie. La médication iodique fut instituée, et une modification notable se fit dans l'état du malade, et quinze jours de traitement ont suffi pour lui rendre la santé. Si ce n'est qu'une coïncidence, il y a lieu de s'en féliciter; mais comme cette médication compte des succès antérieurs au nôtre, nous n'hésitons pas à lui décerner les honneurs de la cure.

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION

Par le docteur GEORGES DIEULAFOY.

OBSERVATION III. — *Kyste hydatique du foie. — Sept aspirations. — Guérison.*

Une femme âgée de 30 ans, née à Alger, ayant toujours habité l'Algérie, entre le 16 octobre 1871 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Moutard-Martin. Cette femme, qui est malade depuis un an, a eu comme premier symptôme une douleur siégeant dans l'épaule droite et sous le sein droit; il lui suffisait de rire ou de parler un peu fort pour déterminer cette douleur. Quelques mois plus tard, elle s'aperçut que son corset devenait trop étroit : elle dut faire élargir ses robes; la respiration commença à devenir moins libre, et le plus petit travail la fatiguait à l'excès.

Dès le début de la maladie survint un symptôme qu'on n'a peut-être pas encore signalé, et sur lequel j'insisterai d'autant plus volontiers que je l'ai déjà observé chez trois individus depuis que mon attention a été appelée sur ce point. Après ses repas, quand cette femme avait mangé des aliments gras, tels que du beurre ou du bouillon, elle était prise d'une véritable régurgitation, et, sans nausée, sans efforts, sa bouche se remplissait des parties grasses de son alimentation, qu'elle rejetait avec sa salive. J'ai rencontré ce phénomène encore plus accusé chez la malade de l'observation VI; cette régurgitation des matières grasses (sans vomissements) était chez elle si marquée au début de sa maladie, qu'elle les crachait aussitôt après ses repas, et tous ses mouchoirs en étaient imprégnés. Elle comparait l'aspect de sa salive à ce qu'on nomme vulgairement les yeux du bouillon, et ses crachats donnaient sur le papier l'aspect d'une tache d'huile. Pendant plusieurs semaines, ce symptôme exista seul, à l'exclusion de tout autre trouble digestif, puis il disparut avec les progrès de la maladie. J'ai encore été témoin de ce phénomène chez un homme venu à la consultation de l'Hôtel-Dieu et ayant tous les phénomènes d'un kyste hydatique du foie. Comme je lui demandais quelques détails sur ses fonctions digestives, il me raconta au sujet des matières grasses des particularités entièrement analogues à celles dont je viens de parler. Je ne chercherai pour le moment ni à expliquer ce phénomène, ni à exagérer sa valeur; je me contente de le signaler.

Le jour de son entrée à Beaujon, la malade qui fait le sujet de cette observation présente les phénomènes suivants : la région hépatique est légèrement tuméfiée, la matité est assez étendue en avant, on sent manifestement la tumeur au-dessous des fausses côtes; la circulation collatérale est nulle sur la ligne médiane et un peu développée dans l'aisselle droite.

La mensuration faite au niveau de la tumeur donne comme résultats :

Circonférence totale.	0m,75
Côté droit.	0m,39
Côté gauche.	0m,36

La dyspnée est intense, les digestions sont fort pénibles et l'appétit presque nul. Dès que la malade veut marcher, elle est prise de vomissements de bile, et la douleur reparait dans l'épaule droite. M. Moutard-Martin s'arrêta à l'idée d'un kyste hydatique du foie et me pria de pratiquer l'aspiration, ce qui fut fait le lendemain 17 octobre.

Après avoir choisi le point le plus saillant de la tumeur, je m'assurai de la perméabilité de l'aiguille n° 1, qui par un coup sec fut introduite; je l'enfonçai lentement, et à 3 centimètres de profondeur je rencontrai le liquide. Il avait la limpidité qu'on observe dans les kystes hydatiques qui n'ont subi aucune altération. J'en retirai 700 grammes et je m'arrêtai avant l'épuisement complet.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 27 et 29 juin 1872.

Le soulagement fut immédiat; il ne survint aucun accident, et la malade se leva dans la journée sans éprouver de vomissements. Mais dans la soirée cette femme, du reste très-nerveuse, eut un peu d'agitation et peut-être un léger mouvement de fièvre. Mon collègue, M. Foix, interne du service, lui fit donner une potion calmante, et on administra les jours suivants de faibles doses de sulfate de quinine. Après cette première opération, M. Moutard-Martin eut l'extrême obligeance de faire passer la malade dans le service de M. Axenfeld, dont j'avais l'honneur d'être l'interne.

La tumeur, qui s'était très-notablement affaissée après l'aspiration, reprit en peu de jours un accroissement assez considérable. La malade eut quelques frissons, beaucoup d'agitation et de l'insomnie; les règles survinrent peu abondantes le 1er novembre, et le 3 du même mois, sur l'avis de M. Axenfeld, je pratiquai une seconde aspiration. La piqûre fut faite avec l'aiguille n° 1 et très-rapprochée de la précédente; on retira 450 grammes d'un liquide louche très-légèrement purulent, d'odeur hydro-sulfurée et ne donnant pas trace d'échinocoques. L'amélioration fut très-sensible dans la journée, mais le soir survint un accès de fièvre qui dura deux heures. Le 5 novembre, la mensuration de l'abdomen au niveau de la tumeur donne 0m,73, c'est-à-dire 2 centimètres de moins qu'au début. La malade se lève tous les jours, descend dans le jardin; le sommeil est bon, les aliments sont bien tolérés.

Le 10. Le volume de la tumeur fait des progrès, sans toutefois que nous ayons à noter une aggravation dans les symptômes généraux. Nouvelle aspiration de 400 grammes de liquide franchement purulent et d'odeur fortement hydro-sulfurée. La piqûre est faite avec l'aiguille n° 2 et sur un point très-voisin des autres ponctions, de manière à circonvenir un espace grand comme une pièce de 1 franc environ. Ces piqûres, convergeant vers un même point, ont l'avantage de produire par leur nombre des adhérences qui pourraient être à un moment donné fort utiles, s'il fallait en arriver à plonger dans le foie un trocart volumineux. Ce mode de production d'adhérences, utilisé en pareil cas pour parer à toute éventualité, a la plus grande analogie avec l'acupuncture que pratiquait Trousseau. A la suite de cette aspiration, la malade n'éprouva ni frissons ni fièvre; mais les jours suivants des douleurs très-vives survinrent vers la partie inférieure du foie.

Le 15. Aspiration de 350 grammes de pus avec l'aiguille n° 2. Disparition des douleurs, pas de frissons, pas de fièvre.

Le 17. Douleurs dans les espaces intercostaux et dans l'aisselle droite. Aspiration de 200 grammes avec l'aiguille n° 2. Le pus est bien lié, épais, sans coloration particulière, mais conservant toujours son odeur caractéristique. L'état de la malade est excellent, la tumeur a presque complétement disparu, la circulation collatérale n'existe plus, l'appétit est très-prononcé.

Le 20. Aspiration avec la même aiguille. Je ne trouve que 120 grammes de pus.

Le 25. Malgré l'absence totale de douleur et la disparition complète de la tuméfaction, une piqûre est faite à 1 centimètre au-dessous du lieu habituel. Je pénètre assez profondément sans rencontrer de liquide et n'aspire qu'un peu de sang, après quoi je retire l'aiguille.

Le 30. Nouvelle tentative d'aspiration qui n'amène qu'un peu de sang.

4 décembre. La malade est bien réglée, son état s'améliore tous les jours, elle quitte l'hôpital le 15 décembre.

En résumé, voilà un kyste hydatique du foie traité et guéri en deux mois au moyen de sept aspirations pratiquées avec l'aiguille n° 1 et n° 2 sans accident, et suivant une marche graduelle vers l'amélioration. Il est probable que ce kyste était uniloculaire, mais rien ne prouve que dans la poche principale il n'y eût des kystes secondaires en voie de développement. Dès la première aspiration, la purulence s'est emparée du kyste, dont les différentes parties ont été peu à peu détruites par le travail phlegmasique qui se passait à l'abri du contact de l'air dans la profondeur de l'organe. Aussitôt que le liquide se formait, je l'aspirais, et chose singulière, avec un pus aussi épais et dans un foyer où bien certainement des fausses membranes étaient en voie de désorganisation, les aiguilles n'ont été que bien rarement oblitérées. Voilà comment, par un moyen purement mécanique, sans adhérences préalables, sans injections irritantes, on a pu arriver à tarir ce kyste transformé en abcès.

(*Sera continué.*)

NÉVROPATHIE CÉRÉBRO-CARDIAQUE

Par le docteur M. Krishaber.

Dans la séance de l'Académie des siences du 6 mai de cette année, M. Cl. Bernard a bien voulu présenter en mon nom un mémoire intitulé : *Névropathie cérébro-cardiaque*, et dont voici le résumé :

J'ai recueilli un grand nombre d'observations d'une maladie nerveuse non décrite et qui affecte un type invariable.

Quatre groupes de symptômes constants la caractérisent. Ce sont :

1° Troubles des sens;

2° Troubles de la locomotion;

3° Troubles de la circulation;

4° Des symptômes secondaires.

Aux *troubles sensoriels* se rattachent des conceptions fausses ou perverties, pouvant aller jusqu'à un état qui a beaucoup d'analogie avec l'ivresse alcoolique, mais qui n'est jamais le délire réel, le malade gardant toujours la faculté de corriger par le raisonnement les illusions qu'il subit. Un symptôme non moins constant que les aberrations, c'est l'hyperesthésie des sens.

Les *troubles de la locomotion* consistent le plus souvent dans l'abolition du sentiment d'équilibre, causée par des vertiges et des étourdissements. Il survient quelquefois de la paraplégie jusqu'à complète résolution des membres; d'autres fois, il n'y a que de la parésie plus ou moins accusée, affectant presque tous les muscles du corps et se traduisant par une sensation de lassitude et d'épuisement; quelquefois encore, il y a des impulsions involontaires, et le malade marche malgré lui dans des directions déterminées. D'autres fois, la démarche est seulement hésitante, incertaine, mais à peu près normale comme attitude; dans d'autres cas, enfin, il y a excitation au lieu de paralysie, et les malades sont poussés à marcher comme mus par un ressort. Ces derniers troubles se succèdent souvent chez le même malade dans le cours de l'affection.

Les *troubles de la circulation* consistent surtout en une irritabilité du système vasculaire telle, que le moindre mouvement, comme de se mettre debout étant assis, ou sur son séant étant couché, amène une augmentation du pouls de 20, 30 et même 40 pulsations. Il y a, en outre, de fréquentes et violentes palpitations; elles sont spontanées ou provoquées par les causes les plus insignifiantes. En dehors des mouvements de contraction désordonnés du cœur, le pouls radial est petit, le plus souvent lent, mou, très-dépressible; il y a cependant parfois, surtout au début de la maladie, un ensemble de phénomènes simulant la fièvre, tel que le frisson, suivi, pendant un temps qui dépasse rarement une heure, d'un pouls large et vibrant, mais qui n'augmente guère de fréquence. La température du corps, pendant ces accès, monte d'un demi-degré; quelquefois, mais plus rarement, d'un degré. Ces accès, qui affectent un type presque périodique, cessent spontanément et n'apparaissent, du reste, qu'au commencement de la maladie.

Quant aux *symptômes secondaires*, ils sont purement individuels et par conséquent variables. Ils seront énumérés après l'exposé des observations particulières; il suffit de dire ici qu'il existe toujours une excessive irritabilité nerveuse qui se traduit d'une façon différente suivant les individus.

Pendant la période la plus intense, il survient des lipothymies. Quelquefois, mais rarement, il y a syncope avec perte complète de connaissance. A ces troubles s'ajoute toujours une sensation d'an-

goisse presque continue, allant parfois jusqu'à la douleur la plus vive et affectant alors la forme de l'angine de poitrine.

L'invasion de la maladie est brusque et arrive avec une intensité extrême. C'est une véritable sidération du système nerveux dont le mode d'apparition est instantané. Les malades se souviennent pourtant, dans le cours de l'affection, d'avoir eu quelques avertissements qui avaient passé presque inaperçus tant ils étaient peu prononcés. Les symptômes sont constants, mais, avec des moments de recrudescence très-accentués. Pendant toute la durée de la maladie, il n'y a jamais un seul instant de retour à l'état normal. La durée varie de deux à quatre ans. Quelquefois elle persiste beaucoup plus longtemps. Sa terminaison ordinaire est la guérison.

Cette affection se présente quelquefois avec une prédominance très-marquée d'un seul des principaux symptômes. On la méconnaît alors aisément, si l'on n'a pas soin de s'enquérir des symptômes concomitants auxquels il sera toujours possible de reconnaître, même s'ils sont peu accentués, le type caractéristique de la maladie.

Elle affecte deux formes, l'une grave, l'autre légère. Un *criterium* invariable les distingue, c'est le sommeil. Dans la forme grave, les nuits sont agitées d'insomnies, de cauchemars, de palpitations et d'une grande surexcitation cérébrale (toujours sans délire).

Dans la forme légère, au contraire, les malades dorment à peu près normalement. Il va sans dire que, outre ces deux formes extrêmes, il y a des états intermédiaires et des phases de rapprochement. C'est toujours la même affection, mais elle apparait avec des degrés d'intensité très-divers.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

***Rapport** de la commission chargée de l'étude de la loi de 1838 sur les aliénés* (1).

II

Application de la loi du 30 juin 1838.

Le résultat le moins contestable de la loi du 30 juin 1838 a été d'accroître dans une proportion considérable le nombre et l'importance des asiles d'aliénés et surtout le nombre des malades qui y sont traités. Ce nombre, qui n'était pas de 12,000 en 1839, a dépassé, en 1869, le chiffre de 38,000, et, tandis qu'il n'y avait, en 1835, qu'un seul aliéné interné sur 3164 habitants, la proportion était, en 1869, de 1 sur 1000 environ.

Il y a donc eu une progression considérable dans l'assistance; car, nous pouvons le dire par anticipation, et nous le prouverons bientôt, cette augmentation dans la population des asiles n'indique pas un accroissement proportionnel dans le nombre des cas d'aliénation mentale. Ce qui s'est surtout accru, c'est le nombre des malheureux insensés qui, au lieu de rester abandonnés à eux-mêmes, ont recueilli le bienfait d'un traitement approprié à leur état. Nous ne prétendons pas dire qu'il n'y a pas, aujourd'hui, plus d'aliénés qu'il y a trente ans; il est même probable que le nombre absolu des cas de folie est un peu plus considérable qu'à cette époque; mais ce qui est certain, c'est que les malades qui sont atteints d'aliénation mentale sont aujourd'hui admis dans les asiles beaucoup plus facilement qu'autrefois, et que beaucoup moins d'entre eux restent privés de soins.

Un autre résultat, non moins important, de la législation nouvelle, a été l'amélioration progressive du sort des aliénés traités dans les asiles. Une série d'efforts qui méritent les plus grands éloges et dont les médecins peuvent revendiquer à bon droit la plus large part, a amené l'heureuse transformation de presque tous ces établissements.

Dans un grand nombre de départements, des asiles entièrement neufs ont été construits expressément en vue du traitement des aliénés, ou ont remplacé de vieux établissements, installés tant bien que mal dans d'anciens couvents mal préparés à cet usage. Là où les asiles n'ont pas été fondés ou reconstruits, ils ont du moins subi des améliorations considérables; sans doute il reste encore à faire dans cette voie; mais, on peut l'assurer sans crainte de se tromper, le plus fort est accompli, et l'impulsion donnée ne pourra guère s'arrêter. Ce ne sont pas seulement les habitations qui ont été améliorées; le progrès s'est étendu à toutes les conditions de l'existence des malheureux aliénés. Les soins médicaux et hygiéniques, la nourriture, l'habillement, ont été l'objet d'une égale sollicitude; mais le principal bienfait a été l'introduction et la généralisation du travail manuel dans les établissements qui reçoivent les aliénés indigents des départements; presque partout la création d'ateliers divers, l'adjonction de terrains de culture plus ou moins étendus, ont puissamment contribué à la guérison ou à l'amélioration d'un grand nombre de malades et à la prospérité générale des établissements.

Cet ensemble de progrès s'est traduit, non pas seulement par un accroissement de bien-être, mais en même temps par une augmentation notable dans la durée d'existence des aliénés traités. Sans doute un grand nombre de ceux qui sont amenés dans les asiles sont atteints d'affections cérébrales aiguës ou chroniques qui n'offrent aucune chance de guérison, et qui les condamnent presque toujours à une mort rapide. Mais, par contre, il y a une proportion considérable d'aliénés chroniques, non frappés de paralysie, dont la vie se prolonge d'une manière inespérée, grâce aux soins dont ils sont l'objet dans les asiles. C'est même là une des causes les plus importantes de l'encombrement de ces établissements. Le nombre des malades qui y sont traités s'accroît, un peu parce que les admissions sont plus fréquentes, beaucoup parce que la vie de chacun y est plus longtemps conservée.

Et tous ces résultats, qui sont autant de bienfaits pour l'humanité, doivent être rapportés, au moins en grande partie, à la loi du 30 juin 1838. C'est depuis qu'elle a rendu le traitement des aliénés obligatoire pour les départements, que l'autorité centrale, investie du droit de contrôle et de direction par les dispositions de l'ordonnance royale du 18 décembre 1839, a pu stimuler partout le progrès, étendre sur tous les points de la France son impulsion vers le bien, uniformiser le service par ses conseils et ses instructions, en attendant qu'elle ait pu le faire par le règlement du 20 mars 1857, qui a été successivement adopté dans tous les asiles publics. Nous n'oserions pas dire que sans cette législation et cette réglementation uniformes, aucune amélioration n'aurait pu s'accomplir dans le sort des aliénés; mais nous ne craignons pas d'affirmer qu'elles auraient été beaucoup plus lentes et moins complètes. Chaque administration locale, abandonnée à ses seuls instincts, aurait eu beaucoup de peine à se décider à entrer dans la voie du progrès; et lors même que la décision eût été prise, l'exécution, laissée à des efforts individuels, n'étant pas guidée par l'expérience acquise, ni soutenue par une direction d'ensemble, serait souvent restée au-dessous de la tâche qu'elle avait à remplir.

A côté, et même au-dessus des bienfaits de l'assistance et de l'intérêt des malades, nous devons mettre la sécurité générale et les exigences de l'ordre public. La loi du 30 juin 1838 a permis de pourvoir à cet intérêt de premier ordre en autorisant la séquestration d'office des aliénés dangereux pour eux-mêmes et pour les autres. Sans doute les mesures prises en vertu de cette disposition n'ont pas une efficacité préventive, constante. On ne le voit que trop par les catastrophes fréquentes, tristes conséquences du délire d'aliénés restés libres. Mais combien ces malheurs seraient encore plus fréquents si l'administration n'était pas armée du pouvoir de faire enfermer les fous qui menacent la société, et de maintenir loin d'elle ceux qui l'ont une fois frappée, tant que la guérison n'est pas complète!

(1) Suite. — Voir les numéros des 25 et 27 juin 1872.

Enfin, en permettant le placement des aliénés et en donnant des garanties à la protection de leurs intérêts privés, sans qu'il soit nécessaire de recourir, comme par le passé, à l'interdiction préalable, la loi du 30 juin 1838 a rendu un service signalé aux malades et à leurs familles; elle a favorisé la guérison des premiers en hâtant leur mise en traitement; elle a évité aux secondes des dépenses onéreuses et sans utilité.

En résumé, nous pouvons porter à l'actif de la législation de 1838, comme services rendus par elle : la généralisation de l'assistance en faveur des aliénés; les garanties données à la sécurité publique; l'amélioration du traitement médical et hygiénique des malades placés dans les asiles; la prolongation de l'existence moyenne de ceux que leur genre de maladie ne condamne pas à une mort rapide; la protection de leurs intérêts privés et la nécessité beaucoup plus rare de recourir à l'interdiction.

Ce sont là, à coup sûr, des résultats positifs et avantageux à tous égards. Seraient-ils annulés ou compensés par des torts, des méfaits qui soient de nature à justifier les accusations dont cette loi a été récemment l'objet? C'est ce qui nous reste à examiner.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

ASSEMBLÉE NATIONALE

Rapport sommaire fait au nom de la 7e commission d'initiative parlementaire sur la proposition de MM. Le Royer, Ducarre, Flottard et plusieurs de leurs collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine et d'une école supérieure de pharmacie dans la ville de Lyon, par M. Francisque Rive, membre de l'Assemblée nationale (1).

Des esprits soucieux de l'intérêt de la science, et dont le sentiment emprunte à leur situation une importante autorité, s'expriment ainsi :

C'est d'abord M. Wurtz, doyen de la faculté de médecine de Paris.

« Il ne faut pas songer, dit-il, à établir une faculté ailleurs que dans une grande ville, et parmi celles que l'on pourrait choisir, Lyon s'impose immédiatement par l'excellence de ses ressources hospitalières.

« Il me paraît inutile d'insister sur la nécessité d'offrir aux étudiants en médecine les éléments d'une instruction anatomique et clinique aussi variée et aussi complète que possible, et cette instruction ils n'en peuvent trouver que dans les grands hôpitaux. L'expérience a prononcé sur le sujet. En Allemagne, les Facultés de médecine languissent dans les petites universités, à l'exception peut-être de la Faculté de Wurtzbourg qui doit sa prospérité au grand hôpital national de la Bavière (*Julius hospital*) dont elle occupe les services. Parmi toutes des villes de province, Lyon possède les hôpitaux les plus vastes et les mieux administrés. Pour l'anatomie, la médecine et la chirurgie pratique, une Faculté y trouverait des ressources comparables à celles de Paris. »

M. Denonvilliers, professeur à Paris, inspecteur général de l'Université, ne croit pas la question discutable, et se borne à affirmer qu'il est superflu d'insister sur les raisons de toute nature qui justifient la création demandée à l'Assemblée nationale.

Les professeurs de Strasbourg, aux arguments desquels nous avons fait quelques emprunts, partagent l'opinion de MM. Wurtz et Denonvilliers.

Nos collègues eux-mêmes qui viennent, par le dépôt récent d'une proposition, de réclamer pour Bordeaux l'établissement d'une Faculté mixte, ne contestent point l'excellence des raisons invoquées par Lyon, qu'ils considèrent comme doté bientôt d'une Faculté de médecine.

Cependant des objections ont été faites par quelques-uns de nos collègues de la commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe. Je les trouve résumées dans ce passage écrit par M. Bouisson, l'éminent doyen de l'École de Montpellier :

« Lyon, qui poursuit depuis longtemps le désir de posséder un établissement de cet ordre, fait valoir les ressources que sa grande population et ses vastes hôpitaux apporteraient à la création d'une Faculté de médecine, et sa voix aurait eu chance de se faire écouter, si d'autres considérations ne neutralisaient complètement des avantages de cette nature, si notamment la prédominance de sa population ouvrière, qui désigne cette ville aux agitations politiques, ne constituait une source de distractions dangereuses pour la jeunesse médicale, et si d'ailleurs le voisinage de Lyon et de Montpellier ne risquait, par le partage du contingent d'élèves naturellement attribués à ces deux centres d'enseignement, de leur nuire réciproquement. »

Ainsi l'élément doyen de Montpellier ne méconnaît pas les titres excellents et véritablement exceptionnels de Lyon. Mais il propose de les écarter pour deux raisons dont il faut approfondir la portée.

La crainte des agitations politiques. — Cette objection s'applique à toutes les grandes villes, à Bordeaux, à Marseille, à Nantes, à Toulouse.

Convient-il de rechercher ici si la cause de ces agitations n'est pas, uniquement peut-être, en grande partie tout au moins, dans le régime de compression qui étouffait les aspirations de notre jeunesse des écoles, qui sera tranquille sous un régime de liberté?

Quoi qu'il en soit, dans l'intérêt de la science, c'est une grande ville que forcément il convient de choisir.

Que l'on mette en province, dans de petites villes, à l'exemple de l'Allemagne, des facultés de droit, de sciences, de lettres, de théologie.

Que faut-il pour leur installation parfaite?

Un amphithéâtre pour les cours, un laboratoire et des instruments pour les expériences, une bibliothèque pour l'étude, rien de plus, et ces éléments suffiront à développer la science dans le calme et le recueillement.

Mais, pour la médecine, quel champ d'observation offre la petite ville?

Où est la matière de l'étude?

Les hôpitaux ne sont que le résultat de l'accumulation de la population.

Aussi trouvons-nous dans ces observations le secret de la situation de telle école étrangère ou française, dont la tradition respectée a jeté un grand éclat et qui, si elle réussit encore à retenir ses élèves autour d'elle, est impuissante à en augmenter le nombre, malgré le talent incontestable de ses maîtres.

C'est que la science ne suffit pas. Il faut la matière de l'étude.

Mais est-il vrai, comme l'affirme notre collègue M. Bouisson, que l'établissement d'une faculté à Lyon menacerait l'existence ou la prospérité de celle de Montpellier? Ce serait pour la science, à laquelle l'antique école de Montpellier, qui a sa gloire, ses traditions et qui a rendu de si brillants services, un grand malheur à la réalisation duquel la commission ne saurait souscrire.

Au lieu de détruire aucun centre, si modeste qu'il soit, il faut les vivifier tous. Qui sait si un homme ne créera pas dans la plus petite ville une école qui peut être n'aurait pu se former ailleurs?

Les frayeurs des défenseurs de Montpellier sont heureusement vaines; car cette ville, par sa position géographique, étend uniquement son influence sur l'immense région qui commence à l'Océan, se termine aux confins de l'Italie, et renferme une population de plus de 9 millions d'âmes.

En effet, voici comment les choses se passent dans la région lyonnaise.

Les élèves partent de Lons-le-Saunier, Mâcon, Bourg, Grenoble, Saint-Étienne, Montbrison, Annonay, Vienne, de toutes les autres villes dont Lyon est le centre.

Il ne faut pas oublier ceux de Chambéry, d'Annecy et de toutes

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 juin 1872.

les villes de la Savoie qui autrefois étudiaient à Turin, et qui depuis l'annexion attendent qu'une Faculté lyonnaise remplace celle dont on les a détachées.

Ils viennent donc à Lyon, suivent les hôpitaux, où cinquante internes sont admis, et les travaux anatomiques.

Au moment des examens du doctorat, ils quittent Lyon. Est-ce pour aller à Montpellier? Non; à peine cinq sur cent. Il serait facile de s'en convaincre en consultant les registres de l'École. Ces étudiants vont à Paris. Pourquoi?

Parce que Montpellier a deux hôpitaux qui reçoivent sept internes.

S'il y avait une Faculté à Lyon, ils y resteraient.

Et cet état de choses produirait cet heureux résultat, que souvent des étudiants qui, trop pauvres pour aller chercher à grands frais et au loin un diplôme de docteur, se contentent du grade d'officier de santé, achèveraient leurs études dans la région où habitent leurs parents, et le regard de ceux-ci suivrait ces jeunes gens, qui ne resteraient jamais un long temps sans revenir se retremper aux saines émotions et reprendre les salutaires traditions de la famille.

C'est en cette matière que la décentralisation serait particulièrement intelligente et pratique.

La nouvelle création vivrait donc aux dépens de la Faculté de Paris. C'est l'opinion de ses chefs les plus autorisés, qui ne s'en plaignent pas et constatent que l'intérêt scientifique est ici d'accord avec celui des familles.

Mais est-ce que le rejet du projet de loi assurerait dans l'avenir à la ville de Montpellier qu'elle demeurera seule faculté dans le Midi et dans l'Est?

Un de nos collègues, M. le comte Jaubert, a soumis à nos délibérations une proposition de loi qui revendique la liberté de l'enseignement supérieur. Sans rien préjuger sur le sort de ce projet, qui doit exercer sur les destinées de l'enseignement supérieur une si profonde influence, il est permis cependant de croire que les tendances libérales de l'Assemblée accueilleront favorablement une réforme demandée depuis quelques années par tous les partis politiques.

Or, Lyon offre à l'État 12,000 mètres de terrain et 3 millions pour édifier la nouvelle Faculté.

Avec de semblables ressources pécuniaires, jointes aux ressources scientifiques qu'elle renferme dans son sein, Lyon fondera une Faculté libre de premier ordre qui naîtra, sans effort, du développement naturel des choses sous le régime fécond de la liberté.

Telles sont, messieurs, les raisons qui ont été données par les partisans et les adversaires du projet.

Pour être un écho fidèle des discussions élevées dans la commission, je dois rappeler les compétitions des villes de l'Ouest, qui réclament pour ce côté de la France une Faculté de médecine; ce sont notamment Rennes, Bordeaux, Nantes. Votre commission, sans prendre parti pour aucune ville et sans marquer ici sa préférence, n'hésite pas à penser que le projet qui vous est soumis par les députés de la région lyonnaise renferme une proposition très-sérieuse, intéressant au plus haut degré l'avenir de l'enseignement médical français. A ce titre, elle l'a jugé digne de l'examen d'une commission spéciale.

C'est dans ces limites que j'ai l'honneur de proposer à l'Assemblée de prendre en considération le projet de loi de MM. Le Royer, Ducarre, Flottard et d'un grand nombre de nos collègues.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 juin 1872, M. Ulysse Trélat a été nommé professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Verneuil.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 5 juillet 1872, au Palais du Luxembourg, à trois heures et demie très-précises.

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance;

2° Suite de la discussion sur la névralgie diaphragmatique. (Communication de M. Peter);

3° Discussion sur la communication de M. Gillebert-d'Hercourt (du danger des voyages entrepris aussitôt après le mariage);

4° Rapport de M. Caudmont sur la candidature de M. Reliquet.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

Des eaux minérales de Contrexéville et de leur emploi dans le traitement de la gravelle et de la goutte, par le docteur Debout, médecin des eaux minérales de Contrexéville. In-8°, 2e éd. — Prix : 2 fr. — Paris, Adolphe Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.94[illegible]	6.0[illegible]0	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7 0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.23[illegible]
Silicate et silice, alumine..	0.0[illegible]0	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................. 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer; — de chaux; Chlorure de sodium; Matières organiques 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation *mixte* maternelle; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire

Apiol des docteurs Joret et Homolle

Médaille à l'Exposition univ. de Londres 1862.

Le commerce délivre sous le nom d'Apiol une liqueur verdâtre, d'une odeur térébinthacée. C'est une imitation très infidèle de ce puissant emménagogue. Son emploi n'offre aucune des garanties d'efficacité que possède l'Apiol pur, préparé d'après les procédés des docteurs JORET et HOMOLLE, le seul que de savants et consciencieux observateurs ont expérimenté dans les hôpitaux de Paris, le seul qui a été l'objet de rapports favorables.

L'*Apiol pur*, ainsi que le constate un rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, *est un liquide huileux, de couleur ambrée, non volatil, plus dense que l'eau*. . Toute préparation ne présentant pas ces caractères principaux ne saurait mériter la confiance du corps médical.

Exiger sur le flacon les cachets JORET et PUJOL. *Dépôt général*, pharm. BRIANT 150, r. de Rivoli.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN** chev. de la Légion d'honneur, et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc , etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmes.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN** Pharmacien Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement **des affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'Eucalyptol (*Essence pure d'Eucalyptus*). — PILULES. — ALCOOLATURE. — CIGARES. — CIGARETTES. — SIROP. — VIN. — BAUME. — LIQUEUR DIGESTIVE, ETC.

Pharm. CAYLUS. carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

ÉLIXIR J.-F. BERNARD TONI-STHÉNIQUE

PHOSPHATES ET SELS AMMONIACAUX MAGNÉSIENS SOLUBILISÉS

RÉPARATEUR OSTÉOGÉNIQUE. — PUISSANT MODIFICATEUR DE L'ORGANISME

Résultats constatés dans les hôpitaux

Prescrit tous les jours avec le plus grand succès dans le *rachitisme*, la *scrofule* la *chlorose*, l'*anémie*, l'*albuminurie*, et contre les *sueurs nocturnes* des phthisiques. Cet élixir, en raison même de l'*acide phosphorique libre* qu'il contient, est un stimulant des organes génésiques, et il convient à toutes les personnes épuisées par les fatigues excessives des centres nerveux, comme l'étude et les *autres excès*. — Brochure explicative envoyée *franco*. — Prix : **6 fr. la bouteille.**

NE PAS CONFONDRE AVEC LE VIN BERNARD

Fabrique, 16, boulevard de Vaugirard. — DÉPÔT : Maison Truelle, rue de la Verrerie, 15, et dans toutes les bonnes pharmacies. — REMISE D'USAGE.

MÉDAILLE D'OR ET PRIX DE 16 600 FRANCS

QUINA LAROCHE élixir tonique

RECONSTITUANT et FÉBRIFUGE

Extrait complet des 3 écorces de quinquina (rouge, jaune et gris).

Paris, r. Drouot 22, et dans les pharmacies.

Laroche

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, *rue Sainte-Croix de la Bretonnerie*, 54, *Paris.*

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures), pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique* ;

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALT.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **Catarrhe**, l'**Asthme**, la **laryngite** et dans la **tuberculose**, quand l'expectoration est très abondante.

Dépôt — 7, rue des Filles-Saint-Thomas.

N° 77. — JEUDI 4 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 4 JUILLET 1872. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traités sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU Note sur un cas d'empyème (M. Dujardin-Beaumetz). — Note sur la situation actuelle par rapport au choléra (M. Fauvel). — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il est quelques questions d'un intérêt très-vif qui maintenant reviennent régulièrement toujours à cette époque de l'année. On se demande où en est le choléra, quelle est son humeur pour ainsi dire : s'il se montre plutôt placide et casanier, ou entreprenant et voyageur.

En effet, jusqu'ici nous connaissons si mal les conditions qui déterminent ce qu'on a nommé le génie épidémique, que nous en sommes encore réduits à observer ses caractères, comme on constate des caprices dont on ne peut se rendre compte.

Ce sont des germes morbifiques qui propagent le choléra : voilà ce qu'admet aujourd'hui tout le corps médical ou à peu près. Mais qui peut dire pourquoi ces germes, tantôt prennent les voies rapides, se transportent en chemins de fer, en paquebots, de telle sorte que des milliers de lieues sont franchies en quelques jours ; tantôt, au contraire, préfèrent la marche lente des piétons ou un mode de progression plus lent encore ; tantôt enfin, sans profiter de tous les moyens de communication qui s'offrent à eux, restent et s'éteignent dans les pays où ils sont nés?

Nos connaissances sont à peu près aussi complètes sur ces questions que sur les causes des orages, de la sécheresse, de la pluie ou des vents.

De temps en temps, quelque académicien songe à prédire le temps d'avance, ou à annoncer la venue prochaine du choléra ; mais je ne sais pourquoi le choléra, comme le temps, se plaît toujours à démentir ces prédictions, qui pourraient tomber juste.

Ces déconvenues ont été trop nombreuses, et les dernières sont encore trop récentes pour qu'on ait commenté cette fois les renseignements officiels que M. Fauvel a apportés sur des épidémies lointaines.

Nous ne saurions mieux faire qu'imiter la prudente réserve des académiciens ; et nous publions *in extenso* la note de M. Fauvel, sans en rien conclure sur le danger qui s'étend peut-être jusqu'à l Europe occidentale.

La séance ayant fini là, j'en reviens à la précédente.

Tous les journaux de médecine ont compris dans le sens le plus autoritaire le discours prononcé par M. Sédillot.

Quelques-uns lui en ont fait des compliments très-vifs. *L'Union médicale* surtout s'est extasiée sur *cette philosophie*. Sanctionner la tradition en qualité de loi formelle, y soumettre l'homme de science, ne pas lui permettre de sortir du cercle des idées transmises et l'y fixer, comme en une place, qu'il ne quitte pas sans faire acte de folle révolte ou d'ambition, cet idéal paraît admirable à M. Amédée Latour.

Heureusement, M. Sédillot ne l'entend pas ainsi. Il a bien voulu m'expliquer qu'au fond, ses idées étaient les miennes.

Ce qu'il reproche à nos savants, c'est ce que j'avais dit déjà dans plusieurs articles, notamment le 28 décembre 1871, dans ce passage : « Nos savants lisent peu; les maîtres se complaisent dans la série d'idées qu'ils s'assimilent, et bien souvent ils défendent comme leur étant propres des idées qui sont nées ailleurs, et qu'ailleurs on a réfutées. » C'est ce que j'avais reproché la même année à M. le docteur Pidoux, à propos de vieilles théories présentées comme de nouveaux principes devant régénérer la science.

La tradition, M. Sedillot ne la comprend pas autrement que moi. Il y voit, non pas une autorité proprement dite, une série de règles qui s'imposent, mais un moyen de mieux saisir l'évolution de l'esprit humain, de rattacher le présent au passé, et de développer son esprit dans la plus complète indépendance.

C'est ce que j'exprimais dans les termes suivants le 14 décembre 1871 :

« Mais ce n'est point ainsi que me sont apparues la tradition et l'histoire médicale.

« Il m'a semblé voir la science progresser par des tours de spire, qui, toujours, s'élevaient en s'élargissant. Les théories, d'abord entrevues et exprimées sous une forme mesquine, se succédaient dans un certain ordre et reparaissaient l'une après l'autre, acquérant chaque fois une force nouvelle par des documents et des faits nouveaux.

« Cette évolution de la science, dans un tracé pour ainsi dire fatal, je l'ai retrouvée toujours et partout.

« C'est elle que j'ai voulu surtout mettre en lumière dans mes leçons sur l'épilepsie, où j'ai montré les transformations que subissent, à travers les siècles, des théories toujours les mêmes, restées en présence, et triomphant, pour un moment, les unes après les autres.

« . . . .

« Là encore la spirale tourne, en se développant, par un mouvement rapide, et ceux qui en sont restés à la science d'avant-

hier risquent de paraître bientôt moins éloignés de l'orthodoxie que ceux d'hier et peut-être même ceux d'aujourd'hui.

« Est-ce un motif pour s'arrêter et ne pas suivre cette courbe?

« Non, au contraire, c'est une raison pour qu'on se remette au travail; en espérant tirer au court si on s'en est laissé distraire par les devoirs de la pratique et les nécessités de la vie. Un médecin n'a pas le droit de s'avouer à lui-même qu'il n'est plus au courant.

« La besogne sera facile pour celui qui connaissait bien les théories dans leur passé. Il aura des points de repère qui lui permettront de comprendre où l'on en est et où l'on va.

« Il ne faut donc pas négliger la tradition : les vérités et les erreurs traditionnelles. »

Qu'il y a loin de la tradition entendue ainsi à la tradition autoritaire!

Cette dernière exclut l'indépendance, tandis que la première y mène.

Or, M. Sédillot approuve l'indépendance du savant et du médecin. Ce n'est pas elle qu'il a voulu flétrir, comme beaucoup l'ont supposé, par le mot *individualisme* : c'est l'ignorance dédaigneuse qui se renferme en elle-même et croit avoir tout inventé, faute d'études et de travail.

M. Sédillot n'est donc pas autoritaire en fait de science. En ceci, comme en ce qui touche les objections que j'avais adressées à M. Chassaignac exaltant le drainage envers et contre tous, je suis heureux de pouvoir m'abriter sous l'autorité d'un tel maître.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Dujardin-Beaumetz.

Réflexions sur un cas d'empyème.

L'empyème et la thoracentèse sont deux opérations qui ont le privilége d'attirer en ce moment l'attention du monde médical; aussi est-il de la plus haute importance de faire connaître tous les faits qui peuvent éclairer la question si intéressante du traitement des épanchements pleurétiques; c'est ce qui nous a décidé à faire paraître cette observation, d'où découlent, comme on le verra plus loin, quelques considérations présentant un réel intérêt.

Voici tout d'abord la relation du fait rédigée par notre interne, M. Campenon.

Observation. — *Épanchement pleurétique purulent, considérable du côté gauche; asphyxie imminente. — Empyème. — Amélioration et guérison presque complète.*

Le nommé X..., cuisinier, âgé de 32 ans, entre le 27 février 1872 à l'Hôtel-Dieu, au nº 10 de la salle Saint-Julien (service de M. Vigla, suppléé en ce moment par M. Dujardin-Beaumetz.)

Il y a trois mois que cet homme a commencé à éprouver un point de côté à gauche, point de côté d'ailleurs fort léger et qui ne se montrait guère que pendant la toux. Il n'en continuait pas moins son travail, tout en remarquant qu'il perdait ses forces, maigrissait et avait la respiration de plus en plus courte.

Jamais, avant cette époque, il n'a présenté de phénomènes du côté des voies respiratoires; jamais il n'a craché de sang, jamais il n'a eu de rhume prolongé.

Son état empirant de plus en plus, il applique d'abord un vésicatoire sur le côté gauche; mais, n'en éprouvant aucun soulagement et tous les accidents s'exaspérant de jour en jour, il entre à l'hôpital dans un état d'asphyxie imminente.

La dyspnée est effrayante; le malade ne peut rester ni couché, ni assis; on est forcé de le soutenir debout pour lui permettre de faire des mouvements respiratoires. La figure est cyanosée, le pouls à peine perceptible, et, lorsque l'on vient à examiner la paroi thoracique, on constate les symptômes suivants :

Voussure considérable du côté gauche du thorax, dont les espaces intercostaux sont bombés et distendus.

Matité absolue, avec perte complète d'élasticité.

Disparition des vibrations thoraciques de ce côté.

Absence totale du murmure respiratoire.

Le cœur est complétement déplacé, et sa pointe bat à 2 centimètres en dehors de la ligne mammillaire droite.

On trouve enfin, au sommet de la poitrine, du côté sain, quelques râles sous-crépitants.

L'opération de la thoracentèse est immédiatement résolue. On opère le malade debout, et l'on fait une ponction, avec le trocart Reybard, dans le septième espace intercostal du côté gauche. On retire par cette ponction 8 litres d'un pus bien lié, non fétide.

Puis on remplace le trocart par une sonde cannelée, et l'on débride à droite et à gauche avec un bistouri boutonné, en suivant le bord supérieur de la huitième côte, et, par cette ouverture ainsi agrandie, on fait pénétrer une sonde d'un gros calibre qui permet au pus de s'écouler. Cette sonde est fixée avec soin aux parois de la poitrine.

L'opération terminée, le malade se trouve considérablement soulagé.

Le pouls s'est relevé; il marque 95, il est régulier et plein.

Le poumon reste accolé à la colonne vertébrale.

Et le déplacement du cœur ne paraît pas modifié par la ponction.

28 février. La nuit a été bonne.

Issue par la sonde d'une grande quantité de liquide puriforme, toujours sans odeur; on lave la cavité pleurale avec de l'eau additionnée de teinture d'iode, au moyen de l'appareil de M. Potain.

Régime tonique. Viande crue. Vin de Bagnols. Extrait de quinquina et vin de quinquina.

29 février. Même état et même traitement.

30 février. Le malade se lève quelques heures.

On fait toujours une injection d'eau iodée, matin et soir. Le pus continue à n'avoir aucune odeur.

Le cœur reste toujours déplacé.

L'examen attentif du sommet du poumon droit permet de constater la disparition des râles, et fait éloigner l'idée de tubercules.

A partir de ce moment, on remplace l'appareil qui permet l'écoulement du pus, et qui n'était autre qu'une sonde œsophagienne coupée, par une sonde en caoutchouc à double courant et présentant la disposition suivante :

Cet instrument présente deux parties : l'une [1], qui est destinée à pénétrer dans l'intérieur de la plèvre, a une longueur de 12 centimètres et présente un diamètre de 1 centimètre et demi. Elle se termine par une extrémité plus effilée, qui en rend l'introduction plus facile. Cette portion de l'instrument est constituée par l'adossement de deux conduits, qui s'ouvrent sur les parties latérales de l'instrument.

L'autre partie de cet appareil est formée par les deux tubes [3 et 4], qui étaient tout à l'heure accolés et qui sont maintenant libres; tubes en caoutchouc qui peuvent recevoir l'extrémité d'un siphon, lorsqu'on veut laver la poitrine, et qui sont, à l'état de repos, fermés chacun par une pince à pression.

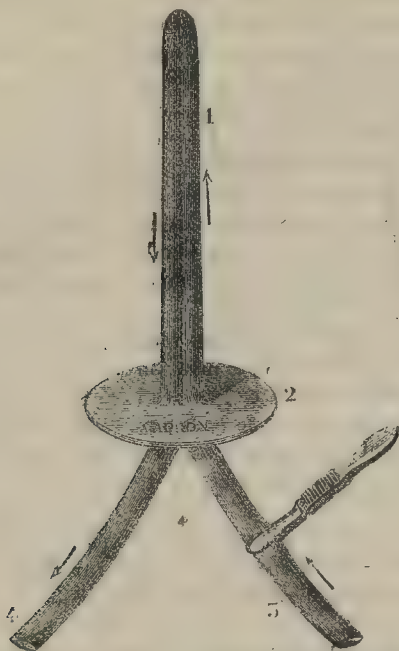
Un disque en caoutchouc(1) [2] sépare chacune de ces parties; il s'applique contre les parois thoraciques lorsque la sonde est introduite dans la cavité pleurale.

Des bandelettes de diachylum ou bien du collodion fixent d'une manière exacte cet appareil dans la position qu'il doit occuper.

Matin et soir, le malade retire complétement l'appareil, nettoie

(1) Une modification importante a été ajoutée depuis par M. Campenon à cette compresse-sonde. Au moyen d'un anneau à frottement doux, la plaque peut glisser sur le tube nº 1, ce qui permet de faire varier à volonté la longueur de la portion introduite dans la poitrine.

sa sonde à double courant, la réintroduit de nouveau et fait passer à travers la cavité pleurale 2 à 3 et même 4 litres d'eau additionnée de 30 à 40 grammes de teinture d'iode.



C'est dans le cours de ces différentes opérations, que l'on note pour la première fois un phénomène assez remarquable. Lorsque l'appareil est introduit, complétement fixé, et que les deux tubes en caoutchouc sont fermés par les pinces à pression, le malade parle à haute voix et avec une certaine volubilité, car il est très-bavard; mais, lorsque l'appareil est retiré et que la plaie thoracique est largement ouverte, le malade ne peut plus parler que par monosyllabes. Sa voix devient courte et saccadée; on dirait qu'il ne peut faire un effort assez intense pour prononcer des phrases ou des mots un peu longs. Bien souvent, nous avons renouvelé l'expérience, et nous sommes toujours arrivés à ce résultat que, lorsque la communication entre la cavité pleurale et l'air extérieur était libre la voix disparaissait.

Grâce à cette sonde, qui empêche tout suintement de liquide purulent en dehors des époques fixées pour le lavage de la poitrine, notre malade peut aller et venir. Son état général devient très-satisfaisant. L'appétit est excellent, et tous les jours nous notons un progrès dans l'état des forces.

Journellement aussi, la quantité de pus diminue.

Le cœur tend à reprendre sa place première, et nous remarquons, à la date du 18 mars, du côté de cet organe, à droite et au-dessous du mamelon, un bruit de frottement qui nous paraît révéler la présence d'une péricardite, conséquence elle-même de la pleurésie du côté gauche. D'ailleurs, ces symptômes furent passagers, et dès le 24 mars, ils avaient disparu.

Vers la fin d'avril, la position s'améliore de jour en jour. La quantité de pus (qui toujours est sans odeur) rejetée en 24 heures n'est plus que d'un litre environ.

La pointe du cœur bat maintenant vers le bord droit du sternum.

Le thorax commence lui-même à s'aplatir à gauche, et la colonne vertébrale s'incurve légèrement vers le côté droit.

Ce malade nous réclame tous les jours sa sortie; nous le maintenons à l'hôpital jusqu'au 2 juin. Il est convenu qu'il continuera chez lui les lavages iodés et reviendra se présenter à notre examen de temps en temps.

Le 12 juin, nous revoyons, en effet, cet homme, qui a repris son travail. Il prétend avoir fait dernièrement un dîner de noce de 150 couverts. Il pratique toujours ses lavages et conserve toujours la sonde à double courant.

La quantité de pus est toujours la même; c'est dans cet état que le malade a été présenté le 14 juin à la Société des médecins des hôpitaux.

Réflexions. — Nous voulons surtout appeler l'attention sur trois points principaux :

D'abord sur le manuel opératoire.

Ici, l'indication de la thoracentèse était évidente. Nous trouvions chez notre malade tous les signes que l'on invoque pour pratiquer d'urgence cette opération, et nous sommes persuadés que si on l'avait retardée de quelques heures, le malade aurait infailliblement succombé par les progrès de l'asphyxie.

Une fois la thoracenthèse pratiquée et l'épanchement de pus constaté, quelle devait être notre conduite? Fallait-il, comme le conseille M. Moutard-Martin, attendre la reproduction de l'épanchement purulent pour pratiquer l'empyème? Fallait-il, suivant en cela l'exemple de M. Bouchut, recourir à des ponctions capillaires successives?

Nous avons pensé qu'il fallait faire de suite l'empyème suivant la pratique conseillée dans ce cas par M. le professeur Béhier et par M. Woillez. En effet, en présence de l'énorme quantité de pus qui s'était écoulée, en présence de la date ancienne de la pleurésie et de l'âge de notre malade, on ne pouvait espérer que le poumon reprendrait immédiatement sa place première et que, les parois thoraciques aidant, cet organe viendrait combler le vide fait par la ponction. D'autre part, le pus étant formé, il ne nous paraissait nullement dangereux de faire pénétrer l'air dans cette cavité. Ce sont ces raisons qui nous ont conduits à pratiquer l'empyème.

L'appareil dont nous nous sommes servi pour faire les injections dans la poitrine nous a rendu de grands services, et nous pensons qu'il devra être désormais employé dans les cas analogues.

Imaginé et construit par M. Capron, sous les indications d'un des élèves les plus distingués des hôpitaux, notre interne, M. Campenon, cet appareil, en caoutchouc, est souple, d'une introduction facile; il permet un lavage fort complet de la poitrine et donne libre écoulement au pus, tout en maintenant perméable la fistule thoracique; mais son plus grand avantage nous paraît surtout consister en ceci : c'est qu'il permet de maintenir fermée, en dehors des époques fixées par le lavage, la plaie du thorax, et empêche ainsi cet écoulement continuel du pus que nous avons vu se produire dans les cas d'empyème. Chez un malade atteint de pleurésie purulente, et auquel nous avions pratiqué, dans notre service de la Charité-annexe, l'empyème, cet écoulement constant du pus qui venait baigner, non-seulement les vêtements du malade, mais encore ses draps, nous avait paru un inconvénient sérieux.

Nous voyons d'ailleurs que le docteur Maurice Raynaud paraît suivre la même méthode et fait succéder à l'opération de l'empyème l'emploi de l'appareil de M. Potain.

Un autre fait qui a surtout éveillé l'attention des membres de la Société des médecins des hôpitaux, lors de la présentation de ce malade, c'est l'aphonie passagère qu'il offre lorsqu'il existe une communication entre l'air extérieur et la cavité pleurale. Nous avons vu, en effet, dans cette observation, que, pour parler longuement ou à haute voix, cet homme est forcé ou d'appliquer cet appareil, ou de fermer avec sa main la fistule thoracique.

On a pensé qu'il s'agissait d'une simple simulation. L'examen attentif et prolongé que j'ai fait de ce malade m'autorise à repousser complétement cette hypothèse.

On a aussi émis l'opinion de la possibilité d'une perforation

du poumon. Cette hypothèse, comme la précédente, doit être rejetée, et voici pourquoi : c'est que jamais, soit avant l'opération, soit après, nous n'avons observé des symptômes permettant de diagnostiquer cette fistule pulmonaire, jamais nos injections n'ont provoqué l'apparition de crachats contenant de la teinture d'iode, et jamais il n'y a eu de vomique.

Voici, à notre sens, comment nous pourrions expliquer ce fait. Nous avons vu que l'aphonie qui survenait chez ce malade paraissait résulter de l'impossibilité de faire un effort prolongé. Il ne peut plus prononcer que des monosyllabes ; les phrases un peu longues lui sont impossibles. Nous pensons donc que tout réside dans une impossibilité mécanique d'immobiliser le diaphragme et les parois costales. En effet, que se passe-t-il au moment de l'effort? Le thorax s'immobilise, prenant un point d'appui sur le poumon dilaté, tandis que lui-même donne appui aux muscles abdominaux.

Chez notre malade, lorsque la fistule pleurale est fermée, le thorax peut trouver son point d'appui sur l'air qui a pénétré dans la cavité pleurale et qui, contenu dans une cavité close, présente une résistance suffisante. La plaie, au contraire, est elle ouverte, au moment où le thorax cherche un point d'appui, ce soutien lui manque et manque doublement : à gauche, c'est l'air qui s'échappe de la plèvre comme le révèle son sifflement; à droite, c'est le poumon qui se laisse refouler vers la cloison médiastine, ne lui offrant plus un appui suffisant.

Telle est l'explication qui nous paraît la plus physiologique de ce fait anormal.

La marche de la guérison se fait lentement chez notre malade. L'énorme cavité pleurale revient lentement sur elle-même, et cette poche qui contenait au début 8 litres de pus, en contient à peine 1 litre aujourd'hui.

Le cœur et le poumon, ainsi que les parois thoraciques, tendent de jour en jour à combler ce vide. La plèvre, dans ce cas, est profondément modifiée, comme on le sait; et, dans notre fait, en particulier, sa surface doit être tapissée par des fausses membranes fort épaisses.

Nous basons cette opinion sur l'absorption presque nulle que présente cette poche. En effet, chez notre malade, jamais nous n'avons constaté dans les urines de traces d'iode.

Mais il est une circonstance toute particulière qui n'a pas encore été signalée dans l'observation, et qui montre encore d'une façon plus évidente cette non absorption.

Par inadvertance, et la couleur aidant, au lieu de verser dans le liquide qui servait à faire les injections, de la teinture d'iode, la malade versa lui-même du laudanum (plus de 120 grammes). Le lavage fut fait; on laissa dans l'intérieur de sa poitrine une certaine quantité de ce liquide, et lorsqu'on reconnut l'erreur, on constata que le malade n'avait présenté aucun des symptômes de l'empoisonnement par l'opium.

Pour terminer ces quelques réflexions, nous dirons que, en résumé, chez ce malade l'empyème nous a donné d'excellents résultats, et que nous pensons que, si rien ne vient troubler la marche graduelle de la guérison, cet homme sera débarrassé d'ici quelque temps de son épanchement purulent.

NOTE
SUR LA SITUATION ACTUELLE PAR RAPPORT AU CHOLÉRA.

Communication faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 2 juillet 1872, par M. A. Fauvel, membre de l'Académie, inspecteur général des services sanitaires.

Au moment où il est de nouveau question de la présence du choléra en Russie, j'ai pensé que l'Académie entendrait avec intérêt une communication où j'expose quelle est la situation actuelle de l'Europe par rapport à cette maladie.

Dans la communication que j'ai faite à l'Académie, le 5 décembre dernier, sur la marche du choléra en 1871, je résumais la situation, à ce moment, de la manière suivante :

La marche envahissante de la maladie vers le nord-ouest de l'Europe était suspendue par le fait de son extinction à peu près complète dans les provinces russes et allemandes de la mer Baltique, mais le choléra sévissait encore avec une certaine intensité à Constantinople, et de là, par la voie maritime, menaçait à la fois le littoral de la mer Noire et celui de la Méditerranée.

D'un autre côté, le choléra, s'avançant à travers l'Arabie jusqu'aux lieux saints de l'islamisme, semblait devoir, comme en 1865, envahir de nouveau l'Égypte au moment du retour des pèlerins, et de là le bassin de la Méditerranée.

Disons de suite qu'aucune de ces menaces, qui rendaient si probable, pour 1872, une nouvelle invasion du choléra dans l'Europe occidentale, ne s'est jusqu'à ce jour réalisée. Sans doute, tout danger n'est point encore écarté de nous pour cette année ; on le verra par les détails qui vont suivre; mais ce danger n'est pas tel qu'on ne puisse, d'une part, le conjurer, et, de l'autre, le voir s'éteindre de lui-même.

Dans l'exposé succinct qui va suivre, je passerai successivement en revue les faits relatifs aux trois principaux foyers cholériques qui, à la fin de l'année dernière, nous menaçaient de régions différentes.

Dans la région nord-est de l'Europe, toute épidémie sérieuse de choléra avait cessé dans le cours de l'automne; cependant l'extinction de la maladie ne fut pas complète sur tous les points. Il résulte de renseignements officiels que, jusqu'à la fin de l'année, des cas peu nombreux continuèrent à se manifester dans plusieurs provinces de l'empire russe, notamment dans les gouvernements de Kiew, de Poltava, de Volhynie et de Kherson. Ces cas cessèrent complétement avec l'apparition du froid. Il n'en fut pas de même à Révél, port de l'Estonie, à l'entrée du golfe de Finlande, où, en janvier et février, la présence du choléra était encore signalée. Cette manifestation n'a pas eu de suites; en mars il n'en était plus question.

Plus au sud, la maladie, qui, comme on vient de le dire n'était pas entièrement éteinte dans les provinces russes de Kiew et de Volhynie, franchit, vers la fin de l'année, la frontière autrichienne et envahit de proche en proche un certain nombre de districts de la Galicie. Le 8 janvier 1872, le choléra avait atteint 25 localités des districts de Hysiatyn, de Brady, de Lysko, et y avait occasionné 120 décès sur 346 attaques. Le 17, on signalait d'autres localités atteintes : 135 cas nouveaux et 48 décès. Enfin, le 22 février, il ne restait plus en Galicie que 7 localités affectées dans 3 districts. L'épidémie était en voie d'extinction; et, comme les rapports ultérieurs n'en parlent plus, il est probable qu'elle a entièrement cessé vers la fin de février. Cependant il était à craindre que le retour de la belle saison n'amenât de ce côté de nouvelles manifestations de la maladie.

Des renseignements sûrs, venus de plusieurs sources, nous apprennent, en effet, que depuis le commencement du mois d'avril le choléra à éclaté de nouveau en Podolie, à Proskourow et à Podolsk, tout près de la frontière galicienne; puis, plus récemment, en mai, à Chotin, sur le Dniester, aux confins de la Galicie et de la Bessarabie.

On signale également la réapparition de la maladie à Kiew et aux environs, ensuite à Ekaterinoslaw, à Kerson au commencement de juin et à Odessa où, dans les derniers jours de mai, plusieurs attaques avaient déjà été observées.

Par cette énumération, on voit que jusqu'ici cette réapparition du choléra s'est manifestée dans les contrées baignées par le Dniéper et le Dniester. Il semble donc qu'il y ait là des conditions favorables à l'acclimatation de la maladie. Voilà en effet quatre années consécutives que Kiew, à peu près à la même époque, devient un

foyer de reproduction et d'émission du choléra. Ceci ne doit pas être perdu de vue.

Je m'empresse d'ajouter que jusqu'à ce moment aucune des manifestations signalées n'a acquis une grande gravité.

On n'en doit pas moins considérer qu'à cette heure la Galicie et les Principautés danubiennes sont très-menacées, et que, si ces dernières sont atteintes, l'épidémie aura une voie très-fréquentée et largement ouverte pour gagner le centre de l'Europe par la vallée du Danube.

Jusqu'ici, nous n'avons aucun avertissement du retour du choléra sur le littoral de la Baltique, ni sur aucun point de l'Allemagne; mais la saison n'est pas encore assez avancée pour que toute appréhension de ce côté soit dissipée.

Ainsi, il y a donc encore à ce moment un foyer actif de choléra à l'est de l'Europe, sur la frontière austro-russe, et, sur ce point, la route la plus favorable à son invasion dans l'ouest est la vallée du Danube.

Voyons maintenant ce qu'est devenu le foyer cholérique qui, en décembre dernier, existait encore à Constantinople.

A la fin de novembre, l'épidémie, qui durait à Constantinople depuis plus de deux mois, était encore dans toute sa force. On y comptait plus de 400 décès cholériques par semaine. La maladie était alors généralisée à toute la ville.

A dater des premiers jours de décembre et en coïncidence avec un froid très vif, une décroissance rapide se manifesta; si bien que, dans la dernière semaine du mois, la mortalité cholérique était descendue à 38 cas; que, du 1er au 7 janvier, elle fut réduite à 16, et qu'enfin la dernière attaque observée eut lieu le 11 janvier. A partir de ce jour, l'épidémie fut considérée comme éteinte, et depuis lors aucun cas de choléra n'a plus été signalé à Constantinople.

Du 2 septembre, jour de l'apparition des premières attaques, jusqu'au 11 janvier, jour de la dernière, on avait compté 7,725 cas de choléra, dont 3,515 suivis de mort.

D'après les relevés officiels, le nombre des malades traités dans les hôpitaux ou ambulances a été de 4,975, dont 1,977 ont succombé, tandis que le nombre des malades observés en vi le n'a été que de 2,750, dont 1,536 sont morts; ce résultat extraordinaire permet de croire que toutes les attaques à domicile n'ont pas été consignées dans les relevés officiels; chose facile à comprendre pour qui connaît Constantinople. Le choléra y a donc probablement fait plus de victimes que ne l'indique la statistique; cependant il est incontestable que cette épidémie, dans laquelle les troupes et surtout la marine ont relativement beaucoup souffert, a été bien moins grave que la précédente, surtout par ce fait qu'elle n'a guère atteint que la partie de la population agglomérée dans de mauvaises conditions d'hygiène.

Il faut dire aussi que, dans le cours de l'épidémie, les moyens de désinfection ont été appliqués sur une grande échelle, et que le gouvernement ottoman n'a rien épargné pour porter secours à la population nécessiteuse.

Il était à craindre que, malgré les mesures de quarantaine, un foyer de choléra dans un centre populeux aussi important que Constantinople, avec un mouvement maritime immense, n'eût pour résultat de propager la maladie au loin.

Dans ma communication du 5 décembre, j'ai signalé en effet que, jusqu'à la fin de novembre, des navires partis de Constantinople avaient porté le choléra sur divers points du littoral ottoman, soit du côté de la mer Noire, soit dans la mer de Marmara, soit dans la Méditerranée, mais que toutes ces importations s'étaient rapidement éteintes sur place, sans propager la maladie dans le pays.

Un foyer épidémique dont l'origine est restée obscure et qui, dans le cours de l'été, s'était développé aux environs de Brousse, avait également disparu après s'être propagé en Asie-Mineure jusqu'à Kutaya, sans acquérir toutefois beaucoup d'intensité.

Les mêmes circonstances se sont reproduites jusqu'à la fin de l'épidémie : ainsi à Trébizonde, à Varna, à Roustchouk, à Toulteta, à Galatz, à Salonique. Sur tous ces points les manifestations furent éphémères.

Les suites de l'importation à Salonique méritent d'être signalées particulièrement. Ce n'est pas dans la ville même qu'elles se manifestèrent, mais dans deux villages situés à quelque distance.

Ces deux petites épidémies circonscrites eurent lieu au commencement de décembre, et s'éteignirent promptement sur place. On n'a pas su d'une manière précise comment la maladie avait été importée dans ces villages; on sait seulement que bien des infractions à la quarantaine avaient été commises dans le lazaret improvisé de Salonique.

Quoiqu'il en soit, le caractère constant des importations cholériques provenant de Constantinople, durant la dernière épidémie, a été le peu de tendance à la propagation de la maladie. Il n'en avait pas été de même en 1865.

Cette faible tendance à la propagation, que je ne cherche pas à interpréter aujourd'hui, a été générale, comme je l'ai déjà fait remarquer; c'est un des caractères les plus intéressants de l'épidémie de 1871.

Ainsi, à part les quelques incidents dont il vient d'être question, le littoral de la Méditerranée n'a pas souffert des irradiations cholériques parties de Constantinople. Jusqu'à ce jour, rien n'annonce de ce côté une reprise de l'épidémie.

J'arrive au foyer plus redoutable qui, du côté de la mer Rouge, menaçait l'Europe d'une invasion soudaine comme en 1865.

Dans ma communication du 5 décembre, la situation était présentée comme étant très-critique En effet, le choléra importé au centre de l'Arabie sévissait à Médine et menaçait la Mecque. Or, comme l'époque du pèlerinage approchait, il était présumable que le moment de l'agglomération des pèlerins serait marqué par une épidémie violente.

Le choléra avait été importé à la Mecque vers la fin d'octobre par un corps de troupes venant de Médine; mais il n'y avait pris qu'un faible développement, qui méritait à peine le nom d'épidémie.

Cependant certains faits attestaient que, sous cette apparence bénigne, couvait un foyer morbifique prêt à faire explosion à la moindre circonstance favorable. Ainsi un bataillon parti de la Mecque à la fin de novembre, avait semé le choléra sur sa route et fait éclater la maladie à Confoudah, petit port de la mer Rouge au sud de Djeddah; ainsi encore, dans le courant de janvier, une caravane ayant quitté la Mecque pour se rendre à Médine, avait, deux jours après son départ, été violemment frappée à la station de Rabouk et avait perdu beaucoup de monde par la même maladie.

Néanmoins Djeddah, malgré ses relations constantes avec la Mecque, dont elle n'est séparée que par deux jours de marche, jouissait d'une immunité remarquable, qu'elle conserva jusqu'à la fin du pèlerinage.

En présence du danger qui menaçait l'Égypte au moment du retour des pèlerins, l'administration sanitaire égyptienne prenait sagement ses précautions.

Elle avait d'abord décidé, qu'au besoin, toute communication maritime serait interrompue entre le Hedjaz et l'Égypte; mais ne trouvant pas le danger assez menaçant, elle modifia plus tard cette décision et prescrivit que tous les pèlerins revenant du Hedjaz iraient d'abord faire quarantaine à El-Wedj, petit port de la côte arabique situé à 350 milles de Suez, après quoi ils pourraient traverser l'isthme par le canal sans communiquer avec l'Égypte, ou bien subir une nouvelle observation dans un campement installé à cet effet aux sources de Moïse.

Un lazaret sous tentes, muni de tous les approvisionnements nécessaires fut installé à El-Wedj, et la direction en fut confiée à deux médecins dont l'un, le docteur Dacorogna, est un ancien interne des hôpitaux de Paris.

En outre, une commission spéciale, dont faisait partie M. le docteur Gaillardot, médecin sanitaire français à Alexandrie, fut chargée de surveiller, à Suez, tous les arrivages.

D'un autre côté, M. le docteur Dubreuil, médecin sanitaire fran-

çais à Djeddah, et les médecins ottomans chargés de la surveillance du Hedjaz, transmettaient en Égypte les nouvelles concernant le pèlerinage.

Les cérémonies du Kourban-Baïram devaient commencer le 20 février. Quelques jours auparavant, les grandes caravanes du Caire et de Damas étaient arrivées à la Mecque en bon état de santé. On assurait que tout indice de choléra avait disparu de la ville; les pèlerins se dirigeaient vers la vallée de Mina, où toutes les mesures de salubrité avaient été prises.

Les renseignements reçus de Djeddah portent à 30,000 le nombre des pèlerins débarqués dans ce port. Sur ce nombre, 11,516 venaient de Suez, et 10,531 de l'Inde ou des îles malaises; les autres du golfe Persique, de la côte d'Afrique, etc. L'administration égyptienne estime à 16,000 le total des pèlerins partis d'Égypte ou ayant traversé l'Égypte pour se rendre au pèlerinage de cette année.

110,000 pèlerins, dont la majorité étaient des Arabes, se trouvèrent réunis à la vallée de Mina pour les cérémonies religieuses.

Le rapport officiel dit que, pendant les trois jours qu'elles durèrent, on ne constata pas un seul cas de choléra parmi cette foule. A cet égard, il est permis de conserver des doutes; mais toujours est-il que l'état sanitaire général fut très-satisfaisant.

En conséquence, un conseil réuni à la Mecque, le 24 février, sous la présidence du grand chériff, crut devoir certifier cet état de choses et demander que les navires à pèlerins fussent autorisés à se rendre directement à Suez sans s'arrêter à El-Wedj, comme il était convenu.

Dans cette espérance, 1,500 pèlerins s'étaient empressés de quitter la Mecque pour aller s'embarquer à Djeddah. Le 26 février, ils avaient déjà franchi les 55 milles qui séparent les deux villes pour être les premiers à profiter des navires qui les attendaient. Le 27 et le 28 furent employés aux opérations d'embarquement, et ils allaient partir avec *patente nette*, lorsque, le 29 février, arriva en toute hâte un courrier apportant la nouvelle que, depuis le 27, plusieurs attaques de choléra suivies de mort avaient été constatées à la Mecque parmi les pèlerins mendiants. Le même courrier apportait l'ordre de délivrer patente brute aux navires, et à ceux-ci de se rendre à El-Wedj.

On peut facilement imaginer quel fut alors le désappointement des agences d'embarquement et des capitaines de navires; aussi plusieurs de ceux-ci déclarèrent-ils qu'ils n'en iraient pas moins à Suez. Ainsi firent 4 navires à vapeur (3 ottomans et 1 anglais), qui, le 11 mars, se présentèrent à Suez avec l'intention de franchir le canal. Il ne fallut rien moins que l'intervention des consuls et qu'un ordre de Constantinople, appuyé par la menace d'employer la force, pour décider, après trois jours de pourparlers, les capitaines de ces navires à se rendre à El-Wedj pour y faire quarantaine.

(Sera continué.)

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION

Par le docteur GEORGES DIEULAFOY.

OBS. IV. — *Kyste hydatique du foie. — Trois aspirations. — Guérison.*

Je ne donne ici que le résumé de cette observation, que je dois à l'obligeance de mes excellents collègues, MM. Monod et Leroy, et qui est actuellement en voie de publication dans la *Gazette hebdomadaire*.

Il s'agit d'un homme, concierge de son état, demeurant avenue de la Grande-Armée et atteint d'une tumeur énorme de l'abdomen. L'état général de cet homme est des plus mauvais, l'appétit est nul, la dyspnée est extrême, et la face complétement cyanosée; l'œdème a envahi les membres inférieurs et gagne le tronc. D'après l'examen de la tumeur, son siége, sa rénitence et la lenteur de son développement, M. le docteur L. Monod porte le diagnostic de kyste hydatique du foie.

Le 1er juillet 1871, avec l'aide de M. le docteur Leroy, une première aspiration est faite sur les points les plus saillants avec l'aiguille n° 2 de l'aspirateur Dieulafoy, on retire 800 grammes de liquide, puis on arrête l'écoulement. A la suite de cette opération, nul accident ne survient, et le malade éprouve une véritable amélioration; l'examen du liquide permet de découvrir des traces d'échinocoques.

Le 11. Une seconde aspiration donne issue à 1300 grammes de liquide, aussi limpide que le premier. La tumeur est considérablement affaissée; l'état général du malade s'améliore progressivement.

Le 24. Dans une troisième et dernière aspiration, on retire ce qui reste du liquide, qui n'a en rien perdu de sa limpidité, et la guérison survient sans aucun accident, sans entrave, et s'est depuis parfaitement maintenue.

Ce qui est remarquable dans cette observation, c'est l'absence totale de tout symptôme morbide à la suite des opérations; le kyste est vidé en trois aspirations, sans que le liquide ait présenté la plus légère trace de purulence. Ce fait doit être rapproché des observations I et V. Que se passe-t-il en pareil cas? La poche du kyste subit sans doute une dégénérescence graisseuse et consécutivement la résorption.

(Sera continué.)

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juin et 2 juillet 1872.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 juillet 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire par M. le docteur Poulet, sur la mortalité à Plancher-les-Mines à un siècle d'intervalle, au point de vue de l'influence du vaccin sur la population (Commissaires : MM. Vernois, Bergeron et Blot);

2° Un mémoire de M. le docteur Regulus Carlotti (d'Ajaccio) sur l'*eucalyptus calyptus* (Commissaire : M. Gubler);

3° Un rapport final de M. le docteur Lemaire, sur une épidémie de variole qui a régné à Limoges en 1870 et 1871;

4° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements de la Haute-Saône et de la Seine-Inférieure (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur P. Tillaux, qui se présente comme candidat dans la section de médecine opératoire;

2° Une note de M. le docteur Tavignot, rélative à l'opération de la cataracte par le procédé de Malgaigne;

3° Un rapport de M. le docteur Artance (de Clermont) sur les vaccinations pratiquées en 1871 dans le département du Puy-de-Dôme (Commission de vaccine).

M. AMÉDÉE LATOUR présente, de la part de M. le docteur Burdel (de Vierzon), un volume intitulé : *Le cancer considéré comme souche tuberculeuse.*

M. LARREY présente, de la part de MM. Jœger et Sabouraud, architectes, une brochure intitulée : *Étude sur les hôpitaux-baraques.*

M. HÉRARD présente, de la part du traducteur, M. Labadie-Lagrave, un volume intitulé : *De la température dans les maladies,*

par le docteur Wunderlich, professeur à l'université de Leipzig, avec une introduction, par M. le professeur Jaccoud.

M. LE PRÉSIDENT a le regret d'annoncer à l'Académie, d'après le *Progrès de Toulouse*, la mort de M. Bousquet, membre titulaire.

COMMUNICATION SUR LE CHOLÉRA

M. FAUVEL. (Voir plus haut.)

M. BOUILLAUD demande, à cette occasion, que la discussion sur le choléra soit remise à l'ordre du jour, et, dans quelques phrases chaleureuses, il exprime le désir de voir les nations s'unir dans une croisade sanitaire contre les causes du choléra ; si l'on parvenait à en détruire le germe où il se produit, dans l'Inde, on aurait obtenu pour le bien de l'humanité bien plus que par toutes ces guerres, qui ont déjà coûté et coûtent tant de milliards.

M. LE SECRÉTAIRE annonce qu'une liste d'inscription pour les membres de l'Académie qui veulent prendre part à la discussion sur le choléra reste ouverte au secrétariat, et que cette discussion commencera aussitôt qu'il y aura des orateurs inscrits.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Blot sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

148. Vidal. Essai sur la prophylaxie des fièvres chirurgicales.
149. Japiot. Essai sur l'ulcère rongeant de la cornée.
150. Théryc. De l'influence du rachitis sur la dentition et sur la locomotion.
151. Suchard. De l'expression utérine appliquée au fœtus.
152. Michalski. Étude sur la première dentition.
153. Destrais. Quelques considérations sur la dysentérie chronique.
154. Kyriacou. Synovite fongueuse chronique des gaînes tendineuses de la partie antérieure de l'avant-bras, du poignet et de la main.
155. Keller. Des grossesses extra-utérines, et plus spécialement de leur traitement par la gastrotomie.
156. Ferras. De la laryngite syphilitique.
157. Morin. De la glucosurie passagère dans l'anthrax.
158. Moser. Quelques considérations sur le dicrotisme du pouls dans diverses pyrexies et phlegmasies, et en particulier dans la fièvre typhoïde.
159. Boutier. De l'ulcère variqueux ; traitement par l'eau chlorurée et la greffe épidermique.
160. Chatain. Essai sur les fractures de la clavicule en dedans des ligaments coraco-claviculaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 10 juillet, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Communication officielle du président de la Société ; — 2° De la nécessité d'autoriser les médecins des Bureaux de bienfaisance à faire délivrer des prescriptions alimentaires à leurs malades, par M. le docteur Gibert ; — 3° De la contagion du choléra à la Guadeloupe, par M. le docteur Pellarin.

— Un docteur désire acheter une clientèle à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Parallèle des eaux minérales de la France et de l'Allemagne, Guide pratique du médecin et du malade, par Ernest BARRAULT, rédacteur scientifique de la *Gazette des eaux*. Paris, 1872, 1 vol. in-18, près de 355 pages. — Prix : 3 fr. 30. — J.-B. Baillière.

Étude comparative des fièvres palustres, par le docteur LETONA. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur la première dentition, par le docteur WICHALSKI. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Deux points de l'histoire du favus, par le docteur GIGARD In-8°, avec 2 planches. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du traitement des hémorrhagies de matrice par le sulfate de quinine, par le docteur BARTHAREZ. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 78. — SAMEDI 6 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 6 JUILLET 1872. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Médecine pratique; accouchements; ivresse éthérée. — Promenade dans les hôpitaux : le chloral et ses doses. — Hôpital Rothschild : les médecins dans les conseils de l'administration hospitalière. — Note sur la situation actuelle par rapport au choléra (M. Fauvel). — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Médecine pratique. — Accouchements. — Ivresse éthérée.

(Troisième article.)

Les choses se passèrent à peu près comme durant le premier accouchement, en ce sens que les contractions utérines, irrégulières, partielles, comme crampoïdes, et très-pénibles pour la patiente, étaient assez peu efficaces.

Cette fois, cependant, le travail ne s'arrêta pas complétement après quelques heures ; mais il traîna pendant trente heures avant la rupture des membranes.

Les douleurs étaient vives, mais courtes et séparées l'une de l'autre par des intervalles dont la durée fut plusieurs fois assez notable pour permettre un peu de sommeil. Malgré ces temps de repos, la fatigue s'était accentuée de plus en plus.

Nerveuse, délicate, impressionnable, cette pauvre dame en était venue à ne plus savoir comment se tenir. Sitôt qu'elle voulait s'étendre sur son lit, ou même que dans un fauteuil elle essayait de se pencher en arrière pour s'appuyer sur le dossier, il lui semblait qu'elle étouffait et elle se hâtait de se relever. Cependant elle ne se sentait plus la force de se tenir debout ou de rester sur un siége sans être soutenue. Son mari avait organisé un système assez ingénieux, une sorte de brassière suspendue qui se rattachait au crochet du lustre, et, venant passer sous les aisselles, puis en avant sur la poitrine, pouvait servir de point d'appui à la jeune femme assise. Mais il était bien évident que l'accouchement ne pouvait pas se terminer dans cette position : la vulve et le périnée appuyaient sur le siége et l'enfant n'aurait pu sortir.

On essaya en vain d'obtenir de la patiente qu'elle se mît sur son lit ; elle était dans un tel état de surexcitation que, se refusant à changer de place, elle s'écriait qu'elle ne pouvait pas supporter plus longtemps de telles souffrances, et déclarait faire tout son possible pour arrêter ou affaiblir les contractions.

J'avais constaté que la présentation était excellente, occipito-iliaque gauche, et il n'y avait pas lieu de craindre d'autres complications que cette excitation nerveuse et mentale, jointe à cet affaissement physique qui commençait à devenir inquiétant.

L'idée fixe de la malade était de ne plus souffrir. Elle avait supplié qu'on la chloroformisât ; mais elle n'en parlait plus, ne l'espérant plus. Son mari, suivant nos conventions, lui avait déclaré que, quoi qu'il arrivât, on ne voulait pas l'endormir.

Ce fut dans de telles circonstances que, le 11 février, la poche des eaux s'étant enfin rompue, je me résolus à mettre l'éther en usage pour la dernière phase du travail.

J'envoyai chercher un flacon d'éther et une petite quantité de chloroforme. Pour les premières inhalations, je fis un mélange analogue à celui qu'ont recommandé les accoucheurs anglais : une partie de chloroforme sur environ sept parties d'éther. Je versai quelques gouttes de ce mélange sur un mouchoir que j'agitai devant la bouche de la patiente.

Dès les premières inspirations, cette jeune dame s'écria qu'elle ne ressentait plus la même fatigue, qu'elle n'éprouvait plus d'étouffements, qu'elle était prête à se coucher maintenant si on le voulait. « Oh ! c'est singulier, disait-elle, je sens très-bien les contractions, mais elles ne me font pas mal du tout ; au contraire, je dirais presque qu'elles me paraissent agréables. »

En même temps, elle donnait ses ordres aux domestiques avec la plus grande présence d'esprit, indiquait où l'on devait trouver tout ce dont on aurait besoin, et, sauf un peu de loquacité, ne présentait rien d'anormal dans ses conversations et ses raisonnements. Arrivé à ce point, je me bornai à verser seulement, au moment de chaque contraction, une goutte d'éther sur le mouchoir. Cela suffit pour maintenir un très-léger degré d'ivresse et faire disparaître toutes souffrances.

La dernière phase du travail, à partir du moment où j'employai l'éther, fut régulière et assez rapide ; elle ne dura qu'une heure et demie. Les contractions s'étaient rapprochées et étaient devenues bien plus puissantes, ce que la jeune dame attribuait, à tort sans doute, à ce qu'elle avait cessé de faire des efforts pour les entraver.

Ceux qui ont employé dans les accouchements l'anesthésie portée jusqu'au sommeil ont reconnu que le plus souvent les contractions n'en devenaient pas moins fréquentes ni moins efficaces. Quelques-uns ont cru remarquer qu'elles l'étaient davantage, au contraire. Peut-être l'ivresse éthérée a-t-elle pu contribuer aussi à ranimer le travail dans le fait en question. Quoi qu'il en soit, l'accouchement se termina de la façon la plus naturelle et sans souffrance. La seule chose qui soit à noter, c'est que, au moment du dégagement de la tête, l'enfant resta deux ou trois secondes de plus au passage, parce que la mère, qui

accouchait dans la position la plus usitée en Angleterre, sur le côté, les cuisses étant fléchies et maintenues écartées par un coussin, rapprocha un instant ses cuisses en en diminuant la flexion. En même temps, elle fermait les yeux; le mari la crut évanouie, et on la frappa deux ou trois fois sur les fesses. Mais elle n'avait pas perdu connaissance un seul instant, et il n'y avait eu qu'un mouvement instinctif ou plutôt réflexe.

Les suites furent des plus heureuses, tant pour la mère que pour l'enfant.

Pendant vingt-quatre heures à peu près, l'accouchée exhala un peu d'éther dans son haleine; mais elle n'éprouvait que très-peu de fatigue: aucun mal de tête. On la laissa dormir, tout en veillant, bien entendu, à l'écoulement sanguin, qui fut modéré. Elle eut peu de fièvre de lait, l'appétit se dessina vite, l'involution de l'utérus se fit régulièrement; enfin tout se passa au mieux. Quant à l'enfant, qui fut nourri pendant quelque temps par sa mère, il est devenu magnifique.

Ainsi, l'abolition de la souffrance avait été tout bénéfice; aucun danger, aucun inconvénient n'était venu faire compensation. Une légère ivresse éthérée avait eu autant d'avantages que le sommeil chloroformique; et rien de moins effrayant que cette légère ivresse.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX. — LE CHLORAL ET SES DOSES.

Le chloral se rapproche tellement par ses effets des anesthésiques que la transition d'eux à lui est toute naturelle.

C'est en ce moment un médicament très-employé contre la chorée; et, en effet, dans le service de M. Bouchut, on en a obtenu de très-bons résultats en le faisant prendre jusqu'à la dose de *cinq* grammes par jour. Mais si cette dose suffit chez les enfants pour amener le calme et le sommeil, il n'en est pas de même chez les adultes. M. Laboulbène, chez une jeune fille de 17 ans, atteinte de chorée peu de temps après avoir contracté la syphilis, est monté jusqu'à *quinze* grammes; cette jeune fille a guéri.

M. Worms, dans son service de l'hôpital Rothschild, est arrivé à une dose encore plus forte.

Cette fois, ce n'était pas de chorée qu'il s'agissait, mais d'hystérie.

La malade avait 17 ans; elle présentait une anesthésie générale, sauf sur un seul point, au niveau du creux épigastrique, où l'on constatait, au contraire, une telle hyperesthésie qu'il suffisait d'y porter la main pour provoquer un accès formidable. Les crises étaient très-violentes et très-fréquentes. Pour les calmer, on essaya d'abord le bromure de potassium, porté graduellement à *dix* grammes, puis concurremment les injections de chlorhydrate de morphine. On n'obtint ainsi aucune espèce d'amélioration.

Alors on songea au chloral, qui, à la dose de *cinq* grammes, parut aussi inefficace.

On en éleva la dose jusqu'à *quinze* grammes par jour, et les crises commencèrent à s'éloigner. Elles cessèrent même complétement pour une quinzaine, le neuvième jour de l'administration de ce remède à cette dose; mais, après quinze jours, elles reparurent, bien qu'on n'eût point cessé de donner le chloral; et, cette fois, ce fut en vain qu'on arriva jusqu'à *vingt* grammes. Ce qu'on eut à noter seulement, ce fut l'innocuité parfaite du chloral, continué *à la dose de vingt grammes par jour* pendant toute une semaine.

On pourrait sans doute monter plus haut, puisque, dans ses expériences sur les lapins, M. Orée a constaté que, du moment où les animaux dépassaient le poids de deux kilogrammes, *deux* grammes de chloral suffisaient pour les tuer.

Certes, je ne songe pas à donner comme applicables à l'espèce humaine ces dosages proportionnels par le moyen de la balance.

Chez les hommes, le poids du corps et l'action des médicaments ne sont nullement proportionnels.

Peut-être serait-il moins faux de dire que les médicaments agissent d'autant plus qu'il y a moins de globules sanguins. Et encore cette formule serait loin d'embrasser toutes les conditions du problème.

En médecine, rien n'est plus vrai que la *tolérance* plus ou moins grande résultant, tantôt de l'état de la constitution, et tantôt de la maladie elle-même.

Ceux qui songent à fixer d'avance d'une manière absolue, ou proportionnellement au poids du corps, les doses auxquelles on peut administrer chaque médicament, ceux-là pourront être des savants de cabinet ou de laboratoire, mais ne seront jamais de vrais praticiens. Tout le succès du praticien est dans l'art de savoir choisir dans chaque cas individuel le médicament et la dose, suivant toutes les indications. Or, ces indications sont de natures diverses, souvent nombreuses, et il n'est pas toujours facile de les saisir toutes en estimant leur importance relative.

Le praticien doit donc travailler à devenir un observateur exercé, et non un mathématicien armé de balances.

HOPITAL ROTHSCHILD. — LES MÉDECINS DANS LES CONSEILS DE L'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

Je viens de parler d'un fait observé à l'hôpital Rothschild; qu'il me soit permis de dire quelques mots de cet hôpital, qui, considéré en lui-même, est un bel exemple de ce que pourrait l'initiative individuelle.

Comme les hôpitaux anglais, il se soutient exclusivement par des fondations particulières et par la charité privée. Au pied de chaque lit est inscrit le nom de celui qui a donné de quoi y entretenir un malade.

Fondé en 1852 par le baron James de Rothschild, il s'est constamment agrandi depuis. Renfermant d'abord 48 lits, il en contient aujourd'hui 112 dans celle de ses trois divisions qui, destinée au soin des malades, est l'hôpital proprement dit. En outre, on a successivement créé, dans des bâtiments séparés, un hospice d'incurables et une maison de retraite pour les vieillards.

Les salles y sont petites; les plus grandes n'ont que 16 lits.

Le premier étage de l'hôpital est consacré aux malades adultes: les femmes d'un côté et les hommes de l'autre. Il y a, de chaque côté, trois salles, et, en outre, bien entendu, toutes les dépendances possibles: office, salles de bains, water-closets, promenoirs couverts de chaque côté, etc. J'en ai admiré la propreté remarquable et la bonne disposition.

Le second étage contient un service de nourrices de douze lits; deux services d'enfants de seize lits chacun, garçons et filles; enfin, sur des escaliers séparés, des chambres isolées pour les malades atteints d'affections contagieuses, et les mêmes dépendances que le premier étage.

Cas chirurgicaux et médicaux sont mélangés dans chaque salle; et cette union n'a pas eu plus d'inconvénients à l'hôpital Rothschild qu'à l'hôpital Necker, où une partie du service chirurgical de M. Guyon se trouve placée dans une salle dont tout le reste est occupé par un service de médecine.

C'est même une question de savoir si, pour éviter les fâcheux effets de l'encombrement des blessés réunis dans de trop vastes salles, il ne vaudrait pas mieux diviser chaque salle d'hôpital entre les malades et les blessés.

Quoi qu'il en soit, les salles de l'hôpital Rothschild ne sont pas assez vastes pour que cette division devienne nécessaire dans le cas où l'on y aurait plusieurs chefs de service, ce qui n'existe pas. Tout le monde y est soigné par le même médecin, M. Jules Worms, assisté de deux internes, et ce n'est que lorsqu'il s'agit de quelque grande opération qu'on fait venir M. Gosselin, chirurgien consultant.

C'est donc un peu le même système que les ambulances particulières durant le siége de Paris, toutefois avec cette différence que les vivres ne manquent pas. Or, chacun sait que, durant le siége, la mortalité des blessés était bien moins grande dans les ambulances bien tenues organisées chez les particuliers et dirigées par de vrais médecins, que dans les services des hôpitaux.

A l'hôpital Rothschild, j'ai vu un pauvre garçon qui avait guéri sans amputation à la suite d'une brûlure du bras qui, pénétrant jusqu'aux os en arrière, laissait, à la chute de l'eschare, l'articulation du coude ouverte assez largement. Il est certain que, dans un grand service chirurgical d'un grand hôpital, il aurait eu beaucoup plus de chances de mort : par érysipèle, infection purulente, infection putride et le reste.

Tout le corps médical s'entend aujourd'hui à reconnaître le danger des grands hôpitaux et des vastes salles, moyen de fortifier les miasmes par une sorte de centralisation qui les unit comme dans un faisceau.

Mais comme ce système est plus commode pour une grande administration hospitalière centralisée, il aura toujours ses préférences ; et il arrivera forcément qu'on bâtira le plus souvent sur les vieux modèles ; maintenant surtout que, dans la nouvelle loi sur les conseils d'administration hospitalière officielle, on veut en écarter les hommes compétents, les médecins.

Mais ils ne connaissent donc pas les médecins, ces législateurs qui, pour les repousser, invoquent les intérêts de la charité opposés à ceux de la science ?

Qui donc comprend mieux la charité et la pratique plus pleinement que le médecin à l'égard de ceux qu'il soigne ?

Il la porte si loin qu'il la met au-dessus de toutes les lois. Il ne livre pas ses malades, parce qu'on ne demande pas aux mères de livrer leurs enfants, si coupables qu'ils soient. Or, c'est la gloire du médecin que l'indulgence maternelle lui soit imposée comme idéal par les traditions et les sentiments du corps médical en son entier.

Et c'est lui que vous accusez d'être dénué de charité parce qu'il est savant, lui que le malade des hôpitaux regarde avec raison comme son premier ami, et auquel il se fie malgré les différences de sentiments et d'opinions qui les séparent, lui qui, pour ce motif unique, est respecté même au milieu des révolutions !

Ah ! je comprendrais si l'on disait que, le médecin mettant trop haut l'intérêt du malade et ne tenant pas assez de compte de l'argent et de sa valeur, il soit écarté de l'administration des hôpitaux dans un intérêt tout financier, comme soupçonné d'avoir des tendances à être prodigue.

Mais ne parlez point de charité, ou que vos conseils soient formés exclusivement de médecins !

Si la loi proposée passe sans changement à la troisième lecture, les malades, pour trouver des soins vraiment intelligents et vraiment efficaces, auront à soupirer après la fondation d'hôpitaux créés et administrés exclusivement par l'initiative individuelle.

Dr Victor Révillout.

NOTE

SUR LA SITUATION ACTUELLE PAR RAPPORT AU CHOLÉRA (1).

Pendant ce temps, l'embarquement des pèlerins continuait à Djeddah, et, à cette occasion, M. le Dr Dubreuil protesta avec la plus grande énergie dans ses rapports contre la conduite coupable des agences et des capitaines qui, profitant de l'empressement des pèlerins à quitter le Hedjaz, les entassaient à bord dans des proportions dangereuses, en dépit des règlements en vigueur. Ce fait a été signalé sur tous les points où ces navires sont allés débarquer leur cargaison humaine. Il appelle dans l'avenir une répression.

Chose digne de remarque : tous les pèlerins venus de la Mecque pour s'embarquer à Djeddah restèrent entièrement exempts de choléra, et cette ville continua de jouir jusqu'au bout d'une immunité complète. De sorte que, s'il est probable que le choléra existait encore à la Mecque au moment des fêtes religieuses, on doit admettre que les attaques y étaient rares et avaient pu échapper à la surveillance des autorités. Cette considération explique, sans la justifier entièrement, la tentative faite par ces autorités pour éluder, en faveur des pèlerins revenant par mer, les sages mesures adoptées par le conseil sanitaire d'Alexandrie.

Le réveil de l'épidémie à la Mecque, qui se prépara sans doute parmi la multitude agglomérée à la Mina, mais qui ne se traduisit avec évidence que deux jours après la fin des cérémonies, ce réveil ne prit pas dans la ville des proportions bien graves. Au plus fort de la recrudescence, dans les premiers jours de mars, les bulletins officiels ne mentionnent pas plus d'une quinzaine de décès cholériques, par jour, à la Mecque. En admettant que la vérité y soit atténuée, et quand on doublerait et triplerait ce chiffre, on n'arriverait pas encore à un développement considérable de la maladie, eu égard aux circonstances.

A la fin de mars, on n'observait plus à la Mecque que des cas très-rares, qui achèvent de s'éteindre à la fin d'avril ; mais le réveil du choléra à la Mecque eut pour effet de produire une grande panique parmi les pèlerins qui, pour la plupart, n'eurent plus d'autre souci que de quitter la ville au plus vite.

Cette précipitation ne permit pas, comme de coutume, d'échelonner le départ des caravanes, afin de mieux assurer les moyens d'existence sur la route, et elle amena un encombrement qui contribua sans doute à augmenter le désastre qui suivit.

Il faut remarquer toutefois que cette désertion de la ville ne fut probablement pas sans influence sur le peu d'extension qu'y prit le choléra.

Il importe encore de noter qu'en quittant la Mecque, toutes les caravanes qui se dirigent vers le nord suivent, pendant un assez long trajet, le même itinéraire, ce qui devait encore augmenter l'encombrement de la route. C'est dans cette partie commune du chemin, qui va de la Mecque à Médine, que se produisit surtout le désastre.

En effet, à peine les pèlerins avaient-ils quitté la Mecque, au commencement de mars, que le choléra se mit à sévir parmi eux avec une grande violence.

Dès le second jour du voyage, à la station de Kadina, près de Rabouk, où l'eau est réputée mauvaise, des attaques foudroyantes se déclarèrent. Il est à noter que, déjà, une caravane, partie de la Mecque en janvier, avait été fortement éprouvée par le choléra dans ce même endroit.

Le médecin arabe qui accompagna les pèlerins jusqu'à Médine rapporte que, pendant toute la route, la maladie n'a pas cessé de régner parmi eux avec une grande intensité, et qu'elle les a accompagnés dans la ville même, où elle a fait de nombreuses victimes.

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Il estime à 25,000 les pèlerins qui ont fait le trajet de la Mecque à Médine, et il porte à 4,000 au moins ceux qui ont succombé depuis le départ jusqu'au 29 mars, tant en route qu'à Médine.

A ce moment, la caravane de Syrie allait continuer sa route pour Damas à travers le désert. Disons de suite qu'elle fut encore accompagnée par le choléra pendant une dizaine de jours; mais qu'à partir de la station de Madaïm-Saleh, située à 14 étapes de Damas, elle en fut entièrement délivrée, et qu'elle a fait son entrée dans cette ville le 29 avril dans un excellent état sanitaire.

Les pertes que la caravane de Syrie a faites pendant le pèlerinage sont évaluées par les uns au dizième de son effectif, par d'autres au seizième. Le fait est que les données à ce sujet sont très-incertaines.

On ne sait pas encore comment les choses se sont passées dans les caravanes se dirigeant sur la Mésopotomie.

Quant à la caravane du Caire, elle aurait moins souffert que la précédente, si tant est que, composée de 11 à 1,200 pèlerins, elle n'aurait perdu que 24 personnes par le choléra dans son trajet de la Mecque à Médine. Le 11 avril, elle arrivait à El Weldj dans un état satisfaisant.

D'autres pèlerins revenant de Médine avaient été moins heureux, et ils avaient importé le choléra à Iambo, où ils étaient venus s'embarquer.

La ville de Médine eut beaucoup à souffrir du retour des pèlerins contaminés. En huit jours, du 20 au 28 mars, on y signala 1,800 décès cholériques, sans compter ceux qui avaient eu lieu parmi les caravanes du Caire, de Damas et de Bagdad, campées au dehors.

Le 30 mars, toutes les caravanes s'étant mises en route, la maladie diminua rapidement, et elle ne tarda pas à disparaître de la ville.

Citons, pour finir, un épisode se rattachant aux émissions de choléra provenant de la Mecque. On a vu plus haut qu'un bataillon de troupes parti de cette ville avait importé la maladie à Confoudah, où le gouvernement réunissait un corps d'armée destiné à une expédition dans l'Yémen. Dans les premiers jours de janvier, 5,000 hommes de ces troupes furent transportés par mer à Hodeïdah, qui venait d'être choisi pour point de rassemblement. Comme le choléra existait parmi ces troupes, M. le docteur Watrin, médecin sanitaire français à Hodeïdah, au service du gouvernement ottoman, leur assigna un lieu de campement isolé à 20 milles de la ville. Grâce à cette précaution, le choléra s'éteignit peu à peu parmi les troupes, sans que la ville eût à en souffrir.

Les choses en étaient là lorsque, le 12 février, arriva de Confoudah le Général en chef, accompagné de 800 hommes, parmi lesquels se trouvaient des cholériques. Le général ne voulut pas entendre parler de précautions; il entra de suite en communication avec la ville, et bientôt on vit le choléra se propager, d'abord à la garnison, et ensuite parmi les habitants.

Cette épidémie ne paraît pas d'ailleurs avoir eu des suites graves. Au commencement d'avril elle était éteinte, et à la fin du même mois on recevait à Djeddah la nouvelle que les troupes ottomanes s'étaient emparées de Sana, la plus importante ville de l'Yémen, et que leur état sanitaire était très-satisfaisant. Sur ce dernier point, on me permettra de conserver des doutes que l'avenir éclaircira.

Il me reste à dire quelques mots de la manière dont les choses se sont passées au lazaret d'El-Wedj. Installé et dirigé avec beaucoup d'intelligence par MM. les docteurs Dacorogna et Méhémet-Ali, visité par M. le docteur Gaillardot, qui en fait le plus grand éloge au point de vue de la salubrité, ce lazaret a donné les meilleurs résultats.

Les pèlerins y étaient séparés par catégories, sous des tentes convenablement espacées. Plusieurs navires y débarquèrent un certain nombre de diarrhéiques, dont la plupart guérirent en quelques jours. On n'y a perdu que des gens avancés en âge ou atteints de maladies chroniques. Chose remarquable et sur laquelle on ne comptait guère : pas un seul cas de choléra n'a été observé parmi les 9 à 10,000 pèlerins qui, du commencement de mars au milieu de mai, ont subi à El-Wedj une quarantaine variant de 15 à 20 jours.

La seule conséquence à tirer de ce fait, c'est que tous les pèlerins sont arrivés à El-Wedj entièrement purgés des germes de la maladie. On doit admettre également qu'ils se sont embarqués à Djeddah et à Yambo bien *nets* de tout *contagium*, car autrement on ne comprendrait pas l'immunité complète dont ils ont joui à bord au milieu des conditions les plus propres à favoriser la maladie. Or, pas un seul cas de choléra n'a été constaté à bord des navires chargés de pèlerins depuis leur départ du Hedjaz jusqu'à leur destination définitive.

C'est encore là une circonstance des plus curieuses à noter et des plus imprévues.

Et c'est pour cela que, tout en nous félicitant du résultat final obtenu, qui a été la préservation de l'Égypte, nous ne devons pas considérer l'épreuve de cette année comme décisive au point de vue de l'efficacité réelle des mesures adoptées.

Je crois, comme M. Gaillardot, qu'il est très-heureux que le choléra n'ait sévi ni à bord des navires, ni dans les campements quarantenaires, car les mesures adoptées n'ayant pu être qu'imparfaitement exécutées, l'Égypte aurait pu être gravement compromise.

Quoi qu'il en soit, l'expérience de cette année, en permettant d'étudier pour la première fois le côté pratique de la question, sera profitable, et l'on doit reconnaître que l'administration égyptienne mérite des éloges pour les efforts sérieux qu'elle a faits dans l'intérêt de l'Égypte et de l'Europe.

N'oublions pas de dire qu'elle a rencontré, de la part du khédive, l'appui le plus ferme et le plus généreux.

Au commencement de mai, le pèlerinage était considéré comme terminé ; il ne restait plus dans le Hedjaz de pèlerins à destination de Suez. Le lazaret d'El-Wedj avait achevé son œuvre pour cette année, ainsi que la commission sanitaire de Suez.

Le 26 mai, les caravanes égyptiennes, comptant en tout 1,821 pèlerins, avaient opéré leur rentrée. Le 22 mai, 9,866 pèlerins avaient fait retour à Suez, par mer, après quarantaine à El-Wedj. En additionnant ces deux chiffres, on obtient un total de 11,687 pèlerins revenus par Suez. Or, si l'on rapproche ce chiffre des 16,000 partis par la même voie pour la Mecque, on trouve un déficit de 4,313 qui doit représenter, à peu de chose près, la mortalité survenue parmi ces 16,000 pèlerins partis, c'est-à-dire une mortalité s'élevant à plus du quart de l'effectif.

C'est le seul critérium qui nous permette d'estimer, d'une manière un peu précise (en défalquant les morts par autres causes), l'influence funeste du choléra pendant le pèlerinage de 1872.

Je n'ajouterai qu'un mot pour faire remarquer combien l'épidémie de 1872 dans le Hedjaz diffère de celle de 1865, par sa gravité beaucoup moindre, par son peu de tendance à l'expansion, à moins de circonstances adjuvantes, par l'immunité vraiment extraordinaire dont les pèlerins, sortis de foyers épidémiques, ont joui, tant à bord des navires qu'à la quarantaine d'El-Wedj, circonstances qui n'avaient pas été observées en 1865.

Ne semble-t-il pas que les mêmes conditions qui, en 1871, se sont opposées à la diffusion du choléra en Europe et ont fait avorter toutes les importations parties de Constantinople, aient également agi cette année dans le Hedjaz, en d'autres termes que la disposition à contracter le choléra ait été diminuée là comme ailleurs, ou, si l'on aime mieux, que l'épidémie de 1871 et 1872 ait présenté moins de malignité que les précédentes? Je dis l'*épidémie* et non la *maladie*; car les cas, considérés également, n'ont rien perdu de la gravité antérieure.

En conclusion, la situation par rapport au choléra se présente à nous aujourd'hui avec des apparences beaucoup moins menaçantes qui l'année dernière à pareille époque. Nous ne sommes plus en présence que d'un seul foyer, encore à peu près confiné dans la région où il reste en permanence depuis quatre ans, foyer peu violent et peu expansif, jusqu'à ce jour, et qui, à en juger par les

faits exposés précédemment, pourrait bien s'éteindre sur place sans propager la maladie à l'ouest de l'Europe.

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION (1)

Par le docteur GEORGES DIEULAFOY.

OBS. — *Kyste séreux du foie. — Une aspiration. — Guérison.*

Je transcris cette observation, publiée par M. Bouchut dans a *Gazette des hôpitaux* du 13 février 1872.

Reine B..., âgée de 11 ans, entrée, le 3 décembre 1871, au n° 49 de la salle Sainte-Catherine.

Cette enfant, habituellement bien portante, souffre depuis six mois dans la région du foie. Elle y ressent une douleur continue, profonde, sans élancements, augmentée par la pression de la main ; puis le ventre s'est tuméfié, et sous les fausses côtes droites, il s'est produit une tumeur assez considérable, profonde. L'enfant n'a pas eu de jaunisse. Elle s'est affaiblie par degrés, mangeait mal et maigrissait beaucoup, sans avoir de vomissements ni de diarrhée.

Plusieurs vésicatoires volants ont été appliqués sur l'hypocondre droit, mais le mal a persisté, et c'est ainsi qu'il a fallu entrer à l'hôpital.

L'enfant est petite, maigre, pâle, sans jaunisse ; sa langue est blanche, pâteuse ; il n'y a pas d'appétit, d'envies de vomir ni de diarrhée.

La peau est naturelle, sans chaleur, et il n'y a de fièvre qu'à intervalles iréguliers.

Aucun trouble n'existe dans les fonctions respiratoires, sensoriales et motrices. Toute la maladie semble avoir l'hypocondre droit pour origine.

En effet, le ventre est gonflé et la tuméfaction occupe surtout la région hépatique. Là, existe une douleur profonde, continue et sourde, augmentée par la pression.

Les fausses côtes font une saillie évidente et sont soulevées par le foie, qui déborde de trois travers de doigt. Cet organe présente une matité de 15 centimètres sur le côté et de 12 à sa partie antérieure, sous le muscle droit. Le grand globe est évidemment plus gros, on en sent le bord, puis dès qu'on arrive au petit lobe, il y a une saillie considérable, qui forme une tumeur mobile, profondément située, soulevant la peau et les cartilages des fausses côtes. Profondément, c'est une tumeur. A la peau, ce n'est qu'une saillie de l'hypocondre. La peau ne présente ni chaleur ni rougeur. La pression est douloureuse, mais supportable, et il y a une matité sourde, élastique sur toute son étendue. Au-dessous d'elle, c'est la résonnance tympanique des intestins jusqu'au pubis, et il n'y a pas d'eau dans le ventre.

Cette tumeur est très-tendue, élastique, fluctuante, sans frémissement hydatique, mais elle vibre sous le doigt comme une vessie fortement distendue d'eau.

L'auscultation seule ou combinée à la percussion n'y révèle aucun bruit anormal.

En présence de ces symptômes, qui révélaient l'existence d'un kyste liquide occupant le petit lobe du foie, nous avons pensé qu'il s'agissait d'un kyste hydatique à échinocoques ou d'un kyste séreux.

La fluctuation, l'élasticité, la résistance et la vibration de la tumeur pouvaient le faire croire.

En conséquence, une ponction avec l'aiguille creuse de l'aspirateur Dieulafoy fut faite, sans qu'on ait provoqué d'adhérences préalables entre la tumeur et les parois du ventre.

A peine l'aiguille fut-elle introduite qu'il s'élança, à 20 centimètres de distance, un jet de liquide incolore, transparent comme de l'eau de roche et assez abondant. J'en retirai environ 85 grammes. Il était d'une saveur chlorurée, saline, ne précipitait pas d'albumine par la chaleur. Après l'avoir laissé reposer, nous cherchâmes au fond s'il n'y aurait pas de dépôt à examiner, et nous avons étudié les couches profondes au microscope sans y trouver de débris ou de crochets d'échinocoques. C'était un liquide constitué d'eau chlorurée.

Après l'opération, l'enfant eut pendant vingt-quatre heures dans l'hypocondre droit une vive douleur, augmentée par la moindre pression, quelques envies de vomir, de la fièvre avec un grand abattement. Tout cela disparut sous l'influence de cataplasmes laudanisés, et le lendemain la malade parut guérie. Elle put bientôt se lever et sortir de l'hôpital.

A peine arrivée chez ses parents, elle eut de la fièvre, perdit l'appétit, se mit à tousser et se plaignit d'une faible douleur dans le côté droit du sein.

On la ramena à l'hôpital, et il devint évident qu'elle avait, à droite, un épanchement pleurétique, atteignant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

L'enfant avait une toux sèche, de l'inappétence et un peu de fièvre, de la matité à la base du poumon droit, et là absence de murmure vésiculaire en bas, du souffle et de l'œgophonie au-dessus vers la pointe du scapulum. Cet épanchement n'augmenta pas, et, sous l'influence d'un vésicatoire, de l'alcoolature de Bryone, il se résorba graduellement. Pour la seconde fois, l'enfant se trouvait guérie.

Elle prit ensuite une scarlatine qui se termina bien, et elle sortit de l'hôpital.

M. Bouchut fait suivre cette observation de quelques réflexions sur les accidents consécutifs à la ponction, et sur la pleurésie dont cette enfant fut atteinte. Il semble regretter de n'avoir pas établi des adhérences préalables ; je me suis déjà assez expliqué à l'article DIAGNOSTIC, sur le peu de gravité des accidents qui suivent quelquefois la piqûre dans l'exploration des kystes du foie, au moyen de l'aiguille de l'aspirateur ; nous ne devons pas, je crois, nous en exagérer la portée.

Résumé. — Dans les cinq observations précédentes, on peut voir que le traitement des kystes par aspiration a été d'une simplicité et d'une innocuité qu'on rencontre rarement avec d'autres procédés. Il a suffi d'épuiser sans adhérences préalables le liquide par un moyen tout mécanique et complétement inoffensif. Tantôt ce liquide a persisté jusqu'au bout à l'état limpide et transparent, pendant la durée du traitement ; tantôt il est devenu purulent, et le kyste s'est transformé en un abcès du foie, ce qui n'a pas empêché l'épuisement du liquide de s'effectuer sans difficulté. Mais il faut s'attendre à rencontrer des faits moins simples ; le foie peut être envahi, en grande partie, par des kystes multiples d'ancienne date, qui entrent successivement ou simultanément en suppuration, et qui ne disparaissent qu'en passant par la transformation intermédiaire de leurs produits en cristaux de margarine et de cholestérine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 juin 1872. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

CORRESPONDANCE.

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux* ; — l'*Union médicale* ; — la *Gazette heb-*

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juin, 2 et 4 juillet 1872.

domadaire; — la *Revue médicale de Toulouse*; — le *Lyon médical*; — le *Montpellier médical*.

M. VERNEUIL présente, au nom de M. le docteur Farabeuf, le premier fascicule de son *Précis de médecine opératoire*, comprenant les *ligatures des artères*.

M. PANAS présente, au nom de M. le docteur de Castro, une observation d'hématocèle supposée testiculaire, avec pièces à l'appui. Cette communication est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Sée et Panas, rapporteur.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Staphylôme pellucide. — M. TRÉLAT dépose l'observation de staphylôme pellucide ayant trait au malade qu'il a présenté dans une des dernières séances. (*Sera publié.*)

DÉCLARATION DE VACANCE

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante.

COMMUNICATION

Hôpitaux flottants. — M. ROCHARD lit une nouvelle note et communique des plans relatifs à la construction d'un hôpital flottant. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

Discussion sur l'érysipèle.

M. GIRALDÈS. Après ce qu'ont dit ici nos collègues, je crains de répéter des théories et des faits déjà approfondis; mais l'érysipèle est tellement important à bien connaître, qu'on ne saurait trop le discuter.

Deux points feront l'objet de mon discours : l'identité de l'érysipèle et de l'angioleucite, acceptée par les uns et repoussée par les autres; puis l'épidémicité et la contagion de l'érysipèle.

L'anatomie et la clinique permettent-elles d'affirmer quel est le siége de l'érysipèle? Les uns ont dit que la nature des vaisseaux qui constituent le réseau capillaire lymphatique est incompatible avec la théorie de l'inflammation, parce que les capillaires lymphatiques n'offrent qu'une paroi épithéliale. Mais cela n'est point démontré; les réseaux connus par Fohmann, Bonamy sont des réseaux qui ne sont pas dépourvus de vaisseaux capillaires sanguins. Mais, objecte-t-on, il y a des recherches plus modernes sur les réseaux lymphatiques; oui, mais elles portent sur les vaisseaux lymphatiques des viscères et point sur les vaisseaux de la peau.

Les assertions de Virchow et de Donders relatives à l'origine des lymphatiques dans les corpuscules du tissu cellulaire sont une conjecture. L'absence de vaisseaux et la circulation de la lymphe dans des lacunes de la couche de Malpighi sont une autre hypothèse. Enfin, la supposition de Recklighausen que le capillaire est une simple paroi épithéliale, n'est pas prouvée pour les lymphatiques cutanés. On ne sait pas si les lymphatiques communiquent avec les vaisseaux sanguins. Mais, à supposer même que les parois des vaisseaux soient composées exclusivement d'épithélium, on ne saurait refuser que l'inflammation puisse y exister, puisqu'elle existe dans la cornée. L'inflammation érysipélateuse est acceptable au point de vue anatomique.

Au point de vue de l'anatomie pathologique, il y a peu de chose de certain. M. Bastien a vu des coagulations dans les capillaires sanguins et au niveau des points atteints d'érysipèle. D'autres ont constaté dans le foie des altérations voisines de celle qu'on rencontre dans la septicémie, aussi bien pour l'érysipèle que pour l'angioleucite.

Cliniquement, il faut dire que, dans beaucoup de cas, il est fort difficile de distinguer certains érysipèles des angioleucites; cela, je l'accorde. On ne peut pas poser de limites précises entre les deux affections dans certaines conditions. Mais dans les cas simples, la différence est très-tranchée.

L'angioleucite survenant à la suite d'une écorchure enflammée ou dans laquelle un produit septique a été introduit, a les caractères d'une inflammation des vaisseaux, et elle disparait vite par le repos.

Les plaques d'érysipèle simple qui se développent aux membres, par exemple, peuvent se présenter sous forme de plaques qui s'éteignent sur place ou qui marchent de haut en bas ou de bas en haut. Elles ne peuvent être arrêtées par aucun traitement local, et je me rappelle encore les désillusions de Velpeau à l'endroit du sulfate de fer, auquel il avait attribué la propriété d'arrêter l'érysipèle.

L'angioleucite a une cause tangible, la plaie enflammée; l'érysipèle, au contraire, reconnaît des causes cosmiques : les mauvaises conditions dans une salle font développer la tendance aux érysipèles. Autrefois, il y avait à la Charité, dans la salle Sainte-Catherine, un coin où il y avait des érysipèles; c'était dans une partie du bâtiment où passaient des conduites de fosses d'aisances. On est forcé d'admettre une cause générale aux érysipèles, une cause septique, quelque chose d'analogue à une intoxication.

L'érysipèle offre au début une élévation considérable de la température, même dans les cas simples, et l'angioleucite n'offre cette particularité que lorsqu'elle est grave; il y a un état saburral grave dans l'érysipèle.

M. Verneuil dit que les ganglions sont engorgés dans l'angioleucite et dans l'érysipèle; ceci indique que l'inflammation occupe le même ordre de vaisseaux. L'engorgement, précurseur des glandes lymphatiques, dans l'érysipèle, a été indiqué par Pierre Franck; mais il a aussi été indiqué pour la rougeole et la scarlatine. Il y a donc dans ces fièvres éruptives des angioleucites particulières, et il faudrait alors faire des séries de formes angioleuciques et érysipélateuses, telles que forme variolique, forme rubéolique.

En résumé, d'après l'examen clinique, on peut dire que les formes simples de l'angioleucite et de l'érysipèle sont nettement distinctes. Dans les formes graves, la distinction est plus difficile. Lorsque l'érysipèle est dû à l'introduction d'une matière septique, il y a quelque chose qui existe dans les vaisseaux lymphatiques, les réseaux et les troncs des lymphatiques. Les matériaux circulent-ils dans les lymphatiques? On peut le supposer, puisque, dans les injections hydrotomiques, on voit les liquides injecter les vaisseaux lymphatiques. Le liquide passe par exosmose ou passe directement, cela est certain. Les matières septiques semblent donc cheminer dans les lymphatiques.

Les épidémies, que nie l'un des orateurs qui ont parlé dans cette discussion, sont réelles; il y a des épidémies connues dans l'histoire; il y a des faits probants. Aussi, je pense qu'il ne faut pas être téméraire au point de dire : Je me moque des épidémies, et j'opère quand il y a des érysipèles dans mes salles. Toutefois, il est bon de dire qu'il n'y a pas de démonstration rigoureuse. Si nous voyons quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la rougeole dans nos salles d'enfants, nous serons bien obligés de reconnaître que l'érysipèle est épidémique et surtout contagieux. On apporte un enfant atteint de rougeole, et quelques jours après nous voyons se succéder dans nos salles des rougeoles. Si l'érysipèle se produit de la même façon, nous sommes bien obligés de reconnaître qu'il est contagieux. Des hommes les plus recommandables croient à la contagion. Ericksen dit : Dans mon service, à University-College, il n'y avait pas eu d'érysipèle. Un malade entre avec un érysipèle gangréneux; tous mes malades sont pris. Campbell de Morgan, à l'hôpital de Middlesex, a vu la même chose. Good-Fellow a dit avoir vu des faits semblables. En France, on a vu les mêmes choses. On peut donc dire que, dans l'Ancien et dans le Nouveau-Monde même, l'érysipèle peut acquérir la fonction contagieuse.

Maintenant, l'érysipèle est-il infectieux? Il n'y a pas de preuves absolues, je le sais. Quoi qu'il en soit, on est d'accord sur ce point, qu'il ne faut pas transporter les linges à pansement d'un malade atteint d'érysipèle sur un blessé.

En somme, l'érysipèle et l'angioleucite sont deux maladies qui peuvent se mêler. La forme gangréneuse est une transformation

qui est en relation avec un état général grave, car il faut bien tenir compte du sujet chez lequel se développe l'érysipèle. Néanmoins l'érysipèle grave, au moins, reconnaît une cause générale, une cause cosmique, et est le résultat d'une intoxication.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Abcès périprostatique et péri-uréthral. — M. DUBRUEIL.

Il s'agit d'un malade âgé de 42 ans, mort par infection purulente.

Ce malade est entré dans les salles pour une rétention d'urine qui, ayant commencé trois jours auparavant, était devenue absolue la veille.

Il nous raconta qu'il avait eu deux blennorrhagies, l'une à l'âge de 22 ans, l'autre à 38 ans.

Il les considérait toutes les deux comme ayant été bien guéries; mais un interrogatoire attentif démontra qu'il avait conservé une blennorrhée à la suite de la dernière.

Le cathétérisme fut immédiatement pratiqué et la sonde arrêtée brusquement à la partie postérieure de la région membraneuse. Une pression légère avec la sonde détermina l'issue d'une certaine quantité de pus accompagnée de la sensation d'une résistance vaincue; l'instrument pénétra dans la vessie et l'urine put être évacuée.

Le toucher rectal démontra l'existence d'une collection purulente en avant du rectum. Le cathétérisme fut continué, et toujours donna issue à du pus au moment où la sonde allait entrer dans la vessie.

Le surlendemain, j'incisai, par le rectum, la collection purulente qui pointait du côté de cet intestin, et dès lors il s'établit une communication entre le rectum et l'urèthre. Le malade ne tarda pas à présenter des phénomènes d'infection purulente, et succomba cinq jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie démontra l'existence d'une grande poche purulente entamant la portion membraneuse de l'urèthre, dont la paroi inférieure était presque complétement détruite et s'ouvrait aussi dans le rectum.

Il y avait des abcès métastatiques dans le poumon et dans le foie.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

175. Abblart. Quelques considérations sur l'angine de poitrine.
176. Manceaux. Étude sur la fièvre bilieuse hématurique.
177. Taillefer. Essai sur la dégénérescence graisseuse du cœur.
178. Hamand. De la rectite dysentérique endémique en Cochinchine.
179. Misset. Étude sur la pathologie des glandes sébacées.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Étiologie de la tuberculose, par M. le docteur DAMASCHINO. Brochure grand in-8° de 204 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Germer-Baillière.

De la myélite aiguë, par M. le docteur G. DUJARDIN-BEAUMETZ. Brochure grand in-8° de 162 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Germer-Baillière.

Essai sur l'ictère, par le docteur POUZOL. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 79. — MARDI 9 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. MARDI 9 JUILLET 1872. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Staphylome pellucide de la cornée. Opération. Très-grande amélioration (M. Trélat). — Documents pour servir à l'étude de l'empyème (M. A. Roger, de Hédé). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Correspondance. — Nécrologie. — Thèses. — Petite correspondance. — Bibliographies.

L'AUTORITÉ ET LA TRADITION

Sous ce titre, M. Amédée Latour se plaint que nous ayons mal rendu le sens général de l'article qu'il avait publié à propos du discours récemment prononcé par M. Sédillot à l'Académie de médecine.

« C'est se procurer, dit-il, l'occasion d'une critique facile que de prêter aux gens des idées et des opinions qu'ils n'ont jamais émises. Il nous semble peu digne d'un vaillant esprit d'enfoncer une porte toute grandement ouverte. Notre respect pour la tradition n'est pas un culte, une religion, un fétichisme, et nous ne voudrions y juger ni la science ni le progrès. Le respect, c'est... le respect, c'est-à-dire la connaissance, l'appréciation des services rendus, en opposition avec l'ignorance et le dédain des choses passées qui ne conduisent qu'au trouble, à la confusion, et à remonter continuellement le rocher de Sisyphe.

« M. Revillout nous impute donc un tort qui n'existe que dans son esprit. »

Or, dans cet article en question, où M. Amédée Latour louait si vivement M. Sédillot d'avoir :

« Cherché à démontrer qu'avec toutes les ressources du diagnostic moderne, avec une instrumentation ingénieusement perfectionnée, nous ne faisons pas aussi bien, et quelquefois même faisons-nous pire que les contemporains de Phidias et de Platon » ;

Nous lisions comme conclusion de cette critique des modernes :

« C'est que nous nous sommes abandonnés, en toutes choses, en politique, en sociologie, en sciences, à un disolvant individualisme qui a obscurci les notions d'autorité et de discipline. »

L'autorité et la discipline en fait de science : il nous semblait que c'était assez clair.

Ces mots ont reçu de l'histoire de la profession médicale un sens précis.

Oui ; quelque étrange que cela puisse être, on a plus d'une fois soumis les médecins, leurs opinions, leurs ordonnances, leur pratique, à des décisions autoritaires et à la discipline d'un corps hiérarchisé. Les chefs ou le chef avaient seuls le droit d'interpréter les traditions et de fixer la jurisprudence sur ce genre de lois, que nul praticien ne pouvait enfreindre sans être puni comme un rebelle.

Il en fut ainsi dans l'ancienne Égypte, où les médecins formaient une caste soumise à des règles traditionnelles qui leur enlevaient toute initiative.

Il en fut ainsi en Italie, du temps de Symmaque, aux derniers jours de l'empire Romain et sous le règne des Ostrogoths, lorsque, pour mieux faire prévaloir les notions d'ordre et de discipline parmi les médecins, on eut institué un grand archiâtre en le chargeant de décider autoritairement toutes les controverses médicales et toutes les questions de thérapeutique.

En France même, on n'était pas loin de cet idéal, lorsque l'émétique y était condamné et ceux qui guérissaient par ce moyen proscrits.

Voilà comment on a toujours compris l'autorité et la discipline quand on a voulu éviter que les notions en fussent obscurcies devant les yeux des médecins.

C'est la *doctrine autoritaire*, qui a ses partisans convaincus, qui conduit à vouloir l'unité d'opinions dans tous les maîtres d'une Faculté, tous les médecins d'un hôpital, tous les élèves d'une école. Nous avons eu déjà plus d'une controverse avec M. Amédée Latour sur ces conséquences forcées de la doctrine autoritaire.

Aussi nous avait-il semblé que, cette fois, les mots d'autorité et de discipline avaient été à dessein choisis, qu'ils figuraient là pour déterminer cette doctrine, contre laquelle nous avons toujours protesté et nous protesterons toujours.

Il paraît que non. Ces mots, au contraire, s'étaient rencontrés sous la plume de M. Latour, sans qu'il songeât à y attacher l'idée qu'ils comportent. Cette idée, il la répudie aujourd'hui. Il ne s'avoue pas autoritaire. Non-seulement il ne voudrait pas de la discipline organisée, de l'autorité imposée; mais tout le respect qu'il demande, c'est *la connaissance, l'appréciation des services rendus*. On ne saurait être plus conciliant.

Je me réjouis d'avoir provoqué cet exposé de principes, et je le tiens pour bon, sans m'attacher davantage aux termes que j'avais relevés dans le premier article.

Pour suivre la comparaison de M. Amédée Latour, il est toujours très-agréable, quand on croit avoir à enfoncer une porte solide et bien close, de trouver en face de soi une simple porte de théâtre : pas de serrure, une apparence sur une feuille de papier.

— La 12e commission d'initiative parlementaire a déposé un rapport favorable sur le projet de loi supprimant l'inspectorat des eaux minérales.

En attendant que cette loi soit votée, l'ancienne commission médicale des eaux d'Aix se réorganise sous un autre nom, comme nos lecteurs le verront plus loin.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Trélat.

Staphylome pellucide de la cornée. — Opération. Très-grande amélioration.

(Observation recueillie par M. Ch. Monod, interne, et lue à la Société de chirurgie, dans la séance du 27 juin 1872.)

R... (Alphonse), 24 ans, professeur de collége.

Homme grand, pâle, d'apparence un peu chétive, présentant au sommet du poumon droit quelques craquements humides. Il tousse un peu depuis un an.

Il a eu des maux d'yeux dans l'enfance ; n'en garde aucune trace, du reste (taie ou albugo). Pas de cicatrices ganglionnaires du cou.

A l'âge de 19 ans, sans que rien eût jusqu'alors attiré son attention de ce côté, il s'aperçoit que sa vue baisse insensiblement, et plus de l'œil droit que du gauche. Il se croyait simplement myope ; les médecins qu'il consulta à cette époque en jugèrent de même. Cet affaiblissement de la vue présentait cependant quelque chose de particulier : lorsque le malade commençait à lire, il pouvait d'abord tenir le livre à une distance moyenne, puis peu à peu il était obligé de le rapprocher toujours plus de l'œil; au bout d'une demi-heure, la vue devenait tout à fait trouble et la lecture impossible.

Les deux yeux étaient très-sensibles à la lumière.

Cet état dura pendant deux ans.

Au bout de ce temps, M. Gaget (de Lyon) constate du côté droit l'existence d'un staphylome pellucide de la cornée ; à gauche, il n'y avait pas de lésion appréciable, il semblait que, de ce côté, il n'y avait que de la myopie.

M. Gaget propose au malade de lui faire sur la cornée droite une cautérisation avec un crayon de nitrate d'argent.

Le malade s'y refuse, et vient à Paris, où il consulte successivement plusieurs oculistes, qui, tous, sont d'avis que le mal est incurable. Il retourne alors en province, et M. Vibert (de Puy-en-Velay) tente, au moyen d'une compression, d'obtenir une diminution de la convexité cornéenne.

Aucun résultat avantageux n'est obtenu ; c'est alors (un an environ avant son entrée à la Charité) que le malade, impatienté, se donne lui-même et avec intention un coup de pouce sur l'œil, pressant fortement sur le globe pendant quelques minutes.

Une violente inflammation succède à cette manœuvre; il est difficile, d'après les souvenirs seuls du malade, d'en suivre les diverses phases, toujours est-il qu'au bout d'un mois environ, les phénomènes aigus étaient apaisés, la convexité de la cornée avait diminué, la vision était considérablement améliorée; le malade se considère comme guéri de l'œil droit.

Mais pendant ce temps, l'altération de l'œil gauche avait été s'accentuant tous les jours davantage. Le malade fait remonter à un an environ avant son entrée à la Charité l'affaiblissement marqué de la vision de ce côté.

Vers la fin de 1871 et dans les deux premiers mois de 1872, il entra successivement dans les services de M. Maisonneuve et de M. Cusco, à l'Hôtel-Dieu; ils essayèrent l'un et l'autre une compression douce prolongée sur l'œil gauche.

Son état ne s'améliorant pas, le malade quitte l'Hôtel-Dieu et se présente à la Charité au mois de mars 1872; il est admis dans le service de M. Trélat.

État du malade à son entrée. — En examinant les deux yeux, on est frappé tout d'abord, surtout en les regardant de côté, de la convexité exagérée des cornées; elle est, du reste, sensiblement plus marquée à gauche qu'à droite.

On n'aperçoit à l'œil nu, ni d'un côté ni de l'autre, aucune opacité du tissu cornéen. A l'éclairage oblique, la cornée gauche ne présente aucune altération ; celle de droite offre, au sommet de sa courbure, un petite tache d'une très-faible épaisseur, à peine opaque, que l'on ne distingue pas sans une certaine attention.

L'œil droit n'a pas une acuité visuelle normale; le malade ne peut lire qu'en tenant la feuille qu'on lui présente à une distance de 15 centimètres envron.

L'œil gauche est atteint à un bien plus haut degré ; de ce côté, les caractères d'imprimerie ne peuvent être distingués que si le livre est littéralement appliqué contre l'arcade sourcillière, chaque mot étant pour ainsi dire successivement placé en face de l'œil. A distance, les objets ne sont vus que comme à travers un brouillard, ou à travers une vitre un peu troublée; ils apparaissent de plus comme entourés d'auréoles colorées. La vision est plus nette en plein soleil qu'à l'ombre.

La vision binoculaire est très-insuffisante, à vingt pas le malade ne distingue pas un homme d'une femme.

Aucune souffrance.

Aucune altération du fond de l'œil à l'examen ophthalmoscopique.

A la pression, à travers la paupière, le globe de l'œil gauche paraît sensiblement plus mou que le droit.

18-26 mars. — Compression méthodique assez énergique au moyen d'un tampon de ouate et d'une bande de flanelle.

Ce traitement suffit pour amener une amélioration légère. Au moment où l'on cesse la compression, le malade peut lire à une distance de 5 centimètres. Il connaît, du reste, tellement bien l'avantage de la compression, qu'il la produit lui-même en pressant directement sur l'œil, au moyen d'une pièce de monnaie, placée entre deux linges, qu'il maintient assez fortement appuyée sur le globe. L'amélioration ainsi obtenue n'est, au reste, que passagère.

27 mars. — M. Trélat veut tenter une guérison radicale en pratiquant l'opération proposée et exécutée pour la première fois par De Græfe. (Créer un ulcère artificiel dans un point périphérique de la cornée, en faciliter la cicatrisation, et, grâce à la coarctation qui accompagne ce travail de réparation, obtenir une diminution de la convexité de la cornée.)

L'opération fut pratiquée le 27 mars.

Avec un couteau de de Græfe, M. Trélat taille dans l'épaisseur de la cornée, sur son segment inférieur et externe, un véritable petit copeau de 2 millimètres de long et d'un demi-millimètre de large. L'œil était maintenu immobile au moyen d'une pince fixatrice. Il fallut déployer une certaine force, et promener le couteau à plusieurs reprises, en *sciant* sur le point désigné pour parvenir à entamer le tissu cornéen. Le malade ne ressentit, du reste, aucune douleur.

28 mars. — Le lendemain 28 mars, la petite perte de substance fut touchée avec un crayon de nitrate d'argent pointu maintenu en place pendant quelques secondes.

On appliqua sur l'œil le pansement ordinairement employé par M. Trélat à la suite d'opérations sur les yeux (linge glycériné, tampon de ouate et bande de flanelle).

Quelques gouttes d'un collyre de borax :

Borax....................	*Vingt* centigr.
Eau........................	*Vingt* grammes.

29 mars au 3 avril.— La première opération n'avait provoqué aucune réaction. Celle-ci fut intense à la suite de la cautérisation. Une violente inflammation s'empare de la cornée et de la conjonctive. Douleurs péri-orbitaires vives et avec sensation pénible de chaleur à l'œil. Photophobie extrême. Insomnie.

L'œil peut à peine être exploré, le malade contractait fortement la paupière et refusant de se prêter à l'examen. On aperçoit cependant une ligne blanche correspondant au point cautérisé. L'œil entier est très-rouge. Pas de changement de couleur de l'iris.

Calomel, 20 centigr. en 20 paquets;

Pommade de belladone autour de la base de l'orbite ;

Collyre atropine..............	*Quinze* centigr.
Eau..........................	*Trente* grammes.

4 au 6 avril. — Les souffrances diminuent. Il y a eu un peu de

sommeil. Le jour, la douleur cesse pour reparaître la nuit, sourde, mais suffisante pour réveiller le malade et troubler son repos. Elle siége surtout à la tempe, autour de l'orbite, au niveau des dents.

La conjonctive est toujours injectée. La pupille se dilate bien. La cornée reste transparente, à l'exception du point cautérisé. A ce niveau, on aperçoit une petite eschare qui commence à se détacher sur les bords. — Collyre atropine.

9 au 13 avril. Les souffrances disparaissent complétement. Il ne reste plus qu'une photophobie assez vive.

L'eschare commence à se détacher d'une façon très-nette dans la moitié supérieure et externe de l'ulcération; au bord externe de cette dernière vint aboutir un pinceau de vaisseaux de formation nouvelle.

16 avril. — L'œil est encore rouge. La photophobie diminue. Les parties superficielles de l'ulcère sont complétement détergées. Profondément, dans l'épaisseur du tissu cornéen, qui forme le fond de l'ulcération, on aperçoit une infiltration plastique grisâtre. On voit toujours plus nettement la vascularisation du bord externe de l'ulcère.

20 avril au 10 mai.—Pas de changement notable dans l'état local; la photophobie ne paraît pas diminuer; l'œil reste un peu injecté; le fond de l'ulcère reste gris.

Le malade devient insupportable, d'humeur acariâtre. Il demeure la journée entière étendu dans son lit, n'ouvrant la bouche que pour se plaindre. Comptant sur une amélioration plus prompte, et persuadé qu'il n'est pas en voie de guérison, il veut se traiter à sa façon, et exerce sur son œil, avec le poing fermé, une compression nuisible. Il se refuse à quitter son bandeau par crainte de la lumière, ne veut pas se lever, mange à peine, dort mal.

11 mai. — On exige du malade qu'il cesse toute compression sur l'œil, et on l'engage à se rendre compte de l'état de sa vision.

L'amélioration est très-sensible. La lecture est devenue possible à une distance de 15 à 20 centimètres. La convexité de la cornée a d'ailleurs sensiblement diminué.

L'ulcère n'est cependant pas encore entièrement cicatrisé; le fond est grisâtre et semble opaque. Examiné à la loupe de Brucke, il apparaît transparent. On distingue bien, avec le même instrument, un élégant réseau de vaisseaux qui bordent son bord externe. A l'éclairage oblique, il présente une teinte légèrement brunâtre.

A partir de ce jour, l'état général du malade s'améliore graduellement. Il reprend l'appétit, se promène tous les jours et redevient sociable.

La cicatrisation de l'ulcère tarde cependant à se compléter, et le malade demande à quitter l'hôpital avant qu'elle soit complétement achevée. Il en reste une trace mince et très-étroite (5 juin).

L'acuité de la vision est déterminée le jour de la sortie du malade.

Vision de près (lecture) :

Les caractères de l'échelle de Jager (n° III) sont lus à une distance de 15 à 16 centimètres (œil gauche opéré); 10 centimètres (œil droit).

Nos IV et V, à 20 centimètres (œil gauche); à 15 centimètres (œil droit).

L'œil gauche, l'œil opéré, a donc un degré d'acuité visuelle un peu plus élevé que le droit.

Vision à distance. L'amélioration est très-importante. Le malade voit suffisamment pour se conduire, mais à une distance de vingt pas il distingue mal les objets qu'on lui présente et ne peut en déterminer la nature.

La convexité de la cornée gauche est sensiblement moindre. La diminution peut être évaluée à un tiers environ de la hauteur de la courbe. Il est probable que ce progrès ira en s'accentuant encore à mesure que la cicatrisation de l'ulcère s'achèvera. En somme, l'opération a donné une amélioration matérielle et fonctionnelle incontestable.

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'ÉTUDE DE L'EMPYÈME.

Par M. le docteur A. ROGER, de Hédé.

Je lisais il y a quelques jours, dans un numéro de la *Gazette*, les deux observations de M. le docteur Jalabert, préconisant les larges incisions dans les cas d'empyème. Dans les deux observations, le succès a été amoindri par la persistance d'une fistule pleurale. L'auteur se demande si, dans un cas pareil, les injections de teinture d'iode n'auraient pas amené une guérison complète, en s'opposant à la formation de cette fistule.

Voici à ce sujet deux observations que j'ai recueillies dans ma clientèle, et qui pourront servir à résoudre cette question. Ce sont les seuls cas de pleurésie purulente que j'ai pu observer, et tous les deux ont été traités de la même manière.

Il y a neuf ans environ, au moment où je commençais à exercer, un jeune garçon de 13 à 14 ans me fut amené par sa mère. Depuis dix-huit mois il était malade, et se plaignait d'une douleur de côté avec oppression. Il ne pouvait marcher que très-lentement à cause de la suffocation. Il avait considérablement maigri, ses forces avaient disparu ainsi que l'appétit. Sa mère, assez négligente, comme la majeure partie de nos paysans, l'avait fait voir à un médecin, qui, entre autres choses, avait ordonné un vésicatoire. Ensuite, elle était allée consulter des sœurs, qui, elles aussi, en avaient fait appliquer un autre. Là s'était borné tout le traitement, l'enfant, très-indocile, ne voulant pas souffrir davantage.

Je constatai, du côté malade, un vaste épanchement avec dilatation des espaces intercostaux. Je fis encore appliquer un large vésicatoire, qui ne fit qu'irriter l'enfant, sans amener aucun soulagement.

Quelques jours après, la mère m'appela de nouveau, parce que son fils était plus souffrant. Le vésicatoire était guéri et je trouvai au lieu d'élection choisi dans la thoracentèse, une saillie formée par le liquide contenu dans la plèvre. Je saisis un bistouri, et, en cet endroit, je fis une incision d'environ 3 centimètres de large. Un flot de pus sortit par l'ouverture. J'évalue à deux litres la quantité que j'obtins de cette manière. L'enfant, qui d'abord avait ressenti du soulagement, menaçait d'avoir une syncope. Je fermai la plaie en y introduisant une grosse mèche de charpie.

Le lendemain, lorsque je retirai cette mèche, il s'écoula encore un bon verre de liquide; l'enfant était très-soulagé et respirait beaucoup plus facilement, mais, avec son mauvais caractère, il s'opposait à tout ce qui pouvait le faire souffrir. Le pus était séreux, mal lié, mêlé de grumeaux et d'une mauvaise odeur. Je résolus de faire dans la poche des injections iodées. Pour habituer le malade, je commençai deux jours de suite par des injections d'eau tiède; le troisième jour, je poussai dans la cavité thoracique une injection de teinture d'iode au quart. L'enfant se plaignit beaucoup, et je ne pus continuer le lendemain. Cependant, aucun accident n'étant survenu, je repris, deux jours après, mon injection iodée, que je continuai tous les quatre à cinq jours. L'état du malade s'améliora; l'écoulement de pus, qui était d'abord d'environ un verre par jour, commença à diminuer : ce pus prit un meilleur aspect. Au bout d'un mois, la plaie était très-rétrécie, l'écoulement presque nul. Je fus obligé de cesser mes injections à cause de l'indocilité du malade, qui poussait des cris déchirants à chaque pansement. Je laissai la plaie sans autre traitement qu'un peu de charpie, et, deux mois après l'incision, la plaie était complétement guérie. Les forces se rétablirent peu à peu. Aujourd'hui, le jeune homme se livre à tous les travaux pénibles de la campagne, sa santé est excellente, et il ne lui reste de sa maladie qu'un aplatissement des côtes du côté malade.

•

Voici la seconde observation, beaucoup plus intéressante à cause des complications survenues pendant la maladie :

Dans le courant de l'année 1868, c'est-à-dire quatre ans après le premier cas, je fus appelé auprès d'un jeune homme de 18 ans, d'un tempérament lymphatique et assez délicat. Ce jeune homme, souffrant depuis deux jours, se plaignait d'un point de côté à droite; il avait une toux sèche et de la dyspnée. A l'auscultation, on entendait un bruit de souffle et une diminution du bruit respiratoire. La veille, il avait eu un frisson violent. Pas de maladies antérieures. Je diagnostiquai une pleurésie, que je traitai par les purgatifs, les diurétiques et les vésicatoires. Loin de diminuer, l'épanchement augmenta, amenant une oppression si forte, que je crus la vie du malade en danger. Sur ces entrefaites, me trouvant avec un de mes confrères, professeur à l'école de Rennes, je lui fis voir mon malade, et il fut convenu que je pratiquerais la thoracentèse. Le lendemain, c'est-à-dire vingt et un jours après le début de la maladie, je fis, avec un trocart muni d'un manchon de baudruche, une ponction entre la septième et la huitième côte. Immédiatement, et à ma grande surprise, il s'écoula un flot de pus. Je ne m'attendais nullement à rencontrer un épanchement purulent après un si court intervalle de temps depuis le début de la maladie. Voyant que j'avais affaire à un cas de cette nature, je laissai peu de liquide s'écouler, j'en retirai seulement un peu plus d'un demi-litre, et je retirai la canule. Deux jours après, l'épanchement étant à peu près aussi considérable, je résolus de pratiquer une incision plus grande, plus en arrière pour faciliter l'écoulement du liquide. Je fis une marque à la peau dans l'endroit choisi, entre la septième et la huitième côte, et j'enfonçai le bistouri dans l'endroit, faisant une incision de 3 centimètres. Cette fois, ce ne fut pas du pus, mais un flot de sang qui sortit. Je fus très-effrayé, je crus avoir atteint le poumon. Je voulus toutefois m'en assurer. Je portai le doigt dans la plaie. Je reconnus alors que j'avais pénétré au-dessous du diaphragme en le rasant, et que j'avais blessé le foie. A la surface convexe de cet organe, je trouvais une plaie, dans laquelle j'introduisais le bout du doigt. Mes craintes furent loin de diminuer. Cependant, malgré l'écoulement du sang, qui continuait toujours d'une manière inquiétante, je repris mon bistouri et, cherchant l'espace intercostal supérieur, je fis une seconde incision, par laquelle, cette fois, le pus jaillit en abondance. Je bouchai la plaie inférieure avec une forte mèche de charpie, et je laissai l'écoulement de pus se faire complétement.

Le malade, qui avait été très-impressionné, souffrit beaucoup, et comme il était sur le point de s'évanouir, je fermai aussi ma seconde plaie avec une autre mèche. J'appliquai ensuite un bandage de corps un peu serré. Tout le jour, le malade fut très-souffrant. Le lendemain, il avait un peu de soulagement, mais la faiblesse était extrême. Je changeai les mèches. Par la plaie de la poitrine il s'écoula encore beaucoup de pus. J'introduisis dans cette ouverture un gros tube à drainage en caoutchouc. Par l'autre plaie il sortit seulement un peu de sang. Les jours suivants, malgré un régime très-tonique, le malade resta toujours faible avec beaucoup de fièvre. La plaie du foie se mit à suppurer ; l'autre laissait toujours s'écouler du liquide. Cet état dura pendant près d'un mois m'inspirant de grandes inquiétudes.

Au bout de ce temps la plaie inférieure, dont l'écoulement avait beaucoup diminué, finit par se fermer, et je n'eus plus affaire qu'à la plaie de la cavité thoracique ; l'ouverture de cette plaie était rétrécie et j'avais peine à y introduire un tube de caoutchouc assez gros. Cependant, comme l'écoulement était toujours abondant, que le pus n'avait pas un très-bon aspect, je résolus de faire dans le foyer des injections iodées. Ces injections, comme dans le cas précédent, furent très-douloureuses ; j'en faisais une tous les trois ou quatre jours ; et cela pendant deux mois environ, en éloignant toujours un peu les pansements, au point de ne plus en faire que tous les huit jours. L'état général était toujours assez mauvais; le malade avait de la fièvre, il était faible, mangeait peu et dormait mal. La plaie avait tellement diminué que je ne pouvais plus y introduire qu'un bout de sonde en gomme du plus petit calibre, par lequel je faisais mes injections. Ces dernières étaient devenues très-difficiles attendu qu'on ne pouvait plus fairerc sortir le liquide. Le jour où je pratiquai la dernière, comme je retirais mon bout de sonde, le malade, qui était assis sur son lit, soutenu par un aide, poussa un grand cri, grinça des dents avec une horrible contraction du visage et tomba sans connaissance. Je le crus mort. Enfin peu à peu il revint à lui. (Je vis, quelques jours après, dans le numéro du 5 novembre de la *Gazette*, un fait analogue survenu dans le service de M. Maurice Raynaud, après une injection). J'attribuai ce qui venait d'arriver au contact de ma sonde avec le nerf intercostal. Le malade resta les jours suivants plus souffrant; enfin la fistule se ferma et dès lors l'amélioration marcha assez rapidement, grâce à un régime très-tonique.

La convalescence se déclara, et un mois après le malade se levait et pouvait se promener. Depuis, la guérison s'est achevée et le malade jouit d'une bonne santé. Il est seulement sujet à des accès d'oppression, surtout lorsqu'il vient à s'enrhumer.

Il est certain que, dans ces deux cas, les injections iodées ont rendu de grands services, et que sans elles les malades auraient bien pu conserver des fistules pleurales. La seconde observation est encore curieuse à cause de l'accident survenu au foie, et prouve qu'on ne saurait trop faire attention à bien observer le lieu de la ponction. Dans le cas présent, le malade, en se retournant, avait changé de position, et la paroi du thorax avait glissé et s'était abaissée au-dessous de l'espace intercostal indiqué. On voit, malgré cela, qu'il ne faut pas encore trop s'effrayer d'un semblable accident, puisque le malade ne s'en est pas ressenti.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Rapport de la commission chargée de l'étude de la loi de 1838 sur les aliénés (1).

III

Des reproches adressés a la loi du 30 juin 1838.

Les adversaires de la loi du 30 juin 1838 se sont efforcés de la représenter comme une nouvelle loi des suspects, et, faute de se rendre compte de la situation exceptionnelle de l'aliéné dans la société, ils ont commis une erreur qui ne saurait se propager sans entraîner après elle les plus regrettables conséquences. L'aliéné, pour eux, cesse d'être un malade; ce n'est plus qu'un prévenu; aussi l'existence de la folie devrait-elle être, d'après eux, reconnue, non pas par un médecin, mais par un jury composé de citoyens pris au hasard, auxquels il suffira, disent-ils, d'avoir du bon sens pour juger s'il y a lieu ou non d'autoriser le placement dans un établissement spécial.

Cette prétention n'est pas nouvelle, elle n'en est pas pour cela mieux justifiée. S'il suffisait du simple bon sens dans ces délicates questions, les médecins seraient les premiers à désirer que leur responsabilité fût entièrement dégagée. Mais est-il donc toujours si facile de reconnaître la folie? Et croit-on qu'il n'y a de fous que ceux qui se livrent publiquement à des actes extravagants; que le maniaque, avec ses cris, ses violences; l'halluciné, avec ses visions terrifiantes, ses recherches incessantes d'ennemis imaginaires; le dément, avec son insouciante malpropreté et l'incohérence complète de ses idées?

Ces formes de la folie, que le vulgaire accepte parce qu'elles ont une saisissante expression, ne sont que le côté accessible à tous des aliénations mentales. Mais il existe, en outre, d'autres espèces de folie, caractérisées soit par la perversion des sentiments et des actes, soit par les tendances instinctives, irréfléchies, soit par d'irrésistibles et dangereuses impulsions. Ces vésanies laissent d'ordinaire à l'esprit des malades assez de lucidité, et à leur intelligence un

(1) Suite. — Voir les numéros des 25, 27 juin et 2 juillet 1872.

champ d'activité assez étendu, pour donner le change à tout autre qu'un observateur expérimenté et compétent. L'examen le plus attentif de ces cas, s'il n'est pas dirigé par des connaissances spéciales, préalablement acquises, pourra n'aboutir à rien; l'aliéné saura soigneusement cacher son délire; il en réservera pour ceux avec lesquels il vit les manifestations les plus dangereuses; il saura se faire passer, aux yeux d'étrangers sans expérience, pour une triste victime d'odieuses machinations; et si la famille, à bout de souffrances et de sacrifices, finit par mettre un terme à ce long martyre de toutes les heures, de toutes les minutes, elle passera pour s'être rendue coupable d'un monstrueux attentat, et il n'y aura pas d'épithètes assez insultantes pour flétrir le nom du médecin qui aura signé le certificat.

Tous ces cas de folie, si réels et si dangereux, ne courraient-ils pas grand risque d'être méconnus, si, pour en attester l'existence, l'on recourait au bon sens du premier venu, au lieu de consulter l'expérience des médecins?

Et cependant, c'est à ces derniers que s'adressent toutes les attaques dirigées contre la loi du 30 juin 1838. De toutes ses dispositions, les seules qui soient réellement battues en brèche dans l'opinion publique sont celles qui sont prescrites par l'article 8 pour l'admission des malades dans les asiles. Il semblerait vraiment que rien ne soit si commun que l'association d'une famille cupide et d'un médecin sans honneur, pour faire enfermer un homme sain d'esprit. On voudrait faire croire que, le seuil de l'asile une fois franchi, cette victime de l'arbitraire serait privée de toute garantie, de tout moyen de réclamation, et n'aurait plus devant elle d'autre perspective que celle d'une prompte contagion; la folie, tout à fait imaginaire jusque-là, deviendrait subitement réelle et incurable.

Nous pouvons affirmer que ce sont là autant d'erreurs. D'abord le certificat médical n'a pas, à lui seul, autant de pouvoir qu'on lui en suppose. Il définit une situation, il formule le mode de traitement qui convient à la maladie, il résume les indications tirées de l'ensemble des symptômes observés; il conclut qu'il y a lieu de pourvoir au placement dans un établissement spécial, et rien de plus. C'est la famille qui prend la résolution d'appliquer le traitement conseillé par le médecin, et qui le fait sous sa responsabilité; c'est elle qui formule la demande d'admission et qui assume les conséquences de sa détermination.

Faut-il ajouter que, ces formalités une fois accomplies, le chef de l'établissement, qui, quoi qu'on en puisse dire, doit par simple intérêt, quand ce ne serait pas par souci de son honorabilité, se prémunir par dessus tout contre l'admission d'un malade dont l'état de folie ne serait pas réel, saura bien se rendre compte de l'opportunité de la mesure prescrite par le médecin, réclamée par la famille? il faudra du reste que, dans les vingt-quatre heures, il engage lui-même sa responsabilité par un certificat formel.

Supposons néanmoins que, dans une question de ce genre, comme dans toute question humaine, une erreur ou une fraude ait pu être commise; on peut être certain qu'elle serait bien vite reconnue et réparée. Les garanties prescrites par la loi sont trop nombreuses, le contrôle auquel les établissements sont soumis est trop sévère, la sanction pénale, puisqu'enfin il faut faire valoir tous les arguments, est trop menaçante pour que personne s'expose, dans un but intéressé, à se prêter à de coupables desseins. Qui ne comprend d'ailleurs combien il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de s'assurer la connivence de tant de personnes étrangères les unes aux autres et dont le concours serait indispensable?

Il faut se rappeler en outre que toutes les formalités remplies laissent des traces, que tous les documents sont inscrits et enregistrés. Sans doute la famille n'a pas à craindre des révélations indiscrètes faites au premier venu; mais les magistrats auxquels l'article IV a donné le droit, imposé le devoir de protéger l'aliéné, peuvent, à toute heure, exiger la communication des pièces en vertu desquelles le placement a été opéré et de celles qui ont constaté la nécessité du maintien. Reconnues mensongères, elles constitueraient autant de faux avec leurs conséquences légales.

Que veut-on encore? Plus de formalités, plus de lenteurs? Quoi encore? La garantie d'une discussion contradictoire, la publicité d'un jugement? Qu'on y prenne garde, ce n'est pas dans cette voie que serait le progrès; ce serait au contraire compromettre réellement la liberté individuelle que de ne pas vouloir tenir compte d'un sentiment profondément respectable, celui qui fait que toute famille atteinte dans l'un de ses membres par la folie, cache avec soin ce malheur, et n'en supporte l'épreuve avec quelque courage, qu'avec l'espoir qu'il restera ignoré.

Convoquez un tribunal, réunissez un jury; appelez-les à se prononcer sur l'état mental de cette jeune fille qu'un chagrin subit, la ruine de chères espérances aura jetée dans un délire mélancolique ou maniaque dont elle sera guérie avant six mois; de ce commerçant que des préoccupations d'affaires auront troublé au point qu'il est devenu temporairement incapable de diriger sa maison et qu'il va perdre la confiance de ceux avec lesquels il est en relations journalières. Croyez-vous que ces familles vont accepter les débats d'une audience publique? Non, elles feront tout pour s'y soustraire, fallût-il pour cela violer la loi et compromettre la guérison.

Alors, on verra ce qui déjà se prépare, s'ouvrir la maison clandestine, religieuse ou laïque; c'est là qu'on ira cacher l'aliéné, loin de toute direction sérieuse, loin de toute protection légale; s'il crie, on étouffera sa voix derrière les portes closes que nul n'a le droit de franchir; s'il réclame, la plainte sera perdue, car personne ne la pourra recueillir; et alors se multiplieront les séquestrations arbitraires, que vous-mêmes vous aurez provoquées par d'inutiles rigueurs. Gardez-vous donc de rendre suspects ou inaccessibles les asiles réguliers, ceux où les maladies mentales sont scientifiquement traitées, ceux qui sont soumis à la surveillance des magistrats et de l'administration, ceux où nulle réclamation, nulle plainte ne peut être détournée, sans exposer à une pénalité sévère.

Si les adversaires de la loi s'étaient donné la peine de se rendre un compte exact des faits, ils auraient vu que ces *in-pace*, dont ils n'ont jamais franchi le seuil, offrent à l'indigent des conditions telles, qu'elles substituent pour lui le bien-être à la misère, et qu'au lieu du préau sombre, de la paille humide, au lieu du grincement sinistre des verrous et des grilles, dont ils font tant de bruit sans les avoir jamais vus, il y a partout de l'air, de l'espace, toute la somme de liberté compatible avec cet état de l'intelligence, dans lequel la liberté absolue est un danger. Ils auraient vu se fonder la colonie agricole, les ateliers; ils auraient compris peut-être qu'il n'y a plus de place au blâme, en présence de si généreux efforts; ils auraient senti qu'au lieu de chercher à créer des obstacles, à égarer l'opinion publique, toujours facile à surprendre, il serait plus juste, plus digne de constater le progrès réalisé, d'aider à le rendre plus complet encore.

Dans ces dernières années, ceux qui attaquent la loi ont pu donner une apparence de légitimité à leurs réclamations, en s'appuyant sur des chiffres empruntés à une statistique officielle; mais il est essentiel que l'on sache que cette statistique a une origine purement administrative, et qu'elle a été faite et publiée sans la coopération d'aucun médecin. Cette absence, regrettable à coup sûr et peu explicable, de toute intervention médicale dans la rédaction d'un document officiel d'une pareille importance, peut seule faire comprendre comment l'on y rencontre cette singulière formule :

« Le nombre le plus considérable de décès correspond au premier mois de traitement dans l'asile. N'en faut-il pas rechercher la cause dans le saisissement, dans la commotion violente, dans le chagrin profond que doivent éprouver les malades en se voyant brusquement séparés de la famille, séquestrés sans savoir la cause de cette violente mesure (1). »

La réponse cependant est des plus faciles. Tous ceux qui savent combien les chiffres peuvent permettre d'interprétations erronées, quand on les manie sans compétence scientifique suffisante, reconnaîtront que cette fréquence relative des décès, au début de la

(1) *Statistique générale de la France*, publiée par le ministère de l'agriculture et du commerce. — ALIÉNÉS.

séquestration, parfaitement exacte d'ailleurs, s'explique de la manière la plus naturelle. Il en est de la folie comme de toutes les affections aiguës; l'aliéné qu'une lésion cérébrale doit faire mourir dans un bref délai, apporte à l'asile la cause de son rapide décès; l'asile n'en est pas plus responsable que, dans un cas de pneumonie, de fièvre typhoïde ou de rhumatisme articulaire aigu, avec complications cérébrales, l'hôpital, où on a transporté le malade, n'est la cause de sa mort avant la fin du second septenaire. Qu'on ne dise pas que l'émotion, que le saisissement y sont pour quelque chose; il n'y a pas de malades plus inconscients que ceux-là, de la mesure qu'on a prise vis-à-vis d'eux; ils meurent sans savoir où ils ont été conduits.

Nous ne connaissons pas une seule des objections formulées contre la loi qui ne puisse être de même réduite à néant par un examen sérieux. C'est ainsi que l'on a reproché à l'article 8, qui règle surtout les placements volontaires, d'autoriser « toute personne » à demander l'admission d'un aliéné dans un établissement public ou privé. Loin d'être dangereuse, cette disposition est sage, car elle permet d'être immédiatement utile, surtout dans une grande ville, à un malade subitement atteint de folie, loin de sa famille. Elle a été longtemps débattue dès le principe; les arguments qui sont mis en avant aujourd'hui ont été déjà réfutés, en 1838, par le rapporteur de la loi, M. Vivien, qui se chargea lui-même de démontrer combien il est important d'agir vite en présence de situations où tout retard amène une complication nouvelle, un danger plus pressant; et comme l'ensemble de la loi offre assez d'autres garanties pour qu'un placement, effectué dans des conditions d'une urgence démontrée, n'ait jamais de caractère arbitraire, cette disposition fut adoptée. Il n'y a pas un de nous qui ne se soit trouvé en présence de cas semblables, et qui n'ait, dans sa conscience, applaudi à la prévoyance d'une loi qui permettait qu'un ami pût se substituer à la famille absente, et pût prendre sans retard les mesures qu'elle eût prises elle-même, si elle eût été là.

L'autorité administrative n'a pas été plus que les familles et les médecins à l'abri du soupçon et des accusations. On n'a pas voulu chercher comment elle agit vis-à-vis des aliénés qu'elle fait séquestrer d'office. On a affirmé, sans examen, qu'elle était le docile instrument d'une volonté puissante, plutôt que de prendre la peine, avant de l'attaquer, de lui demander les motifs de ses déterminations.

Quelques faits, mis en avant avec tout l'appareil nécessaire pour produire le plus de bruit possible, ont été exploités à satiété, et comme ni l'habileté ni l'audace ne manquaient à ceux qui ne cherchaient qu'un prétexte d'opposition politique, et se souciaient en réalité fort peu de l'aliénation mentale et des aliénés, on en a conclu : « que les placements d'office étaient pour le pouvoir un moyen commode de se débarrasser d'individus gênants. » Si l'on avait voulu y regarder d'un peu plus près, on se serait aperçu qu'il n'est pas plus possible de maintenir séquestré un individu placé d'office, quand le médecin a déclaré la guérison ou l'absence de folie, qu'il ne serait possible de le faire dans le cas d'un placement volontaire. On a oublié que toujours les réclamations sont possibles, que toujours le pouvoir judiciaire est prêt à examiner les faits; qu'il use tous les jours de son droit de contrôle, et qu'aucune plainte ne peut être déposée sans donner immédiatement lieu à une enquête médico-légale des plus sérieuses. Le président du tribunal auquel le rapport des experts arrive est loin d'être lié par leur opinion; souvent il fait appeler en chambre du conseil l'auteur lui-même de la plainte, et il arrive parfois que, malgré l'avis des médecins, la séquestration cesse immédiatement. Bien que ces décisions ne soient pas toujours suivies de conséquences heureuses, il n'en est pas moins vrai que le pouvoir ainsi donné par la loi aux magistrats est éminemment protecteur de la liberté individuelle, et pour notre part, nous regretterions sincèrement que rien fût changé à cet égard.

Au point de vue de la sortie, la loi est aussi large que possible. Toute personne a le droit de la demander, même avant que la guérison soit obtenue. Nul, pas même le médecin, n'a le droit d'y mettre obstacle, à moins d'un danger évident pour la société. Encore ce *veto* suspensif, si rarement employé, n'est-il valable que pour quinze jours. Le préfet auquel il en a été référé de suite doit statuer dans ce délai, faute de quoi le malade est mis en liberté.

Quand on examine sans parti pris cette loi qui fonctionne depuis 32 ans; quand on sait que chaque année, pour ne parler que de Paris seulement, plus de 3,000 aliénés sont assistés, secourus; quand on sait que sur ce chiffre, 2,500 environ sont placés par l'autorité administrative, et 650 par les familles; quand on compare ce nombre au nombre bien restreint des réclamations qui se produisent, et auxquelles il serait si facile de répondre, si l'on n'était retenu par un sentiment de dignité et de réserve; quand on songe que depuis sa mise en vigueur cette loi a été appliquée en France plus de 300,000 fois, sans qu'aucune condamnation ait jamais été prononcée par les tribunaux à la suite des réclamations qui leur ont été déférées par des aliénés qui se prétendaient injustement séquestrés, on est en droit de dire que la loi est bonne, qu'elle est tutélaire pour tous, et qu'elle sauvegarde équitablement les graves intérêts auxquels elle avait à pourvoir.

La loi de 1838 permet, dit-on encore, de laisser dans les asiles des vieillards atteints de démence, des aliénés chroniques inoffensifs, pour lesquels la vie de famille serait possible. Cette facilité trop grande à se débarrasser d'une charge, d'un ennui, aurait l'inconvénient de contribuer à relâcher les liens de la famille, en substituant, aux soins dus par elle à l'un de ses membres devenu infirme, les soins indifférents d'une assistance publique ou privée.

Cette objection n'est pas nouvelle; mais elle ne doit pas plus être adressée à la loi de 1838 qu'un reproche ne doit l'être à l'assistance publique, qui aujourd'hui reçoit dans ses hôpitaux, dans ses hospices, un bien plus grand nombre d'individus qu'autrefois.

Si le problème n'a pas reçu la solution que semble réclamer la morale, c'est qu'on ne saurait, à cet égard, poser de règles fixes, absolues. Nous savons trop combien, dans les grands centres de population, à Paris surtout, où l'air et l'espace sont parcimonieusement mesurés, il est difficile de pourvoir à tous les soins que réclament les aliénés supposés inoffensifs, pour ne pas comprendre que les meilleures intentions ne puissent échouer devant des impossibilités matérielles; mais cependant il nous appartient, à nous médecins, de conseiller de ne pas se séparer trop facilement ni trop vite de ces êtres faibles, il est vrai, mais souvent capables encore d'un sincère attachement. Accepter les soucis, les embarras, les charges même de pareilles situations, c'est répondre à ce sentiment élevé du respect de la famille, trop souvent oublié peut-être dans les sociétés modernes.

(*Sera continué.*)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Aix-les-Bains, 27 juin 1872.

Monsieur et très-honoré confrère,

La Société médicale des Thermes d'Aix, dont les travaux ont pour but de continuer ceux de l'ancienne commission médicale de l'établissement, vient de se constituer, se composant, comme cette dernière, des médecins de la localité.

Un des premiers actes de notre Société a été de chercher à donner de la publicité à l'article suivant, pouvant être agréable à plusieurs de nos confrères. C'est à ce titre que j'ai l'honneur de vous le communiquer, vous priant d'aider à cette publicité en l'insérant dans les colonnes de votre excellent journal la *Gazette des Hôpitaux* :

« Messieurs les médecins étrangers sont prévenus que la présentation de l'un de leurs confrères d'Aix suffit, auprès de l'admi-

nistration du Cercle comme auprès de la Direction de l'établissement thermal et de celle de Marlioz, pour leur valoir, dans ces divers établissements, leur admission gratuite.

« Leurs confrères seront en outre charmés de les présenter aux réunions de la Société médicale d'Aix-les-Bains, qui ont lieu à l'établissement thermal tous les lundis, à neuf heures du matin. »

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'expression de mes sentiments très-distingués et dévoués.

Dr baron DESPINE,

Inspecteur honoraire, Président de la Société médicale d'Aix-les-Bains.

NÉCROLOGIE

Aujourd'hui ont eu lieu les obsèques de M. Denonvilliers, mort à 63 ans d'une maladie du cœur. M. Denonvilliers était une des illustrations de notre école. Habile opérateur, professeur élégant et clair dans toutes les chaires qu'il a occupées successivement sous le système des permutations, il eut l'honneur d'écrire, en collaboration avec M. Gosselin, un ouvrage qui mérita d'être classique par excellence, le *Compendium de chirurgie.* Ses qualités comme homme du monde, aimable et spirituel, comme très-bienveillant inspecteur général de l'enseignement supérieur, etc., le feront regretter de presque tous ceux qui se sont trouvés le moins du monde en rapport avec lui. Nous publierons, jeudi prochain, un des discours prononcés sur sa tombe.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

180. Mignot. Des corps étrangers organiques de l'articulation du genou.
181. Jourdan. De la délivrance incomplète ou retardée dans les avortements.
182. Collette. Sur une forme d'arthropathie.
183. Blazer. Considérations sur les plaies de la voûte crânienne.
184. Maquerel. Du diagnostic différentiel des ulcères de la face.
185. Alban. De la danse de Saint-Guy, du quatorzième au dix-septième siècle.
186. Le Bouteiller. De la méningite spinale.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur de C..., au Chambon-Feugerolles. — On expédie *franco.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale, comprenant : le résumé de la médecine et de la chirurgie ; — la médecine opératoire ; les accouchements ; — les maladies des yeux ; — les maladies des oreilles ; — les maladies des dents ; — la matière médicale ; — les eaux minérales et un formulaire spécial pour chaque maladie, par MM. BOUCHUT et DESPRÉS. — Un volume grand in-octavo de 1,500 pages sur deux colonnes, avec 750 figures dans le texte.— *Seconde édition*, 1872. — Chez Germer Baillière. — Prix : 25 francs.

Nouveaux éléments de physiologie humaine, par M. WUNDT, professeur à l'université d'Heidelberg ; traduits de l'allemand sur la deuxième édition et augmentés de notes par le docteur Bouchard. — Paris, 1872, 1 vol. gr. in-8 de 624 pages, avec 143 figures dans le texte. — Prix : 14 fr. — F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 80. — JEUDI 11 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 11 JUILLET 1872. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU DE LYON. Abaissement du nez au moyen de l'ostéotomie (procédé de M. Ollier) comme opération préliminaire pour l'ablation de polypes naso-pharyngiens (M. Ollier). — Note sur l'anatomie pathologique de la paralysie pseudo-hypertrophique dans cinq nouveaux cas (M. Duchenne, de Boulogne). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les orateurs académiques deviennent d'une prolixité qui n'est pas sans inconvénient. Ils visent à être aussi complets que s'ils exposaient la question dans un mémoire *ex professo*, et ils intercalent à l'occasion quelque chapitre de pathologie et de symptomatologie sur lequel tout le monde est d'accord. Pour saisir l'ensemble de leurs plans, avoir leurs conclusions, pouvoir démêler ce qui se rapporte directement aux points controversés, il faut attendre plusieurs séances.

Le résultat est que le public, ne jugeant pas bien des coups portés, n'y prend plus le même intérêt et écoute moins.

Or, la principale raison d'être des discussions académiques, c'est l'attention du corps médical et l'espèce d'agitation qu'elles provoquent dans les esprits.

Comme leur influence est un des grands obstacles qui s'opposent à la réussite des tendances autoritaires en fait de science, comme c'est un moyen puissant de destruction pour les idées fausses préconçues et les préjugés professoraux, on ne saurait trop apporter de soin à sauvegarder cette influence ; et nous supplions les orateurs de raccourcir un peu leurs discours.

Les mêmes motifs nous font regretter la suppression de cette autre arène, où les plus brillants de nos maîtres s'étaient rencontrés comme des lutteurs : celle des concours pour le professorat à la Faculté de médecine.

Le concours ne devient vraiment une institution importante que lorsqu'il s'applique à des positions très en relief, et lorsque tout dépend des épreuves publiques.

Alors, les juges ont à compter avec l'opinion. Derrière eux se presse le corps médical indépendant, dont le verdict peut réparer bien des injustices par la part de célébrité qu'en reçoivent les candidats évincés, quoique méritants.

Aujourd'hui donc que la question se pose à propos de la chaire laissée vacante par la mort du professeur Denonvilliers, et, paraît-il, aussi d'une autre chaire que le titulaire abandonne, il serait temps de rétablir le concours : mais, bien entendu, le vrai concours, et non cette vaine apparence dont la Faculté de médecine avait proposé le programme.

Si la Faculté était seule juge ; si, souveraine appréciatrice des titres antérieurs, elle en faisait dépendre ses décisions ; si on supprimait la discussion des thèses, il serait inutile de compliquer les élections par une sorte de mise en scène.

Alors il serait évident que la Faculté, usant du droit de se recruter elle-même, évitant le bruit et la lutte, serait de plus en plus étrangère au reste du corps médical. Elle pourrait arriver à l'unité de doctrines et former secte en médecine, mais n'aurait plus rien de commun avec cette École de Paris, si grande alors qu'elle se composait de tant d'esprits puissants et libres.

Du reste, il est juste de dire que la Faculté, en rédigeant son projet de programme, songeait surtout à la liberté de l'enseignement surpérieur, qu'elle prévoyait comme inévitable.

Pour en revenir à la séance de l'Académie, notons que, cette fois encore, dans l'élection d'un membre titulaire, la commission avait placé en quatrième ligne le candidat qui a obtenu le plus de voix après celui qui est nommé.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. OLLIER.

Abaissement du nez au moyen de l'ostéotomie (procédé de M. Ollier) comme opération préliminaire pour l'ablation de polypes naso-pharyngiens.

(Nouvelle observation rédigée par M. A. PONCET, interne des hôpitaux.)

Parmi les différents procédés mis en usage pour la cure des polypes noso-pharyngiens, la plupart de ceux qui pourraient être efficaces ont des inconvénients majeurs au point de vue de la forme et des fonctions du visage. Dans le but de faciliter l'opération fondamentale, l'extraction du polype, et de prévenir ainsi autant que possible la récidive, des chirurgiens de nos jours ont préconisé diverses opérations dites préliminaires. C'est ainsi que M. Nélaton incise le voile du palais de haut en bas et fait subir une perte de substance à la partie postérieure de la voûte palatine.

Outre les résultats immédiats de cette opération, qui permettent au chirurgien d'arriver plus facilement sur la tumeur, il en est d'autres, consécutifs, dont le plus important est de laisser une voie ouverte dans le cas de récidive. Malheureusement, les avantages d'une telle opération sont compensés en grande partie par la division du voile du palais et l'ablation d'une partie de la voûte palatine, et malgré les progrès de la chirurgie au point de vue de la restauration de ces organes, l'opération peut

échouer, le malade être, par suite, condamné à porter un obturateur.

La résection du maxillaire supérieure, pratiquée en 1840 par Flaubert (de Rouen), et préconisée dans maintes occasions par M. Verneuil, ouvre une large voie pour arriver sur le polype; mais en dehors des complications qui peuvent subvenir, elle entraîne à sa suite une difformité gênante, malgré la reconstitution possible d'un nez osseux, qui, ainsi que l'a observé M. Ollier (1), contribue, après une *semblable opération, à la régularité du visage.*

Il est un procédé beaucoup plus simple et qui nous paraît préférable, à tous les points de vue, aux opérations préliminaires de MM. Nélaton et Flaubert: nous voulons parler de l'*abaissement du nez,* désigné encore par M. Ollier sous le nom d'*ostéotomie verticale et bilatérale des os propres du nez.*

Ce chirurgien fait une incision en forme de fer à cheval commençant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant directement vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis descendant à gauche par le même chemin jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez (2).

Il prend alors une scie à lame étroite et sectionne rapidement la charpente du nez dans la direction de la plaie extérieure. On rabat ensuite le nez, en rendant, si c'est nécessaire, l'abaissement plus facile par quelques coups de ciseaux portant sur la portion cartilagineuse de la cloison et du pourtour des narines.

Cette opération, facile à exécuter, est exempte de tout danger et ne compromet aucune fonction.

D'une rapidité d'exécution sans égale, elle est d'une simplicité telle, qu'une incision cutanée et un trait de scie la constituent.

Le nez, une fois détaché de haut en bas, est rabattu en avant et le polype est ainsi mis à ciel ouvert.

Dans la description de son procédé, M. Ollier le divise en trois temps :

1° Incision de la peau et section verticale de la charpente de l'auvent nasal;

2° Mobilisation de la cloison ;

3° Extraction du polype.

Grâce à cette ouverture antérieure, l'œil et le doigt explorent à leur aise les fosses nasales, et l'ablation de la tumeur devient possible, malgré ses prolongements multiples.

L'opération terminée, on replace le nez dans sa position naturelle et on affronte les bords de la peau par des points de suture multiples. L'union des parties molles n'est complète qu'au bout d'une quinzaine de jours environ ; la cicatrice linéaire, de rouge violacée, devient blanche avec le temps, et si le malade porte des lunettes, il est difficile de l'apercevoir. Dans tous les cas, elle ne constitue jamais de difformité et ne gêne aucune fonction.

On pourrait craindre *à priori* que la vitalité du nez fût compromise par une telle opération, mais si l'on réfléchit, comme le fait remarquer M. Ollier, que la circulation a lieu de haut en bas et qu'elle se fait encore par un triple pédicule, la cloison et les ailes du nez, on n'aura pas lieu de redouter un semblable accident.

D'autres chirurgiens s'étaient déjà servis de la voie nasale pour aborder le polype, et, sans remonter à l'époque hippocratique, où on incisait la narine, nous trouvons les procédés récents de MM. Langenbec, Chaissaignac, Bœrkel, Lawrence, etc.; mais aucun de ces procédés ne nous paraît comparable, par sa simplicité, à celui que nous venons de décrire.

(*Sera continué.*)

(1) Voir, pour les détails de l'observation, *Traité expérimental et clinique de la régénération des os,* tome II, p. 493.

(2) Ollier, *loc. cit.*, p. 483.

NOTE

SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PARALYSIE PSEUDO-HYPERTROPHIQUE DANS CINQ NOUVEAUX CAS.

Lue dans la séance du 3 mai 1872 de la Société de médecine de la Seine, par M. Duchenne (de Boulogne).

Depuis que je suis venu, en 1868, communiquer à la Société de médecine de la Seine ma première étude (1) sur une maladie de l'enfance, non encore décrite : *la paralysie pseudo-hypertrophique* ou *myo-sclérosique,* j'ai eu l'occasion, dans ma pratique civile et dans nos hôpitaux, d'observer un assez grand nombre de nouveaux cas de cette maladie. Je ne viens pas exposer même sommairement ces faits cliniques ; ce serait alors un mémoire qu'il me faudrait écrire ; d'ailleurs le sujet principal de ma communication est la relation de l'autopsie récente avec examen microscopique de la moelle, dans un cas de paralysie pseudo-hypertrophique généralisée et arrivée au dernier terme de l'altération du tissu interstitiel des muscles.

Mais avant d'entrer dans la question anatomo-pathologique, sur laquelle je désire appeler l'attention de la Société, je vais faire passer les photographies de quelques-uns des sujets que j'ai le plus récemment observés, afin que l'on puisse voir encore que les caractères spéciaux que j'ai tirés de leur attitude, pendant la station debout ou assise, sont toujours les mêmes que ceux que j'ai déjà décrits.

Voici sommairement les principales déductions qui découlent de ces nouveaux faits cliniques :

1° La paralysie pseudo-hypertrophique a débuté, dans la première enfance, chez tous ces jeunes sujets, et quelquefois elle a paru dater de la naissance ; en effet, leur marche a été tardive, et lorsqu'enfin ils sont parvenus à marcher, on remarque sur leurs photographies que leurs membres inférieurs étaient écartés l'un de l'autre, dans la station debout, afin d'élargir la base de sustentation, et que leur cambrure allait jusqu'à l'ensellure. Leur déambulation n'était pas moins caractéristique, ils marchaient en se dandinant et en écartant les jambes.

2° Chez tous, l'hypertrophie s'est montrée d'abord dans les muscles jumeaux et soléaires. Leurs parents ont été frappés de la grosseur de leurs mollets, dans leur enfance. Après les triceps suraux, se sont successivement hypertrophiés les sacro-spinaux, les fessiers, puis les muscles de la cuisse, etc. Aux membres supérieurs, qui ont été atteints après les inférieurs, les deltoïdes ont été lésés les premiers, et après eux les triceps brachiaux, etc. Cette hypertrophie partielle contrastait avec la maigreur extrême des muscles, qui n'étaient pas encore durcis par la sclérose.

3° Enfin, dans tous ces cas, la marche de la maladie a été progressive.

En somme, les principaux traits que je viens de tracer, d'une manière générale, d'après l'ensemble de ces nouveaux faits cliniques, n'ajoutent rien à la symptomatologie que j'avais exposée antérieurement; ils viennent seulement les confirmer.

J'arrive maintenant à l'espèce d'anatomie pathologique *vivante* que j'ai faite sur les muscles hypertrophiés de ces petits malades; j'en exposerai brièvement les résultats, et je terminerai par la relation d'une nécropsie, qui est venue jeter un grand jour sur la question pathogénique et démontrer que la paralysie pseudo-hypertrophique est une espèce morbide parfaitement distincte de celles qui sont symptomatiques d'une lésion anatomique de la moelle.

Chez la plupart des enfants atteints de paralysie *pseudo-hypertro-*

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1868, p. 131 et 141.

phique que j'ai observés, depuis la publication de mon premier mémoire sur cette maladie de l'enfance, il m'a été permis d'examiner de petits fragments de muscles enlevés à l'aide de mon emporte-pièce histologique. On connaît ce petit instrument que j'ai montré dans ma première communication ; son maniement est facile. L'expérience que j'en ai acquise m'a prouvé qu'il ne fait courir aucun danger aux malades. Ce genre d'investigation dans la paralysie pseudo-hypertrophique est absolument nécessaire à l'établissement non-seulement du diagnostic, mais aussi du pronostic de cette maladie. Je n'ai pas rencontré de difficultés pour son application dans la pratique civile, parce que les familles en ont compris l'utilité. Les résultats de ces examens histologiques faits sur le vivant ont confirmé les faits anatomo-pathologiques mis en lumière par mes recherches antérieures. Je les rappellerai en relatant la nécropsie d'un sujet, qui a récemment succombé dans la période ultime de la paralysie pseudo-hypertrophique.

Nécropsie d'un sujet atteint de paralysie pseudo-hypertrophique généralisée et arrivée à sa dernière période.

Lorsqu'en 1868, je suis venu offrir à la Société de médecine de Paris la primeur de cette maladie alors non encore décrite, j'ai raconté l'histoire d'un garçon nommé G..., âgé de 10 ans, dont les masses musculaires étaient monstrueusement développées, et dont cependant les attaches étaient fines, les tendons nettement détachés, les articulations libres, la peau mince et fine, le squelette bien en rapport avec son âge ; ce jeune sujet, en un mot, rappelait la musculature énorme et disproportionnée de l'école de Michel-Ange ; c'est ce que l'on a vu dans sa photographie.

Il était atteint d'une paralysie pseudo-hypertrophique, qui paraissait avoir débuté vers l'âge de 4 ans et qui était arrivée à sa dernière période de généralisation. L'examen microscopique de ses muscles vivants m'avait appris que l'altération anatomique qui caractérise cette espèce morbide était arrivée à son deuxième degré.

Comme j'ai déjà communiqué à la Société de médecine son observation détaillée, je ne l'entretiendrai succinctement que de la dernière période de sa myo-sclérosie, et j'exposerai les accidents intercurrents qui ont mis fin à ses jours.

Il s'agit du sujet Léon Gruard, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie, dans le service de M. Bergeron, le 19 avril 1867 ; il y est mort le 13 février 1871, à l'âge de 14 ans. Depuis la publication de son observation dans mon mémoire de 1868, il s'était affaibli progressivement ; environ deux mois après, il était entièrement paralysé et son hypertrophie musculaire avait encore augmenté. Le 8 février 1871, il a été pris d'une bronchite d'intensité moyenne, à laquelle il a succombé trois jours après, bien qu'elle ne fût pas compliquée de pneumonie ni d'aucune autre lésion organique ; ce qui a été confirmé à l'autopsie. L'observation de cette bronchite intercurrente, qui a enlevé notre jeune pseudo-hypertrophique, rédigée avec soin par M. Hentzel, interne de M. Bergeron, n'offre pas assez d'intérêt pour être rapportée ici dans tous ses détails.

Il en ressort que, dans la période ultime de la paralysie *pseudo-hypertrophique*, les sujets ne peuvent résister longtemps aux affections intercurrentes, même les plus légères, auxquelles ils succombent habituellement. C'est ainsi du moins que j'ai vu, jusqu'à présent, se terminer cette espèce morbide.

M. Bergeron a fait mettre à ma disposition la moelle et un grand nombre de muscles de ce sujet, dont l'autopsie a été faite par M. Hentzel 36 heures après la mort.

Le cerveau, examiné à l'état frais, a été trouvé parfaitement sain, ainsi que les méninges cérébro-spinales.

La moelle et les muscles ont été durcis dans une solution d'acide chromique. Désireux de donner à l'examen histologique toute l'authenticité possible, j'ai prié mon ami, M. Charcot, de vouloir bien me seconder dans cet examen.

Des coupes nombreuses de cette moelle, préparées avec un grand art par l'un de ses élèves, M. Pierret, et pratiquées dans les régions cervicales et dorsales, ont toutes présenté des types de moelle saine.

Les muscles hypertrophiés avaient, à l'état frais, l'apparence du tissu adipeux, exactement telle que je l'avais observée sur de petits fragments des mêmes muscles enlevés pendant la vie, à l'aide de mon emporte-pièce histologique, à différentes périodes de la maladie et surtout quelques mois avant la mort. Ces muscles ont été conservés dans une faible solution d'acide chromique. J'en ai distribué des morceaux à MM. Charcot, L. Clarke et à d'autres pathologistes habitués aux préparations histologiques ; j'en ai fait moi-même des sections transversales et des dilacérations.

L'examen microscopique de ces pièces a montré l'altération musculaire ultime de la paralysie pseudo-hypertrophique, c'est-à-dire des fibres musculaires moins larges qu'à l'état normal, dont la striation était en général conservée, quoique plus fine, et qui étaient séparées les unes des autres par une masse énorme de tissu adipeux mêlé de tissu fibroïde et de fibrilles ondulées en petite quantité.

Ce nouveau fait anatomo-pathologique vient justifier les considérations que j'ai exposées, en 1868, au point de vue de son anatomie pathologique, surtout de sa pathogénie et de son existence comme entité morbide distincte des autres affections caractérisées par des lésions de nutrition musculaire.

Voici en effet les déductions qui me paraissent ressortir de ce dernier cas, corroboré lui-même par un fait anatomo-pathologique analogue et observé antérieurement par MM. Cohnheim et Eulenburg.

Le travail irritatif (irritation formatrice) qui produit l'hyperplasie du tissu connectif interstitiel, et, secondairement, la transformation adipeuse n'est pas symptomatique d'une lésion quelconque appréciable des centres nerveux.

Dans ce nouveau cas anatomo-pathologique, l'examen histologique, après la mort des muscles atteints de paralysie pseudo-hypertrophique à la période ultime, confirme en les complétant ceux qui ont été faits antérieurement sur le vivant. En effet, 1° au début de cette maladie, les fibres musculaires pâlissent (en même temps que la force diminue), et leur striation devient plus fine (Voy.



Fig. 1. — Faisceau à 200 diam. montrant la finesse de la striation, comparativement à l'état normal représenté dans la figure 2, à 200 diam.

fig. 1) ; 2° un peu plus tard, le tissu interstitiel s'hyperplasie (Voy. fig. 3 et 4) ; 3° dans une période encore plus avancée, des vésicules adipeuses plus ou moins grosses et abondantes se mêlent au tissu fibroïde interstitiel (Voy. fig. 6 et 7). C'est ce que j'avais montré, on se le rappelle, dans cette espèce d'anatomo-pathologie vivante à l'aide de mon emporte-pièce histologique ; c'est ce qui avait été observé seulement sur le vivant par des pathologistes allemands, Billroth, Griesinger, etc. ; 4°, dans une période ultime, le tissu fibroïde hyperplasié se transforme en tissu adipeux.

L'autopsie de Gruard et l'examen histologique de ses muscles confirment donc ce qui avait été vu sur le cadavre par Cohnheim et sur le vivant par Billroth, etc. Mais tout le monde reconnaîtra que les belles préparations colorées au carmin que j'ai photographiées et qui ont été faites par M. Pierret, élève distingué de

M. Charcot, démontrent beaucoup mieux qu'on ne l'avait fait jusqu'ici le passage de la prolifération fibroïde interstitielle à la sub-

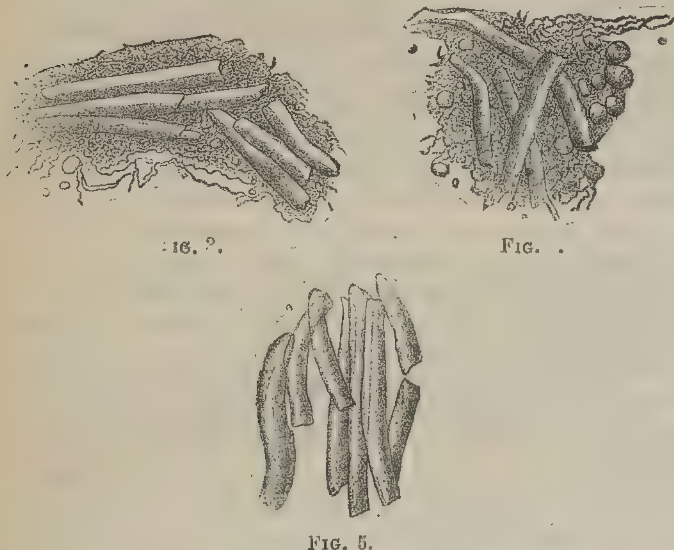


Fig. 3 et 4. — Faisceaux primitifs dilacérés, à 45 diam., provenant de sujets atteints de paralysie pseudo-hypertrophique à différents degrés, montrant la quantité considérable de tissu connectif et fibroïde interstitiel, comparativement à la figure 5 qui représente à 45 diam. un faisceau primitif normal dilacéré.

stitution graisseuse. M. Charcot a bien fait ressortir ce résultat de l'examen histologique de ce cas, dans la relation qu'il a publiée dans les *Archives de physiologie et de pathologie*, n° de mars 1872.

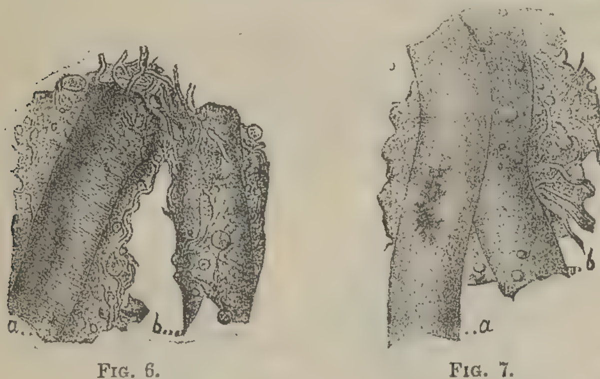


Fig. 6 et 7. — Faisceaux à 200 diam. montrant, outre la finesse de la striation, un commencement de la stéatose interstitielle.

Des nécropsies éclairées par l'examen histologique ont établi, d'une manière irrécusable, que les lésions de nutrition musculaire observées dans un certain nombre d'affections paralytiques ou non (les paralysies spinales aiguës ou subaiguës, l'atrophie musculaire progressive) qui ont fait le sujet de plusieurs chapitres de la seconde partie de la 3e édition de l'*Électrisation localisée*, correspondent toujours à l'atrophie des cellules antérieures de la moelle ; mais les nouveaux faits anatomo-pathologiques qui viennent d'être exposés démontrent que la paralysie pseudo-hypertrophique ne peut être rangée dans cette classe d'espèces morbides.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juillet 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un rapport de M. le docteur Richard sur une épidémie de variole dans le canton d'Atutrey (Haute-Saône), en 1871 ;

2° Un rapport final de M. le docteur Bocamy sur une épidémie de suette miliaire dans la commune de Toulonges (Pyrénées-Orientales), en 1871 ;

3° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1871, dans le département de Tarn-et-Garonne (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. Morin, relative à la construction d'un nouvel élément voltaïque au sulfate de cuivre pour l'application des courants continus à la thérapeutique ;

2° Une lettre de remercîments de M. le docteur Sée (de Strasbourg), lauréat de l'Académie ;

3° Une lettre de M. le docteur Alliot, accompagnant l'envoi d'un ouvrage intitulé : *Nouvelle doctrine philosophique classique.*

M. LARREY présente : 1° une *Notice biographique sur le docteur Auguste Larrey (de Toulouse)*, par M. le professeur Joly ;

2° Une *Étude de physiologie thérapeutique sur l'alcool*, par M. le docteur Angèle Marvaud ;

3° Un *Projet de création d'un hôpital sur l'eau*, par M. le docteur Félix Rochard.

M. ALPHONSE GUÉRIN présente, pour le prix Amussat, de la part de M. le docteur Reverdin, une brochure intitulée : *De la greffe épidermique.*

M. VERNEUIL présente une *Étude sur la dysménorrhée membraneuse*, par MM. les docteurs Huchard et Labadie Lagrave.

M. BERGERON présente un deuxième mémoire, de M. le docteur Lunier, sur le *Rôle des boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide.*

M. BÉHIER présente : 1° un exemplaire des *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié*, par M. le docteur Gallard ;

2° Deux brochures de M. le docteur Danet, sur l'emploi thérapeutique de l'alcool.

M. POGGIALE présente, de la part de M. Léon Soubeyran, un travail manuscrit sur la *Matière médicale des Chinois.*

M. GUÉRARD rend compte du service anniversaire d'Itard, auquel assistait une députation de l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. Denonvilliers, et invite M. Béhier à lire le discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, sur la tombe de ce professeur.

Discours prononcé par M. Béhier aux obsèques de M. Denonvilliers.

Messieurs,

C'est au nom de l'Académie de médecine, dont M. Denonvilliers était membre pour la section d'anatomie pathologique, que je viens de dire à notre cher confrère un adieu suprême.

Les pertes que l'Académie éprouve se multiplient et s'accumulent en bien peu de temps, et le deuil qui nous réunit en ce lieu de repos est loin d'être de ceux qui semblent dans l'ordre naturel. M. Denonvilliers n'était pas encore d'un âge très-avancé, et, sans qu'il pût raisonnablement prétendre au long espoir et aux vastes pensées, il n'en était pas encore à devoir absolument les quitter. Mais, messieurs,

Nos termes sont pareils par leur courte durée.
Qui de nous des clartés de la voûte azurée
Doit jouir le dernier ? Est-il aucun moment
Qui nous puisse assurer d'un second seulement ?

La mort inopinée de M. Denonvilliers, à un tel âge, dans une telle condition, nous est une preuve douloureuse de la sagesse de ces paroles.

Cette mort est une perte pour l'Académie, c'est une perte pour nous tous, car chacun de nous, dans notre compagnie, a tout à la fois son rôle propre et sa valeur relative.

M. Denonvilliers représentait le calme, le goût des rapports agréables, l'aménité des manières. Sa parole était facile, et son expo-

sition, toujours claire et limpide, retraçait la netteté de sa pensée dans un esprit bien équilibré et solidement assis. Son savoir et son talent l'Académie les a signalés hautement ; elle a proclamé leur excellence quand elle a appelé M. Denonvilliers à l'honneur de la présider, faveur considérable, recherchée de tous comme une consécration notoire du travail, de l'intelligence et du savoir. Vous vous rappelez, messieurs, la bienveillance et l'autorité avec lesquelles M. Denonvilliers a rempli ces hautes fonctions, et nos souvenirs à ce sujet sont assez présents pour que j'aie rien à ajouter. Les qualités que je rappelais tout à l'heure, et qui rendaient le commerce avec M. Denonvilliers si agréable, on en retrouvait la trace dans le rôle scientifique qu'il remplissait au milieu de nous. Les idées un peu hardies, à forme un peu nouvelle ou un peu bruyante, le laissaient en froideur et en défiance. Instinctivement il les repoussait tout d'abord, et même parfois il n'a peut-être pas assez reconnu que ces hardiesses et ces vivacités cachaient, dans certains cas, un progrès véritable, ou tout au moins en préparaient la venue.

Il était lent à saluer les nouveautés utiles par défiance des nouveautés aventureuses, marque réelle, quoique par moments un peu regrettable, de la prudence qui le distinguait particulièrement. Nous nous souvenons encore tous de quelle façon, souvent originale et plaisante, il formulait son antipathie ou sa défiance pour les propositions et pour les opinions insolites. A chacun sa nature et sa tendance ; jamais on n'a pu reprocher à M. Denonvilliers d'agir avec irréflexion ou de forcer son talent, il était toujours lui-même et restait volontiers tel au milieu des discussions les plus vives.

M. Denonvilliers nous a quittés d'une façon prématurée ; mais quand on regarde dans sa vie, on comprend malheureusement très-bien sa fin si rapide. En effet, de grandes douleurs l'ont frappé dans ses affections les plus chères. Ces douleurs, il les montrait peu, comme s'il eût voulu éviter aux autres le retentissement de son chagrin, mais il éprouvait intérieurement de rudes souffrances, dont on saisissait parfois au hasard la manifestation, qui se faisait jour alors comme accidentellement. J'ai encore présente à l'esprit et aux yeux la poignante expression de ses yeux humides de larmes quand je le rencontrai quelque temps après la mort de son fils. Ce jeune homme était aimable et bon, et j'avais eu plusieurs fois grand plaisir à le voir d'une façon un peu intime. « Vous le connaissiez, vous, me dit M. Denonvilliers quand je le vis, vous le connaissiez et vous savez ce que j'ai perdu. » Pas d'autres phrases, un serrement de main, mais la douleur empreinte sur le visage de ce pauvre père était trop expressive pour que je l'oublie jamais. Puis, ce fut sa fille qu'il perdit, et cela quand ? alors que les malheurs publics avaient passé sur sa tête. M. Denonvilliers, là comme ailleurs, fit peu de bruit de ses émotions, mais il les éprouva aussi vives que pas un.

C'est à ce moment que sa santé fut plus notablement troublée ; puis, peu de temps après, on apprit qu'il était dans un état grave, et tout à coup, subitement, il est mort.

Hélas ! puisqu'il devait nous quitter si vite, pourquoi les tristesses, les anxiétés, les hontes publiques de nos dernières années ne lui ont-elles pas été épargnées ? C'eût été pour son âme de grandes douleurs de moins. Maintenant le voilà rentré dans l'éternel repos, loin des chagrins et des souffrances, tandis qu'à nous restent le regret de l'avoir perdu et le chagrin de ne plus le voir à nos côtés dans les fatigues et les anxiétés de la bataille de la vie.

Toutefois aujourd'hui, messieurs, j'accomplis au nom de l'Académie le seul acte qui puisse un peu amoindrir notre douleur, et je viens témoigner hautement du vide que l'absence de M. Denonvilliers laissera parmi nous, de l'estime parfaite en laquelle chacun de nous le tenait et de l'affection qu'il avait su faire naître parmi tous ses collègues.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements, en remplacement de M. Danyau, décédé.

La commission présente en 1re ligne M. Tarnier.
En 2e................ M. Hervieux.
En 3e................ M. Guéniot.
En 4e................ M. Joulin.
En 5e................ M. Mattéi.

Le nombre des votants étant de 54, majorité absolue : 28.

M. Tarnier obtient......	28	suffrages.
M. Joulin..............	8	—
M. Hervieux..........	3	—
M. Guéniot...........	2	—
M. Mattéi............	2	—
Bulletins blancs........	1	—

En conséquence, M. Tarnier est proclamé membre de l'Académie.

Suite de la discussion sur l'empyème.

M. ROGER, au sujet de l'empyème chez les enfants, commence un discours qu'il doit terminer dans la séance prochaine. Nous le résumerons alors.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. MAURICE REYNAUD présente un homme âgé de 22 ans, chez lequel il a pratiqué avec succès l'opération de l'empyème, dans les circonstances suivantes :

Cet homme est entré le 4 avril dernier dans le service de M. Reynaud, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une pleurésie simple dont il était atteint depuis environ vingt-cinq jours.

M. Reynaud fit une première ponction qui donna issue à un liquide séreux de couleur citrine. L'épanchement se reproduisit. Quelques jours après, une seconde ponction fit également sortir un liquide citrin. Puis la poitrine se remplit de nouveau, et, quand M. Reynaud recourut pour la troisième fois à la thoracentèse, ce fut à peine s'il put retirer une demi-cuillerée de pus par cinq ponctions successives. Convaincu qu'il devait y avoir une masse de fausses membranes, il pratiqua l'empyème ; et, en effet, il retira, en outre de 2 litres de pus, un paquet gros comme le poing de fausses membranes encore très-molles. Cette opération eut lieu le 7 mai, et aujourd'hui la guérison est à peu près complète ; à peine reste-t-il, vers le milieu de la cicatrice, une petite fistulette par laquelle suintent quelques gouttes de pus dans la journée. Le poumon a repris sa place et la respiration s'entend jusqu'à la base. Cette observation prouve que l'empyème peut être très-rapidement suivi de guérison.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Rapport de la commission chargée de l'étude de la loi de 1838 sur les aliénés (1).

IV

MODIFICATIONS DONT LA LOI DU 30 JUIN 1838 POURRAIT ÊTRE L'OBJET.

Cependant, après avoir justifié la loi du 30 juin 1838 des reproches injustes qui lui sont adressés, devons-nous nous borner à réclamer son maintien sans aucune modification, et n'y a-t-il pas quelque compte à tenir de l'opinion publique ? L'opinion a été égarée, cela est certain ; mais si ceux qui l'ont induite en erreur se sont montrés des adversaires systématiquement hostiles, l'émotion provoquée par leurs déclarations au milieu d'un public mal renseigné et n'ayant pas toujours les moyens de reconnaître leur supercherie,

(1) Fin. — Voir les numéros des 25, 27 juin, 2 et 9 juillet 1872.

avait en soi quelque chose de trop légitime pour qu'il soit permis de la dédaigner.

Pourquoi d'ailleurs ferions-nous difficulté d'admettre qu'une expérience de 32 ans a révélé dans cette loi, quelque bonne qu'elle soit, l'existence de certaines lacunes qu'il serait utile de combler bien que le plus souvent elles n'aient même pas été entrevues par ceux qui l'ont si passionnément attaquée? Et d'abord, le corps médical n'a-t-il pas une légitime revendication à exercer ? Jusqu'à ce jour, bien que blessé dans son honorabilité, il a cru plus digne de continuer son œuvre de dévouement sans tenir compte de ces injustes attaques. Il se sentait assez fort de la droiture de sa conduite, il se savait assez à l'abri de toute réclamation véritablement motivée pour ne vouloir chercher un appui ailleurs que dans ses propres forces.

Mais aujourd'hui, si la question entrait dans une période de calme et sérieux examen, ne serions nous pas en droit de demander que la responsabilité qui nous incombe et qui semble porter ombrage à des esprits trop soupçonneux ou trop prévenus fût enfin allégée? Ne devrions-nous pas exprimer le vœu que les magistrats fussent appelés à partager avec nous, dès le début et bien ostensiblement, cette responsabilité si lourde? Ne serait-il pas utile pour tous de faire cesser cette sorte d'isolement et de suspicion dans lesquels nous sommes injustement tenus; et, sans rien perdre ni de notre dignité ni de nos droits, ne pouvons-nous appeler le concours de la justice, qui serait moins le contrôle que la sanction élevée de nos actes ?

Il ne faut pas se le dissimuler, le problème de la folie pose deux questions qui sont connexes sans pourtant se confondre. Médicalement, la folie est une maladie tout à part; elle réclame un mode de traitement tout spécial, dont la privation momentanée de la liberté, quoi qu'on en ait dit, est la base; mais, à un point de vue plus général, l'aliéné est un homme que la société éloigne de son sein, au moins d'une manière temporaire, et aux droits individuels duquel elle permet, par une exception nécessaire, qu'on porte atteinte. Affirmons sans hésitation que tout ce qui touche à la maladie relève directement, exclusivement, du domaine médical; mais reconnaissons en même temps que tout ce qui touche aux droits de l'individu est et doit rester dans le domaine de l'autorité judiciaire. Que les gardiens de ces intérêts divers s'unissent donc dans une action commune, et qu'après s'être associés pour atteindre le même but, l'assistance, la protection, au besoin même la défense du faible, ils soient encore unis et solidaires, aux yeux de tous, pour répondre à quiconque serait tenté d'incriminer leurs actes; peut-être alors verrait-on cesser des accusations violentes dont le résultat certain a été de troubler beaucoup d'esprits, même des plus sages, en leur faisant croire que l'on n'apportait pas toute la prudence, toute la réserve nécessaires dans les mesures prises à l'égard des aliénés. Si les magistrats avaient été, dès le début, impliqués avec nous dans les plaintes, auraient-ils laissé croire que notre loi était profondément défectueuse, qu'elle était si propre à couvrir les plus regrettables abus? N'auraient-ils pas protesté à juste titre contre le « Delenda Carthago » que répétait, avec plus de ténacité que de sens commun, l'un des apôtres les plus intéressés de la prétendue réforme?

Aussi, si l'on porte la main sur la loi du 30 juin 1838, nous demanderons qu'on y accentue davantage la participation que la magistrature doit prendre dans les formalités du placement de l'aliéné dans un asile, non pour en formuler l'opportunité, cela appartient au médecin seul, mais pour sanctionner cette mesure et en reconnaître, par cela même, la légitimité. Il est bien entendu que cette intervention de la magistrature devrait être prompte et discrète; elle rassurerait l'opinion publique, sans pouvoir alarmer la famille, car elle n'augmenterait pas le nombre de ceux qui sont instruits de son malheur... Elle ferait seulement que l'autorité judiciaire, au lieu de venir, plus ou moins longtemps après coup, vérifier la nécessité de la séquestration, serait appelée à sanctionner cette mesure dans le plus bref délai, au moment même où le médecin délégué par le préfet vient, aux termes de la loi, en constater l'opportunité.

On devrait exiger aussi que la demande de placement, faite par un parent ou un ami, fût motivée par écrit sur des faits détaillés et précis, et que le certificat médical, conforme aux prescriptions actuelles de la loi, fût toujours rédigé, à moins d'impossibilité constatée, par le médecin habituel du malade ou de sa famille.

Cet ensemble de conditions réunirait toutes les garanties désirables de sécurité pour l'aliéné lui-même, pour ses parents et amis, pour la société tout entière, et aussi pour l'établissement où il serait reçu. L'admission dans un asile ne pourrait plus avoir lieu sans le concours de trois actions simultanées et convergentes : celle du médecin, qui constaterait l'existence de la maladie et qui prescrirait l'isolement à titre thérapeutique ou de garantie indispensable de sécurité; celle de la famille, qui prendrait les moyens propres à assurer l'exécution de la prescription médicale; celle de la justice, qui, en raison de l'entrave apportée par cette médication spéciale à l'exercice de la liberté individuelle, prendrait immédiatement connaissance de l'affaire et sanctionnerait la mesure adoptée, par cela même qu'elle ne s'y opposerait pas. Où y aurait-il, dès lors, la moindre place laissée à la négligence, à la fraude ou à l'arbitraire?

Les placements d'office, aussi, pourraient être utilement soumis, d'une manière analogue, au contrôle immédiat de l'autorité judiciaire. Mais il importerait surtout que la loi exigeât formellement, dans ces cas, comme dans ceux de placement volontaire, que la maladie ait été préalablement constatée par un médecin. Sans doute, dans la pratique actuelle, les arrêtés préfectoraux sont presque invariablement accompagnés d'un certificat médical; mais cette formalité n'est pas légalement obligatoire, et il serait essentiel qu'elle le devînt.

En même temps que la loi entourerait d'un surcroît de garanties et de formalités nouvelles le placement dans les établissement spéciaux, régulièrement autorisés, elle devrait également prescrire quelques mesures de surveillance et de précaution à l'égard des aliénés que l'on est obligé, en raison de leur maladie, de tenir enfermés malgré eux, et que l'on conserve de force, soit dans les maisons privées, soit dans d'autres établissements que les asiles spéciaux, soit même dans leur propre domicile. C'est surtout dans ces cas, en effet, que les abus, que les séquestrations arbitraires sont à craindre, et que des mesures protectrices pour les malades sont indispensables. La loi une fois modifiée dans ce sens, il serait plus facile qu'il ne l'est aujourd'hui de faire sortir des asiles des déments séniles, des aliénés inoffensifs; d'instituer pour les indigents un mode d'assistance, sans séquestration, qui, jusqu'à présent, n'existe qu'à l'état de rare exception; de donner par là satisfaction aux sentiments élevés que fait trop souvent taire la nécessité impérieuse du travail quotidien.

Des modifications dans ce sens ne sont pas, sans doute, les seules qu'une révision législative devrait introduire dans la loi du 30 juin 1838, mais ce sont les seules dont nous parlerons ici parce que seules elles répondent aux reproches dont nos adversaires ont cherché à occuper l'opinion publique. Les autres questions sur lesquelles des changements de détail pourraient être utiles ne touchent pas directement la pratique médicale. Elle se rapportent surtout à l'administration des biens des aliénés, aux formalités d'interdiction, au rôle du curateur et aux mesures administratives à prendre à l'égard des « *aliénés criminels*. » Nous pensons ne pas devoir nous en occuper ici.

La Société de médecine de Paris a tenu à faire ressortir dans ce travail le caractère vraiment humain et largement protecteur de notre loi sur les aliénés. Elle a voulu protester à son tour contre des exagérations qui n'avaient pas même l'excuse d'une conviction sincère. Pour le faire, elle se trouve d'accord avec tous ceux qui ont étudié cette loi, consciencieusement et sans parti pris, notamment avec un magistrat d'une grande expérience et d'un savoir profond, M. Bertrand, conseiller à la Cour impériale de Paris. M. Bertrand est l'auteur d'un remarquable travail sur les législations appliquées

aux aliénés dans différents pays, travail dont voici les derniers mots :

« En étudiant les lois sur l'aliénation dans la pratique, en m'enquérant auprès de toutes les personnes qui pouvaient me donner des renseignements, j'ai été obligé de reconnaître que, pour des causes inutiles à dire, la demande d'une réforme de la loi de 1838 n'est pas étudiée avec un calme absolu par tous ceux qui s'en préoccupent, et que la passion n'est pas toujours complétement absente des controverses qu'elle suscite. J'ai dû faire tous mes efforts pour rester en dehors de la mêlée et éviter tout ce qui serait sorti des limites d'une discussion purement scientifique. »

C'est en s'inspirant des mêmes principes d'impartialité, et en se tenant également hors de la mêlée, que la Société de médecine de Paris a cru devoir, aussi bien dans l'intérêt des malades que dans celui des familles, lutter contre des tendances dangereuses, de nature à compromettre les progrès péniblement obtenus, à léguer à l'avenir une situation pleine d'embarras et de périls.

Elle l'a fait, dégagée de toutes préoccupations personnelles, mue seulement par des considérations d'un ordre plus élevé. Elle affirme hautement que la loi du 30 juin 1838 ne mérite pas les reproches qui lui ont été si légèrement adressés. Elle croit qu'il est nécessaire d'en conserver l'esprit, et de respecter des institutions sur la valeur desquelles l'expérience a prononcé. Il faudrait seulement, pour les compléter et les rendre excellentes, y apporter certains perfectionnements faciles à indiquer, et dont les médecins aliénistes eux-mêmes ont été les premiers à signaler les avantages, à recommander l'adoption.

Telle est la conclusion à laquelle s'arrête la Société de médecine de Paris. Par l'adhésion unanime de ses membres, cette conclusion acquiert une incontestable autorité ; ce n'est pas une vaine formule, une protestation stérile : c'est un acte sérieusement raisonné, librement accompli par une Société savante qui se lève tout entière pour défendre une loi d'humanité, pour ramener sur son véritable terrain une question d'un haut intérêt social, que d'imprudentes attaques ont systématiquement déplacée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Adolphe Piéchaud commencera ses consultations gratuites sur les maladies des yeux lundi, 15 juillet, à 1 heure, à son dispensaire, rue de Seine, 41, et les continuera tous les jours à la même heure.

Erratum.— Dans le premier-Paris de mardi dernier, il s'est glissé deux fautes d'impression importantes.

Page 625, 1re colonne, ligne 10e, il faut lire « figer » au lieu de « juger ».

Même page, même colonne, ligne 27e, il faut lire « désolant » au lieu de « dissolvant ».

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

De la température dans les maladies, par le docteur C. A. Wunderlich, professeur de clinique médicale à l'université de Leipzig. Traduit de l'allemand, sur la deuxième édition, par F. Labadie Lagrave, interne lauréat des hôpitaux de Paris. Précédé d'une introduction par le docteur Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, 1872, 1 vol. gr. in-8 de 480 pages, avec 38 figures dans le texte et 7 planches lithographiées. — Prix : 10 francs. — F. Savy.

Hygiène des pays chauds. — *Contagion du choléra* démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe. — Conditions hygiéniques de l'émigration dans les pays chauds et de la colonisation de ces pays. — Des dangers qu'il y a à méconnaître la contagion du choléra, par A. Pellarin, docteur en médecine, médecin principal de la marine en retraite. — Paris, 1872, in-8 de 358 pages. — Prix : 6 fr. — J. B. Baillière et fils.

L'Étudiant micrographe; traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. , 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Température dans la pneumonie. — Promenade dans les hôpitaux : battements vasculaires dans le tissu de granulation, mesurés par le sphygmographe ; cautérisations en pointe dans les arthrites fongueuses, angines perforantes. — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Température dans la pneumonie.

J'ai déjà discuté la question de savoir si la pneumonie était, comme l'a prétendu M. Jaccoud, *une maladie à* CYCLE DÉFINI *comme la variole et la rougeole, dont l'évolution naturelle ne peut être abrégée d'un jour.* Je me suis notamment attaché à montrer que la succession des trois périodes anatomiquement constituées, d'abord par un état liquide, puis par l'état solide, puis par un état encore liquide de l'exsudat, ne suffisait pas pour faire admettre une marche fixe et fatale comme celle de la variole, du moment où la pneumonie pouvait procéder par l'envahissement successif de divers lobes, de telle sorte que l'un en fut à la première période, en même temps qu'un autre à la seconde et même un autre à la troisième. Tels ne sont pas les caractères d'une maladie générale à marche fixe, à cycle défini. On ne voit pas la variole se prolonger ainsi en passant d'un point à un autre : entrant là en suppuration, alors que plus loin l'éruption vésiculeuse commencerait à peine, et qu'ailleurs la desquamation serait terminée.

Ainsi la base anatomique manquait à cette théorie de M. Jaccoud, mais il lui restait encore un argument thermoscopique qu'il faut aborder à son tour.

En effet, le *cycle défini*, la marche fatale et régulière, ce que l'étude des lésions locales ne permettait pas d'établir, M. Jaccoud croyait le trouver dans la fièvre, manifestée par l'élévation de température.

Cette fièvre se serait divisée en trois stades réguliers, qui auraient été les trois stades de la pneumonie : stade d'ascension ou d'augment, stade d'état ou d'acné, stade de terminaison ou de défervescence.

« La défervescence (crise des anciens), dit M. Jaccoud, a les mêmes caractères que l'augment, savoir la rapidité et la continuité ; on est en pleine acné, le chiffre thermique est encore voisin du maximum observé, puis 12 heures plus tard, à la prochaine exploration, on trouve une chute qui peut déjà dépasser 1°,5 ; à dater de ce moment, la température va sans cesse s'abaisser, et en 36 heures généralement, 48 heures au plus, la température est normale ou même un peu inférieure ; *le cycle pneumonique est accompli.* »

Or, cette idée de *cycle* est la cause qui a conduit M. Jaccoud à repousser tout espoir de traiter la pneumonie en elle-même et d'en abréger la durée, ne fût-ce que d'un jour.

Il est donc très-intéressant pour le praticien de savoir au juste ce qu'on en doit penser.

Celui qui a recueilli, soit par lui-même, soit par ses élèves, le plus de tracés thermoscopiques, celui qui a le mieux montré tout ce qu'on pouvait obtenir de ce genre d'exploration, Wunderlich, est bien loin de dépeindre les choses de manière à donner raison à M. Jaccoud sur ce point.

Dans la seconde édition de son livre intitulé : *De la température dans les maladies*, édition publiée à Leipzig en 1870, et récemment traduite par M. Labadie-Lagrave, avec introduction de M. Jaccoud, Wunderlich consacre un chapitre à la pneumonie.

Ce chapitre, comme tout le reste de l'ouvrage, manque un peu d'ordre, de netteté et de clarté, ce qui ne doit pas étonner dans un livre allemand. Les divisions en paragraphes y sont souvent arbitraires, et les particularités d'une forme y sont parfois exposées avant la description de cette forme, ce qui rend la pensée plus difficile à suivre. Cependant on y arrive avec de l'attention.

Or, comme particularités du type continu, c'est-à-dire plus spécialement de la pneumonie fibrineuse en question, on trouve longuement indiquées des élévations brusques et des abaissements brusques de la température.

Nous allons donner quelques extraits des paragraphes qui s'y rapportent.

« La fièvre des pneumoniques, dit notre auteur, présente encore, aussitôt qu'elle parvient à un plus haut degré de développement, une particularité qui, il est vrai, se présente aussi dans d'autres formes morbides, mais beaucoup plus fréquemment dans la pneumonie que dans toute autre maladie. Cette particularité consiste dans les élévations isolées et dans les abaissements thermiques intercurrents. »

Ainsi, suivant les observations de Wunderlich, ce serait surtout par ses irrégularités que le prétendu *cycle défini* de la pneumonie, pour employer les expressions de M. Jaccoud, se distinguerait de toutes les autres maladies. Nous voilà donc bien loin de la marche réglée et fatale.

Voyons, maintenant, à quel moment du cycle on a noté ces brusques changements.

« Les élévations brusques se présentent très-fréquemment

dans la pneumonie, et cela non-seulement après l'établissement définitif de la convalescence, mais encore plus souvent immédiatement après la défervescence, ou même au milieu de sa marche, qu'elles enrayent momentanément ; enfin aussi dans le cours de la fièvre ; dans ce dernier cas, l'élévation thermique présente une exacerbation extrêmement considérable, mais de courte durée, montant à des hauteurs de 41°,5 et au-dessus.

« Les abaissements thermiques intercurrents sont précisément l'inverse de ces élévations brusques. Presque dans toutes les formes de la pneumonie considérées dans leur cours, il peut arriver que le cycle thermique régulier soit brusquement interrompu par un abaissement profond contrastant nettement avec l'allure précédente et ultérieure de la température.

« Cet abaissement intercurrent se présente dans la plupart des cas de pneumonie, aussi bien légers que graves, et même mortels.

« ... L'abaissement thermique intercurrent peut se présenter à tout instant de la marche, à partir du deuxième jour de la maladie jusqu'au dernier jour de la défervescence ou jusqu'à l'agonie. Le plus souvent, il ne se présente qu'une fois dans le cours de la maladie, mais parfois aussi deux ou trois fois. »

Il peut arriver que le type devienne ainsi franchement rémittent ou intermittent.

« Si ces abaissements se répètent plusieurs fois, c'est une transition au type rémittent.

« Si un abaissement brusque revient plusieurs fois avec une grande régularité, la pneumonie revêt un véritable caractère intermittent. »

Reste à savoir quelles sont les causes de ces variations de température. Voici ce qu'en dit Wunderlich.

« Les raisons de ces abaissements thermiques intermittents ne sont pas toujours très-nettes et claires. Dans bien des cas, l'abaissement semble évidemment *être déterminé par une médication énergique*, mais qui cependant n'avait pas été *assez puissante pour juguler la maladie*. Dans d'autres cas, certainement nombreux aussi, cet abaissement peut provenir de ce que le processus local ayant déjà disparu à l'endroit primitivement atteint, continue sa marche, se reconstitue à un autre endroit voisin ou éloigné ; à cette occasion, il peut bien se faire que le second accès pneumonique atteigne un degré de développement moins complet que le précédent.

« Mais tous les cas ne s'expliquent pas de l'une ou de l'autre de ces manières, et ce cycle thermique étant extrêmement fréquent dans la pneumonie, on doit présumer qu'il est en général propre à cette maladie, et, d'après cela, on conçoit que des *actions thérapeutiques* peu actives dans d'autres maladies produisent précisément, dans la pneumonie, déjà prédisposée par elle-même, à ces interruptions, l'abaissement intercurrent. »

Par les mots soulignés, on voit que les tracés thermoscopiques ne conduisent pas le praticien à considérer la pneumonie comme devant avoir une marche fatale, indépendamment de tout remède : d'autant moins qu'ailleurs Wunderlich, résumant ces mêmes tracés, s'exprime ainsi :

« Souvent, des écarts de la marche régulière de la pneumonie sont produits par l'action d'un médicament énergique ou à la suite de quelque éventualité favorable, et peuvent ainsi tourner à l'avantage du malade ; une des causes qui exercent le plus d'influence sur le cycle fébrile, c'est une émission sanguine spontanée ou artificielle (phlébotomie, épistaxis, flux cataménial). La conséquence immédiate d'une abondante perte de sang est presque toujours un abaissement thermique ; mais, suivant les cas, *cet abaissement tournera en défervescence définitive* ou sera suivi d'une nouvelle ascension ; dans cette dernière modalité, la marche thermique se rapproche plus ou moins complétement du type récurrent (type à rechutes). Le tartre stibié agit a l'égal de la perte de sang ; l'action de la digitale et de la vératrine est un peu plus lente, tandis que l'influence d'autres médicaments sur le type de la marche thermique (tels que l'aconit, le nitrate de potasse) est moins accusée dans la pneumonie et peut-être aussi moins bien connue.

« D'un autre côté, un *mauvais traitement*, aussi bien que d'autres influences nuisibles accidentelles, peuvent avoir de fâcheux effets sur la marche thermique. »

J'ai dû citer longuement l'ouvrage de Wunderlich, parce qu'un médecin est toujours troublé quand, pour infirmer les résultats de sa pratique, on se base sur quelque mode d'exploration usité depuis peu.

Si M. Jaccoud n'invoquait pas la thermocospie et, disons-le aussi, s'il n'avait pas écrit son *Traité de pathologie interne*, d'un style si facile et si attachant, s'il ne l'avait pas destiné à devenir classique, les théories hasardées qu'il expose, afin sans doute de déguiser les difficultés trop réelles de la science médicale, auraient moins de danger. Le praticien, éclairé par les faits, par l'expérience, en tiendrait peu de compte.

Mais comment penser, par exemple, qu'on a guéri telle ou telle pneumonie, si le thermomètre montre la fièvre suivant toujours et malgré tout son cycle fatal ?

Heureusement il n'en est rien.

Le thermomètre nous fait assister à des variations individuelles, plus fréquentes encore qu'on ne l'eût supposé.

Il nous apprend, en ce qui touche les remèdes et leur action, ce que nous avaient appris déjà l'exploration du pouls, la mensuration des mouvements respiratoires, l'étude de la toux, de l'oppression, des crachats, des phénomènes sthétoscopiques et plessimétriques.

La fièvre peut se relever après s'être calmée, le mal peut devenir envahissant après avoir eu un temps d'arrêt. Tout cela, nous le savions.

Et nous savions aussi qu'il est très-peu de maladies où l'intervention du médecin, bien conduite, puisse devenir plus efficace.

Nous dirons bientôt quel est le genre de médications que nous avons vu réussir le mieux dans la pneumonie.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Battements vasculaires dans un tissu de granulations, mesurés par le sphygmographe.

A côté de la thermoscopie, la sphygmographie a pris place, et les applications en deviennent plus nombreuses de jour en jour.

Hier, à l'hôpital des Cliniques, M. Broca a fait l'application d'un appareil enregistreur pour essayer de résoudre un problème qui n'est pas sans difficulté.

Voici d'abord les premiers éléments de ce problème :

Quand, autour d'un séquestre, à la suite d'une ostéo-périostite ou autrement, il s'est formé une cavité osseuse tapissée de granulations, si cette cavité est un peu considérable, on peut remarquer parfois des oscillations très distinctes à la surface du pus qui la remplit.

Ces oscillations, égales en nombre aux battements du pouls,

leur correspondent, et il est évident qu'elles ont leur origine dans un mouvement communiqué par certains vaisseaux des granulations.

Dans une cavité pleine de liquide et limitée par une paroi inextensible, il ne peut pas se faire de pulsation, d'expansion vasculaire, sans que le mouvement se traduise par un changement de niveau du contenu. Il y a donc ici pulsation, expansion vasculaire. Jusque-là, pas de difficulté.

Mais quel est l'ordre des vaisseaux où se produisent ces pulsations qui, ajoutées les unes aux autres, se traduisent en oscillations très-appréciables ?

M. Broca ne croit pas que ce soit uniquement la masse des petites artères qui apportent le sang au tissu de granulations. Il lui semble que ces artérioles occupent trop peu de place pour pouvoir déplacer à elles seules autant de liquide par leur battement. Il croît donc qu'il s'agit là de pulsations de ces vaisseaux capillaires si nombreux dans le tissu de granulations.

On n'admet généralement pas de pulsations dans les capillaires, on n'en voit pas même beaucoup au microscope. Ce serait donc un fait absolument nouveau et tout à fait contraire aux données classiques.

Pourtant cela ne semble pas trop improbable à M. Broca. Il fait remarquer d'abord qu'il serait singulier de voir l'impulsion excentrique s'arrêter juste aux limites même des artérioles. Le sang, lancé par le cours gauche dans les artères, et par les artères dans les capillaires, devrait encore un peu dilater ces derniers à chaque fois. Le mouvement n'y aurait plus alors la brusquerie qu'il a dans les artères ; il tendrait à prendre une forme plus régulière et plus continue. En d'autres termes, les tracés, au lieu d'une ascension subite et faisant pointe, devraient montrer une ascension progressive et plus lente. On aurait des lignes courbes au lieu de lignes brisées.

La vérification expérimentale était facile à l'aide des nouveaux appareils sphygmographiques. Sur la fistule osseuse, on fixa, avec de la cire, un petit tube de verre dans lequel une colonne de pus se mit à osciller. Un tube en caoutchouc, communiquant avec une sorte de tambour formé par une membrane dont les oscillations étaient traduites et exagérées par un bras de levier sur un cylindre tournant, compléta le système.

L'ampliation des courbes tracées étant assez faible, on aura recours à un grossissement photographique, et alors seulement on pourra discuter les conclusions émises ; ce que je voulais noter aujourd'hui, c'était le *modus faciendi* et le parti tiré d'une méthode graphique applicable à bien d'autres cas.

J'ai, du reste, déjà parlé du malade qui fut le sujet de cette expérience. C'est ce jeune homme qui, à la suite d'une ostéopériostite suivie de nécrose du tibia, eut un allongement assez notable de la jambe de ce côté. Le péroné, allongé lui-même, ne l'est pas autant qu'il le faudrait, comme il est facile d'en juger par la situation de son extrémité supérieure subluxée en bas. Ainsi la cause principale de l'allongement du membre était bien la production surabondante de nouvel os autour du séquestre.

Cautérisations en pointe dans les arthrites fongueuses, angines perforantes.

En fait de maladies osseuses et de maladies articulaires, pour voir combien elles sont fréquentes, il suffit d'entrer dans le service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu. Près d'un tiers des lits de ce service immense est occupé par des sujets atteints d'ostéopériostites ou d'affections voisines, tumeurs blanches, arthrites fongueuses, etc.

Contre les arthrites fongueuses, M. Richet fait un grand usage de la cautérisation profonde par le cautère en pointe, rougi à blanc. Il enfonce ce cautère à plusieurs reprises sur les côtés de l'articulation compromise, en ayant soin de pénétrer jusqu'aux os, et ordinairement le malade en éprouve un grand soulagement, même au point de vue des douleurs articulaires.

Cette méthode paraît beaucoup plus efficace pour arrêter le développement ultérieur des fongosités que les simples raies de feu intéressant le derme seul. Bien entendu, elle ne rendra pas la mobilité à une articulation dont la synoviale est détruite, mais en modérant le mouvement inflammatoire, elle peut être utile alors même que l'on s'attend à une ankylose.

C'est dans ce but que M. Richet l'a appliquée après flexion forcée de l'avant-bras, chez une malade qui avait eu un coude ankylosé à la suite d'arthrite chronique. S'agissait-il dans ce cas d'arthrite blennorrhagique, cause si fréquente d'ankylose ? On n'a pas pu en acquérir la certitude. Quoi qu'il en fût, les essais de mobilisation de l'articulation du coude étaient, comme il arrive souvent, devenus tellement douloureux, qu'il a fallu y renoncer, se borner à mettre le membre dans la position la plus commode pour le rendre bon à quelque chose, c'est-à-dire le fléchir, après avoir chloroformisé la malade, et en outre, afin de modérer l'irritation produite, avoir recours à ces pointes de feu.

— Il n'est souvent pas plus facile de savoir si une affection est de nature syphilitique, que de savoir si un rhumatisme est de cause blennorrhagique chez la femme.

Le résultat du traitement spécifique, s'il est négatif, peut ne rien prouver, comme le montre l'histoire d'une malade soignée dans le service de M. Trélat.

Cette malade était entrée pour une angine inflammatoire. Du moins les premiers jours on ne vit pas autre chose qu'une rougeur intense du voile du palais et des amygdales. Sur cette rougeur se dessina, non loin du bord libre du voile du palais, une ulcération, qui s'étendit et se mit à creuser. On soupçonna alors une syphilis, bien qu'on n'en avait découvert aucune autre marque apparente. Un traitement fut institué dans ce sens. Mais le mercure et l'iode ne semblèrent produire aucune amélioration ; bientôt il se forma une perforation du voile du palais, et la guérison de l'angine (avec perforation définitive) ne fut obtenue que lorsqu'on eut cessé tout traitement actif.

On croyait donc bien s'être trompé sur l'étiologie, lorsque, peu de semaines plus tard, cette jeune fille rentra dans le service pour une éruption syphilitique qui, cette fois, ne laissait pas l'ombre d'un doute, et qui céda très-vite à la médication par le mercure et l'iode.

A propos d'une autre malade, entrée également pour une angine qui sembla, pendant plusieurs mois, purement inflammatoire, et à la suite de laquelle une ulcération perforante commença à se produire sur le voile du palais, M. Trélat se pose la question de savoir si cette forme particulière d'angine suivie de pareilles perforations est toujours le fait de la syphilis. Nous donnerons le reste de l'histoire de cette seconde malade.

Dr Victor Révillout.

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION (1)

Par le docteur GEORGES DIEULAFOY.

Quand on rencontre un cas de ce genre, quelle est la marche à suivre dans le traitement? C'est ce que j'essayerai d'établir dans l'observation suivante :

OBS. VI. — *Kystes hydatiques du foie et de la plèvre. — Trois cents aspirations. — Effets de l'époque cataméniale.*

Une femme, âgée de 43 ans, entre, le 8 juillet 1871, dans le service de M. Axenfeld, hôpital Beaujon, salle Sainte-Paule, nº 14. Cette femme vient réclamer des soins pour une énorme tumeur abdominale. Elle fait remonter à cinq ans le début de sa maladie. A cette époque, elle éprouva quelques troubles digestifs caractérisés par perte d'appétit, le ballonnement du ventre et une régurgitation particulière des *aliments gras*, phénomène sur lequel j'ai insisté dans l'observation III. Après chaque repas, les matières grasses de l'alimentation revenaient dans la bouche par un mouvement de régurgitation, tandis que les autres aliments étaient bien supportés; le beurre et le potage gras provoquaient surtout cet état. Cette intolérance de l'estomac pour les aliments gras ne dura que quelques mois. Depuis que mon attention a été fixée sur ce phénomène, je l'ai observé chez trois malades atteints de kystes hydatiques du foie; c'est un signe qui apparaît de préférence dans le début de la maladie, et qui cesse avec les progrès de l'affection; je ne cherche pas à l'expliquer; je me contente de le signaler.

Comme symptômes survenus au début de la maladie, notons encore des douleurs dans l'hypochondre droit, du dévoiement et un amaigrissement assez notable. Puis, les forces diminuant, la malade fut obligée à plusieurs reprises d'interrompre le travail de son ménage, et ce n'est que dix-huit mois plus tard qu'une tumeur apparut au creux épigastrique. Dès ce moment, le teint devint très-légèrement ictérique et les règles se supprimèrent, la tumeur fit insensiblement et très-lentement des progrès, jusqu'à atteindre le volume qu'elle présente aujourd'hui.

État actuel. — La tumeur hépatique est extrêmement volumineuse; elle descend jusque dans la fosse iliaque droite, confine à l'ombilic, envahit la ligne blanche, qu'elle déborde, et présente son point le plus saillant au creux épigastrique. Toute cette région est d'une matité absolue. La mensuration donne comme résultats :

Circonférence totale...........	0m,79
Côté droit.....................	0m,41
Côté gauche....................	0m,38

S'il n'y a pas une grande prédominance à l'avantage du côté droit, c'est que la tumeur dépasse la ligne médiane et empiète sur le côté gauche. La circulation collatérale est développée; pas d'ictère, pas d'ascite; les règles surviennent d'une façon fort irrégulière.

Au toucher, la tumeur est rénitente, élastique; on ne perçoit pas le frémissement hydatique, mais la fluctuation est manifeste.

Les symptômes généraux sont très-accusés : les digestions sont mauvaises, la dyspnée est extrême, et la malade a la plus grande peine à monter l'escalier qui conduit à la salle Sainte-Paule.

M. Axenfeld n'hésite pas à diagnostiquer un kyste hydatique du foie; il ne fait, du reste, que confirmer l'opinion qu'il avait émise deux ans plus tôt, ayant eu l'occasion de voir la malade à l'hôpital Saint-Antoine. L'aspiration du liquide fut décidée.

Le 11 juillet, la ponction fut faite avec l'aiguille nº 1, et on rencontra le liquide à 2 centimètres de profondeur; il avait l'aspect et la limpidité habituelles aux kystes hydatiques; on arrêta l'écoulement à 480 grammes, afin de ne pas laisser un trop grand vide dans l'intérieur de la poche. La circonférence de l'abdomen, après cette évacuation, diminua de 1 centimètre 1/2; mais la manœuvre, que j'eus le grand tort de faire pour pratiquer la mensuration, ne fut sans doute pas étrangère aux accidents suivants : Une heure environ après la ponction, la malade éprouva quelques douleurs dans le ventre et l'épaule droite, avec nausées et dévoiement; le soir, vers cinq heures, les accidents douloureux s'amendèrent, et quelques démangeaisons parurent en différents points du corps.

Le lendemain matin, nous assistions au développement d'une urticaire avec fièvre, qui envahit successivement les cuisses, le ventre, la poitrine et les bras; le dévoiement persiste. Cette urticaire, se montrant sans ictère et après la piqûre du foie, était un phénomène qui me frappa d'autant plus que, peu de jours avant, j'en avais observé un autre exemple, survenu dix minutes après la ponction, chez le malade du service de M. Matice, qui fait le sujet de l'observation nº 2.

Chez cette femme, l'urticaire persista trois jours, disparaissant et envahissant à diverses reprises toutes les régions du corps, avec exacerbations fébriles le soir, tuméfaction de la face du côté gauche, comme dans une fluxion dentaire; dysphagie considérable et des plus douloureuses, à ce point que la malade, pendant douze heures, ne put avaler une seule gorgée de liquide. Le voile du palais et la partie postéro-supérieure du pharynx étaient secs et d'une rougeur intense. Dès le troisième jour, ces accidents disparurent.

7 août. Nouvelle aspiration à 1 centimètre de la première. On retire 700 grammes de liquide légèrement louche, ayant l'odeur hydro-sulfurée. Cette seconde apparition n'entraîne aucun accident, ni vomissements, ni fièvre, ni urticaire. L'appétit commence à revenir, mais la douleur persiste toujours dans l'épaule droite.

Le 14. Aspiration donnant issue à 600 grammes de liquide, qui a repris l'aspect limpide et qui a perdu toute odeur. Deux heures après cette ponction, une fièvre assez violente se déclare et persiste jusqu'au lendemain matin.

La malade, se sentant soulagée, demande à aller passer quelques jours chez elle. Elle sort, en effet, mais elle revient douze jours après, fort souffrante, toussant beaucoup, et avec une tumeur qui avait repris à peu près son volume primitif.

3 septembre. Aspiration, avec l'aiguille nº 2, de 450 grammes de liquide légèrement purulent et ayant une odeur très-prononcée d'hydrogène sulfuré. On arrête l'écoulement; soulagement, pas de fièvre.

Le 5. Aspiration de 800 grammes de liquide purulent; amélioration très-sensible les jours suivants. A ce moment, la circonférence totale n'est que de 72 centimètres, c'est-à-dire 7 centimètres de moins qu'à la première ponction. Mais la matité, dans la partie postérieure de la poitrine et dans l'aisselle droite, reste toujours au même niveau, sans modification.

Le 11. Une nouvelle piqûre est faite, toujours sur le même point. Je retire 350 grammes de pus. La malade peut se lever et mange d'un assez bon appétit.

Le 16. La tumeur se développe, mais lentement et sans fièvre. On aspire 300 grammes de pus épais, verdâtre et d'odeur très-prononcée. La circonférence du corps n'est plus que de 68 centimètres, c'est-à-dire 11 centimètres de moins qu'au début.

Le 21. 200 grammes de pus.

Le 23. 40 grammes de pus.

Ici se termine la première phase de cette observation, dans laquelle l'amélioration croissante de la maladie et l'épuisement graduel du foyer purulent pouvaient nous faire espérer une guérison prochaine. A ce moment surviennent de nouveaux accidents : on aperçoit sur le côté gauche de la ligne blanche, au-dessus de l'appendice xyphoïde, une petite tumeur rougeâtre, qui pointe comme un phlegmon en voie de formation. La malade a de la fièvre et de fortes douleurs abdominales; elle est prise de violentes quintes de toux, et la respiration devient fort difficile. A l'auscultation, on perçoit, des deux côtés de la poitrine, des râles sibilants et ronflants; la matité, déjà constatée du côté droit, semble plus étendue; il y a

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juin, 2, 4 et 6 juillet 1872.

diminution des vibrations thoraciques et absence d'égophonie. Sans doute, une collection liquide existe en ce point; mais quelle est sa nature?

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1872. — Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*, — l'*Union médicale*, — la *Gazette hebdomadaire*, — le *Bulletin général de thérapeutique*, — les *Archives générales de médecine*, — le *Bordeaux médical*, — le *Bulletin médical du Nord de la France*, — le *Marseille médical*, — *The medical investigator*.

M. le professeur Vanzetti (de Padoue), membre associé étranger de la Société de chirurgie, nous adresse un exemplaire en italien d'un ouvrage intitulé : *Intorno all' onichia maligna*.

M. TARNIER, au nom de M. Chassagny (de Lyon), présente un ouvrage intitulé : *Méthode des tractions soutenues*. Sur sa demande, M. Chassagny est inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

M. LARREY présente, au nom de M. Béranger-Féraud, membre correspondant national, un ouvrage manuscrit intitulé : *Note sur une modification du traitement chirurgical des abcès du foie; luxation ilio-pubienne irréductible*, par M. le professeur Simonin (de Nancy). — *Étude sur les hôpitaux-baraques*, par F. Jeager et E. Sabouraud.

M. REVILLOUT, rédacteur en chef de la *Gazette des Hôpitaux*, remet, de la part de M. le docteur Deharme (de Chatou), une observation d'érysipèle contagieux transmis à divers membres d'une même famille. (Renvoyé à une commission composée de MM. Cruveilhier, Panas, Sée.)

Discussion sur l'érysipèle.

M. A. DESPRÉS. Je désire répondre quelques mots au sujet des argumentations de MM. Le Fort, Trélat et Sée, et revenir encore sur l'épidémicité et la contagiosité de l'érysipèle. Je serai aussi bref que possible.

M. Sée, messieurs, a objecté à la théorie que j'ai proposée et que M. Verneuil a soutenue, cet argument que l'érysipèle se propagerait du côté où se trouve le bourrelet que je considérerais comme le résultat de la coagulation de la lymphe dans les capillaires lymphatiques, et que ce fait serait contraire à la théorie. Nous grossissons volontiers, messieurs, les faits dont nous voulons nous servir pour les besoins de notre cause. M. Sée, pour les besoins de son argumentation, a fait du bourrelet périphérique de l'érysipèle une chose tout à fait hors de proportion avec la réalité. Le bourrelet n'existe pas dans tous les érysipèles, et dans un érysipèle ambulant qui le présente, il ne se reproduit pas autour de chaque nouvelle plaque. Ce bourrelet, d'ailleurs, n'est point continu; il présente des lacunes, et c'est par là que la lymphe viciée force l'obstacle et passe pour aller au delà du bourrelet.

Notre discussion, depuis son origine, a dans maint discours affirmé la gravité de l'érysipèle. M. Le Fort a dit que la mortalité de 35 sur 63, qui est la statistique de Velpeau en 1861, à la Charité, et que j'ai discutée dans mon *Traité de l'érysipèle*, est excessive; mais il cite un fait de sa pratique : un érysipèle devenu mortel à la suite de l'ablation d'une tumeur adénoïde du sein. Tous les autres orateurs, ou presque tous, ont exprimé l'idée de la gravité des érysipèles des opérés, au point de proscrire les opérations plutôt que d'exposer les malades aux érysipèles. On a fait de l'érysipèle un fantôme, une espèce de mauvais génie des plus redoutables.

Messieurs, avant toute chose, je dois rectifier une erreur que pourrait accréditer le discours de M. Le Fort touchant la mortalité consignée dans mon livre. La mort, dans les 35 cas, n'était pas le fait de l'érysipèle seul. 2 malades avaient une fracture du crâne, 1 une infection urineuse, 2 sont morts de pneumonie et 2 de phlegmons après guérison de l'érysipèle. 14 fois les malades avaient de l'infection purulente en même temps que l'érysipèle.

M. LE FORT. Il y a dans le livre de M. Després : sur 63 érysipèles, nous avons 35 morts; je m'en suis rapporté à ce qui était écrit.

M. DESPRÉS. Oui, mais il y a les observations, et M. Le Fort aurait pu y trouver que les malades n'avaient pas seulement un érysipèle; une fracture du crâne, une infiltration urineuse, de vastes décollements de phlegmons diffus existaient en même temps que l'érysipèle, et on ne peut pas dire que les malades sont morts d'érysipèles, pas plus qu'on ne pourrait dire que des malades atteints de pneumonie et de coriza sont morts de coryza. Malgré cela, je reconnais que la mortalité des opérés de Velpeau a été considérable, et que l'érysipèle a été nombre de fois le compagnon de l'infection purulente. J'ai dit, dans mon précédent discours, à quoi cela tenait. Velpeau a opéré plus d'un malade dans de très-mauvaises conditions, des malades qui n'étaient pas préparés et des femmes qui avaient des cancers du sein adhérents à la poitrine.

L'érysipèle, lorsqu'il est seul, n'est pas grave, même lorsqu'on considère les observations de Velpeau consignées dans mon livre, et si M. Trélat a pu dire : nous ne connaissons pas de mortalité pareille à celle qui est relatée dans le livre de M. Després, moi, je ne connais pas, pour ma part, d'érysipèle mortel après l'ablation de kyste sébacé ou d'une petite tumeur adénoïde du sein. Quand les malades sont opérés dans de bonnes conditions, l'érysipèle qui leur arrive n'est pas grave.

Je voudrais aussi faire une remarque sur la nature de l'érysipèle, telle que la conçoivent M. Trélat et M. Verneuil. Tous deux disent que l'érysipèle est une intoxication, une toxémie. Pourquoi donc remplacer le mot d'inflammation par un terme plus vague encore : l'intoxication? Si c'est parce qu'on ne croit pas pouvoir définir l'inflammation que l'on prend le terme intoxication, qu'on définisse l'intoxication. Mais d'ailleurs, est-ce que l'inflammation elle-même n'est pas une intoxication; le panaris, le phlegmon, causés par une plaie faite avec un instrument sale, est-ce qu'ils ne sont pas des intoxications locales? Voyez où nous mène le terme vague d'intoxication! On peut bien accorder, cependant, qu'il y a toxémie dans certains cas, mais c'est seulement après le phénomène inflammatoire, plus ou moins fugace; mais on ne peut pas aller au delà.

La discussion, jusqu'ici messieurs, en fait d'épidémicité, n'a produit que des affirmations; presque tous les orateurs ont parlé d'un génie épidémique, de salles indemnes un moment, puis infestées tout à coup d'érysipèle, et sans qu'on sache pourquoi. Dégagée de tout esprit préconçu, cette manière d'envisager les choses est de l'astrologie.

Notre science est encombrée de banalités; de ce que l'on observe une maladie un peu plus souvent dans certains moments, on dit banalement qu'il y a une épidémie. A suivre un pareil système, on arriverait à trouver que toutes les maladies sont épidémiques. En ce moment, vous voyez tous des panaris en plus grand nombre que ce printemps. Il y a huit jours, il y avait des fluxions dentaires dans mon service, et j'en avais une moi-même. Était-ce une épidémie? Pourquoi aller si loin chercher la raison de l'augmentation des érysipèles dans certains moments? M. Verneuil et M. Trélat accordent que l'influence du froid cause des érysipèles. Eh bien, quoi de surprenant qu'il y ait plus d'érysipèles quand il fait froid, quand le temps varie? la logique repousse l'épidémicité dans une pareille occurence. Et les érysipèles sont aussi explicables aux temps froids qu'il est explicable qu'en temps de pluie il y ait plus de gens qui aient les pieds mouillés que par le temps sec.

M. Gosselin est revenu un peu de ses anciennes idées; il dit que pendant sept ans il a vu à peu près le même nombre d'érysipèles chaque mois, que les érysipèles opératoires ont été observés dans les mêmes proportions; dans mon livre sur l'érysipèle, j'avais déjà

affirmé ce fait à l'aide des observations. M. Le Fort a dit qu'il n'avait pas eu d'érysipèle à l'hôpital Cochin, dans la salle des hommes. Peut-être a-t-il vu des angioleucites.

M. LE FORT. J'ai eu des angioleucites des vaisseaux, mais pas d'angioleucites en plaques, que M. Després appelle des érysipèles.

M. DESPRÉS. M. Le Fort a été favorisé, c'est une exception; mais il a eu des érysipèles dans sa salle de femmes. Je n'hésiste pas à croire que cela tient aux traumatismes qu'il a observés et aux opérations. S'il a eu peu de plaies et seulement des fractures dans sa salle d'hommes, tout s'explique; mais il faudrait, d'ailleurs, avoir la statistique des blessures observées à Cochin. Car, il faut bien le dire, s'il y a eu beaucoup d'érysipèles à la Charité en 1861, il est juste d'ajouter que Velpeau opérait plus qu'on n'opère dans nos services. Et pour ne prendre qu'un exemple : quel est celui de nous qui, à l'hôpital, enlève quatorze tumeurs du sein dans une année? Velpeau a eu 4 érysipèles sur 14 opérés. Le nombre des érysipèles est en rapport avec les opérations et les plaies dans tous nos services, je n'ai pas besoin de le répéter.

Mais je veux aller plus loin. La Ville de Paris nous envoie une statistique de la mortalité en ville et dans les hôpitaux : j'ai là des chiffres; ils montrent que toutes les semaines, en ville et dans les hôpitaux, il y a un nombre à peu près égal de décès par érysipèle. Ces décès sont en proportion du nombre des individus atteints; et l'on peut raisonner d'après le chiffre des décès. En 1870, les oscillations des érysipèles suivent la pneumonie et la bronchite, les variations sont peu accentuées, et je note encore, entre parenthèses, que pendant le siége, au moment où il y avait des blessés de guerre de Champigny et de Buzenval, il n'y a pas d'accroissement des érysipèles. Pendant le siége, l'érysipèle augmente comme la pneumonie; après, il diminue toujours comme les autres inflammations, et en 1872, la population ayant atteint son chiffre ancien, l'érysipèle augmente; mais ce sont toujours des oscillations, de semaine en semaine, peu variables, du chiffre 3 au chiffre 8. Toutes les semaines, il y a des érysipèles suivis de mort. Je concède que ces chiffres n'ont point une rigueur absolue, qu'ils ne représentent pas tous les faits; mais ce sont des chiffres, et cela est encore plus précis que les affirmations d'un médecin, quelle que soit son autorité dans la science. J'ouvre ici une parenthèse pour dire que la fièvre puerpérale, que l'on a cherché à mettre en relation avec les érysipèles, est aussi marquée dans la statistique municipale comme une maladie existant chaque semaine, en ville et dans les hôpitaux, en nombre peu variable; il y a toujours de la fièvre puerpérale à Paris. M. Verneuil a dit aussi qu'il avait vu à Lourcine des moments où l'érysipèle était épidémique dans ses salles. Moi aussi j'ai été à Lourcine six ans, et j'ai eu tous les ans un certain nombre d'érysipèles : 4, 5, 4, 3; une seule année, j'en ai eu 9, mais il y en a eu 3 à la fois, dont deux le même jour, situés vis-à-vis l'un de l'autre et très-loin d'un érysipèle développé peu de jours avant. C'étaient deux érysipèles du même courant d'air. Tous les érysipèles étaient à la face, sauf un, et je me hâte de dire, au point de vue de la contagion, que pendant aucune année les érysipèles n'ont été dans une seule salle. A quelques jours ou à des mois de distance, il y en avait alternativement ou simultanément dans mes deux salles.

La contagion de l'érysipèle ne se tient pas devant la doctrine. L'érysipèle, l'angioleucite, l'adénite, sont des inflammations de même nature, de même essence, M. Verneuil l'accorde, et il a fait à mon sens une trop grande concession à M. Marjolin en admettant que la lymphangite pouvait être contagieuse.

M. VERNEUIL. Il y a un malentendu; j'ai concédé à M. Marjolin que la lymphangite était épidémique.

M. DESPRÉS. M. Verneuil et moi, nous admettons que l'érysipèle, la lymphangite et l'adénite sont de même nature. Il ne faudrait pas se contredire soi-même; car si l'érysipèle est contagieux, il faut que la lymphangite et l'adénite le soient, et cela n'est ni possible ni réel.

M. Verneuil, qui a apprécié avec une grande justesse les érysipèles précoces par auto-inoculation, n'a qu'un pas à faire pour rejeter la contagion, car lorsqu'un érysipèle se développe le 6e, 7e, 8e ou 9e jour autour d'une plaie en suppuration, c'est encore un érysipèle par auto-inoculation. Qu'est-il besoin qu'un malade prenne un virus ou un miasme à son voisin de lit, quand il a tout ce qu'il faut dans sa propre plaie pour qu'un érysipèle se produise?

Nos collègues ont dit avoir lu et avoir vu les faits suivants, qu'ils appuient de leur autorité, ou de celle d'Érichson par exemple. Pas d'érysipèle dans une salle; un malade atteint d'érysipèle entre, toute la salle est prise successivement d'érysipèle; on est obligé de cesser les opérations.

En présence de telles affirmations, je ne puis m'empêcher de demander à nos collègues de citer les faits qu'ils ont vus, de nous donner des chiffres et des notes, à défaut d'observation, afin que je puisse discuter ces cas extraordinaires. Comment, je cite les faits de mon service, rien de cela n'a été observé par moi! J'opère pendant qu'il y a des érysipèles dans mes salles, je n'ai point eu plus d'érysipèles que dans d'autres circonstances, et quand j'en ai, je saisis la cause immédiate de l'érysipèle. Voyons donc vos faits.

Dernièrement (il n'y avait pas d'érysipèle à l'hôpital), j'opère un ectropion. Le 5e jour, le malade se lève, va dans les cours; il a un érysipèle, qui a guéri, d'ailleurs, un érysipèle causé par le froid. Le matin, le malade avait bien déjeuné; à 2 heures, il est pris d'un frisson, et l'érysipèle existait le lendemain. J'ai deux autres opérés dans la salle, aucun n'a pris l'érysipèle; et comme pour enraciner chez moi l'opposition à la contagion, une malade, à la salle des femmes, convalescente de l'ablation d'un cancroïde de la face, prend un érysipèle cinq jours après le premier malade, et en même temps une autre malade, opérée, a une menace d'érysipèle. Là encore, je saisis la cause de l'érysipèle, et, ici, je dirai à M. Le Fort quelle est la raison probable des érysipèles à la salle des femmes de Cochin. Les religieuses et les gens de service ont depuis des années l'habitude d'ouvrir les fenêtres à 5 heures du matin, en tout temps. Ma malade avait été réveillée par le froid le jour où son érysipèle a débuté. Sans vouloir aller trop loin, je ne puis m'empêcher de dire qu'un pareil régime de ventilation ne serait pas toujours innocent, même pour des gens sains.

Comment donc, messieurs, se fait-il que des épidémies de contagion ne se soient jamais offertes à mon observation? Est-ce qu'il faut une tournure d'esprit spéciale pour les voir? Est-ce qu'il y a aussi une aptitude pour recevoir l'impression de certains faits mal définis? En est-il de même que pour ces miracles modernes qui ne se manifestent point à ceux qui les pourraient ou les voudraient le mieux appprécier, et qui ont lieu à Lourdes, et point devant un archevêque?

A entendre ce qui a été dit ici du génie épidémique contagieux de l'érysipèle, de ces érysipèles qui arrivent sans qu'on sache pourquoi, on se demande ce qu'il faut penser de notre logique. Nous voyons des érysipèles naître brusquement, et leur origine inflammatoire est incontestable; ceci est dans notre observation journalière, et malgré cela l'on dit : il y a un génie épidémique et contagieux érysipélateux. Mais savez-vous quelle est la conclusion de cette théorie? la voilà. Si l'érysipèle est une maladie indéfinie et naît en vertu d'un génie épidémique qu'on ne connaît pas, il n'y a qu'un moyen de le conjurer. Rayez de la thérapeutique l'amélioration des salles d'hôpitaux, l'hygiène du blessé et les pansements habiles, et inscrivez dans la prophylaxie de l'érysipèle les reliques, les amulettes ou les fétiches. Pour moi et pour ceux qui ne croient ni à l'épidémicité ni à la contagion, votre génie épidémique, c'est un écart d'hygiène du blessé, un pansement mal fait, un défaut de précautions; et nous aurons encore la témérité d'opérer quand il y a des érysipèles dans les salles, parce que nous savons qu'en préparant bien le blessé à une opération, et qu'en ne négligeant aucun des soins capables d'empêcher l'inflammation des plaies, nos malades n'auront point d'érysipèles, ou que si l'érysipèle arrive, il ne compromettra pas la vie des malades.

M. MARJOLIN. J'ai dit que presque toute une salle était prise d'éry-

sipèle et qu'on pouvait suivre de proche en proche, de lit en lit, les érysipèles, comme M. Verneuil l'a dit de son côté.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

187. Guichard. Étude sur un cas de tétanos spontané traité par le bromure de potassium.

188. Bedel. Des perforations traumatiques de la voûte palatine et de leur traitement.

189. Lasserre. Étude sur l'isolement considéré comme moyen de traitement dans la folie.

190. Rochefort. Des fractures sous-trochantériennes et de leur traitement.

191. Coras. Hygiène et maladies d'un bataillon de la garde nationale mobilisée du Jura pendant la campagne d'hiver (1870-71), à l'armée des Vosges.

192. Costes. Des terminaisons du diabète sucré.

193. Delaporte. De la gastrotomie dans les étranglements internes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Précis de manuel opératoire; ligatures des artères, par le docteur L. H. Farabeuf, aide d'anatomie à la Faculté de médecine. 1 vol. in-18 de 122 pages avec 43 figures dans le texte. — Prix : 4 fr. — Paris, G. Masson.

Le cancer considéré comme souche tuberculeuse, par le docteur Édouard Burdel. 1 vol. in-8. — Prix : 3 fr. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire,

N° 82. — MARDI 16 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. MARDI 16 JUILLET 1872. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔTEL-DIEU DE LYON. Abaissement du nez au moyen de l'ostéotomie (procédé de M. Ollier) comme opération préliminaire pour l'ablation de polypes naso-pharyngiens (M. Ollier). — Oculistique : Mélanose et tumeur mélanique de la conjonctive (M. Fano). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

LA DISCIPLINE, L'AUTORITÉ, LA TRADITION

ET LES INDIVIDUALITÉS SCIENTIFIQUES EN MÉDECINE.

Bien qu'il paraisse l'oublier, puisqu'il oppose au présent son passé, ce n'est pas d'hier que j'eus à défendre contre M. Amédée Latour l'indépendance, la personnalité, l'individualité scientifique du médecin, professeur ou non.

Je me rappelle que la controverse sur ce sujet commença entre nous bien peu de temps après mon entrée dans le journalisme militant.

Cela date de l'année 1866. M. Latour déclarait alors la Faculté de médecine de Paris coupable « en ce que, disait-il, elle ne présente dans son enseignement ni doctrine ni méthode générale, *en ce qu'elle est livrée à l'anarchie des opinions individuelles*, » et je protestai de toutes mes forces dans des articles intitulés : *l'École de Paris.*

Je craignais de voir insinuer subrepticement dans les esprits ces tendances disciplinaires, unitaires, autoritaires, si dangereuses en fait de doctrines médicales ; et je me hâtai de rappeler quelles en furent les conséquences toutes les fois qu'une science officielle, intolérante et dominante, se trouva constituée d'une manière ou d'une autre.

« Nous ne demanderons pas, pour notre part, disais-je à M. Amédée Latour, « quelle méthode il ferait entrer à la Faculté si les clefs lui en étaient remises, » mais nous rappellerons au souvenir du savant rédacteur en chef que son vœu fut réalisé dans les époques de décadence.

« Il voudrait supprimer la lutte dans l'étude de la médecine : cette lutte n'existait plus après l'époque de Galien ; et la science s'est dès lors tellement amoindrie, qu'on en était bientôt réduit aux seuls manuels. . . . .

« Ce Galien, qui dominait avant l'invasion des barbares, reparut en maître dans les écoles pendant plusieurs siècles, après la Renaissance. Certes, ce fut un grand esprit. Anatomiste, vivisecteur, physiologiste, observateur et théoricien, de son temps il avait agi dans une lutte continuelle ; il avait fait d'importantes découvertes, réalisé d'incontestables progrès, et beaucoup alors servi la science par son extrême activité. Malheureusement sa gloire écrasa ses rivaux ; ses idées devinrent dominantes ; on n'écouta plus que ses élèves ; une science officielle se trouva constituée ; et tout fut perdu.

« Dans notre siècle, nous avons vu détruire en médecine bien des choses qu'on rétablira ; certaines notions de thérapeutique sont à rapprendre tout entières ; un novateur avait fait table rase de tout le passé bon ou mauvais ; eh bien ! quand la réaction est venue, quand on a cessé de croire aux idées de Broussais, sans avoir repris les anciennes ; quand tous ces professeurs formés par le concours, au milieu d'un travail fiévreux, ont voulu chacun chercher sa voie, quelle brillante époque pour notre école !

« On ne demandait point alors une unité qui eût empêché les élèves de se former comme ils le faisaient : qui eût remplacé des esprits libres, habitués à la réflexion par la nécessité de concilier et de choisir, comme à l'observation par celle de comparer, qui les eût, dis-je, remplacés par des écoliers de collège, devenant, à force de mémoire, des reflets plus ou moins effacés des maîtres qu'ils ont entendus..... »

Et comme, cette fois déjà, M. Latour désavouait la pensée qu'avaient exprimée ses paroles et échappait à leurs conséquences en les déclarant impossibles à notre époque, je dus lui répondre :

« Vous objectez qu'il n'y a plus à craindre de voir dominer une théorie, comme dans les vieux temps du galénisme ou de Broussais. Mais que veut dire alors votre reproche sur le manque de principes fixes et d'unité doctrinale de Paris ? Si la domination d'une doctrine s'imposant, comme il le faut pour qu'il y ait unité, si cet esprit d'exclusivisme n'est point à craindre pour notre siècle, il n'est donc point à désirer ; vos vœux ni vos regrets n'auraient rien de pratique ; et la logique de votre esprit ne permet pas de supposer que vous ayez écrit simplement pour écrire, ayant nourri, dès le début, sur le même point, deux opinions diamétralement contradictoires.....

« Malheureusement, vous le savez, l'esprit de coterie est toujours possible.... »

Oui, décidément, je comprends, en face de ces souvenirs, comment M. Latour s'étonne que j'aie attribué quelque importance à la déclaration formelle que mon avant-dernier article lui avait fait écrire : « Se réjouir, dit-il, d'avoir provoqué cet exposé de principes, c'est, ma foi, pis encore que d'avoir enfoncé une porte ouverte, c'est se vanter d'avoir découvert la Méditerranée. » En effet, c'est chose vulgaire, pour qui a vu M. Latour se dérober ainsi comme Protée, que de provoquer

un tel exposé de principes contradictoires avec les termes employés d'abord.

« Sur quelques mots, dit M. Latour, d'une improvisation rapide, et que d'ailleurs je ne désavoue pas, quoiqu'ils fussent la résultante plus du discours de M. Sédillot que de mon opinion individuelle, oublier le passé de quarante ans d'un vieux journaliste... » Je ne vais pas plus loin dans cette citation, car j'aurais trop à contester pour aujourd'hui.

Et d'ailleurs cette invocation de quarante ans passés dans notre profession à quelque chose qui m'émeut et désarme toute critique. Quarante ans de services ! c'est plus qu'il n'en faudrait dans presque toute autre carrière pour être sorti de la vie active et pour avoir le droit de jouir dans une retraite respectée de souvenirs, qu'on pourrait embellir autant qu'on le voudrait sans que nul songeât à en contester l'exactitude.

Voilà déjà vingt-deux ans que, pour ma part, je suis entré dans la carrière médicale, et quand ce temps sera doublé, je sais que je n'aurai pas encore le droit de me reposer, en réclamant le respect qui s'attache à ce qui n'est plus dans le présent et dans la lutte. Le praticien, le journaliste n'a pas de retraite à espérer.

Je me rappelle avoir vu mon vieux maître, Velpeau, se sentant mourir, venir encore dans son service assister aux opérations, qu'il ne pouvait plus pratiquer lui-même, mais qu'il faisait pratiquer, sous ses yeux, par un interne très-distingué, M. Liouville. Celui-là avait bien compris la vie du médecin telle qu'elle doit être. Lui aussi mourut en disant : « Travaillons, travaillons toujours. » En effet, jusqu'au dernier jour, il resta travailleur actif. Et ce n'était pas seulement le passé que vénéraient en lui ces médecins américains qui, s'inclinant devant cet homme illustre, lui prenaient les mains et les baisaient avec émotion, la dernière fois qu'il parut à l'hôpital.

Mais s'il n'est pas dans la coutume qu'un médecin s'enferme en son passé, il n'en est pas moins vrai qu'il éveille un sentiment de déférence quand il invoque un très-long état de services.

Aussi est-ce respectueusement que nous nous permettrons de remontrer à M. Amédée Latour qu'il ne devrait pas être aussi sévère envers les typographes de la *Gazette des hôpitaux*, à l'occasion d'une faute d'impression corrigée de suite par un *erratum*, alors que, précisément ce jour-là même, dans l'*Union médicale*, sans qu'un *erratum* s'en soit suivi, une des trois phrases dont son article se compose, a été imprimée de la façon suivante :

« Quant aux mots *autorité*, *discipline*, *tradition*, dont mon contradicteur semble ne pas bien comprendre la valeur, je chercherai un de ces matins, et si j'en sens le besoin, d'en montrer la signification selon l'histoire, selon la philosophie et selon le bon sens. »

Dire que les typographes de l'*Union médicale* traitent souvent ainsi les articles de M. Amédée Latour ! Et quand c'est d'eux que vient la faute, M. Latour ne se plaint pas !

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. Ollier.

Abaissement du nez au moyen de l'ostéotomie (procédé de M. Ollier) comme opération préliminaire pour l'ablation de polypes naso-pharyngiens (1).

Parmi les nombreuses observations d'*abaissement du nez* pratiqué par M. Ollier, nous en publions une intéressante à plus d'un titre :

Polype fibreux (fibrome) naso-pharyngien avec prolongement dans la fosse ptérygo-maxillaire. — Opération de la portion naso-pharyngienne par l'abaissement du nez. — Ablation après une incision intra-buccale du prolongement ptérygo-maxillaire. — Accidents cérébraux. — Guérison.

T... (Eugène), né à Varennes (Saône-et-Loire), âgé de 16 ans, est entré le 9 mars 1871 (salle Saint-Sacerdos, service de M. Ollier).

Ce jeune homme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladie sérieuse.

Depuis deux ans environ, il a des épistaxis par la narine droite. De plus en plus fréquentes et abondantes, elles durent en général plusieurs jours.

Au mois de janvier 1870, un an après le début des hémorrhagies nasales, il s'aperçut d'un léger gonflement de la joue droite, en même temps qu'il éprouvait de la difficulté à respirer par la narine du même côté. Cette gêne s'accrut, d'une manière lente et progressive, par suite de l'obstruction à peu près complète des deux fosses nasales, et à cette époque apparut une céphalalgie frontale persistante.

Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, on est frappé tout d'abord de la déformation du visage, due à une saillie notable de la joue droite et à une légère exophthalmie. La cloison est fortement déviée à gauche par une tumeur d'un rouge pâle, occupant la fosse nasale droite. La joue du côté correspondant est dure au toucher; la pression ne provoque aucune douleur. En dehors des molaires supérieures il existe un prolongement de la tumeur faisant saillie entre la gencive et la muqueuse buccale, et, en passant le doigt en arrière du voile du palais, on sent une masse résistante dont le point d'implantation est situé trop haut pour être facilement reconnu.

Le malade n'accuse aucun trouble de la vue, il se plaint seulement d'un peu de surdité à droite. Depuis quelque temps, en outre, sont survenues des douleurs légères, mais continues, dans la nuque et la région latérale droite du cou. En présence de ces accidents, M. Ollier se décide à intervenir en faisant l'application de son procédé opératoire.

13 mars. — Le malade, qui a eu dans la matinée deux syncopes, est anesthésié avec l'éther. M. Ollier fait alors une incision en forme de fer à cheval, commençant au niveau du bord postérieur de l'aile du nez à droite, remontant directement vers le point le plus élevé de la dépression naso-frontale, puis redescendant à gauche, par le même chemin, jusqu'au niveau du bord postérieur de l'aile du nez. Puis, avec une scie à lame étroite, à laquelle il donne une inclinaison convenable, il sectionne rapidement la charpente du nez. Lorsque la scie a dépassé les apophyses montantes, il renverse en bas la partie supérieure du nez devenue mobile.

Obtenant ainsi deux larges ouvertures séparées par la cloison, il peut explorer à son aise le polype avec l'œil et le doigt. Se servant alors de fortes pinces à dents, il attire au dehors de nombreux fragments d'une tumeur dure, formée par un tissu fibreux résistant.

Le résultat de l'opération fut l'extraction d'un polype du poids de 80 grammes environ, solidement implanté sur le sphénoïde, l'ethnoïde et le maxillaire supérieur. Un prolongement assez volumineux pénétrait, en outre, dans le sinus maxillaire; il fut enlevé, mais il reste encore un autre prolongement de la tumeur, que l'on sentait dans la fosse ptérygo-maxillaire.

Le nez fut ensuite placé dans sa position naturelle et rattaché à la face par six points de suture métallique entrecoupée, puis on recouvrit la plaie de bandelettes de taffetas gommé.

Pendant l'opération, le malade perdit une certaine quantité de sang; toutefois, l'hémorrhagie n'eut rien d'inquiétant. Le soir qui suivit, il fut un peu abattu.

14 mars, matin. — Pouls, 112. Céphalalgie frontale légère. État général satisfaisant. Pas d'hémorrhagie.

(1) Fin. — Voir le numéro du 11 juillet 1872.

Soir. — Pouls, 120. Gonflement léger de la face. Il existe un peu de contracture des doigts de la main droite, ainsi que de la paralysie, à un faible degré, des muscles du membre inférieur gauche.

15 mars. — Pouls, 112. La paralysie de la jambe gauche est à peine marquée ; la contracture a disparu, mais le gonflement de la face a augmenté ; il s'est étendu aux paupières, dont l'œdème considérable amène une occlusion permanente.

Le malade n'accuse aucun trouble de la vue, et, lorsqu'on entr'ouvre les paupières, il dit y voir aussi bien qu'auparavant. Glace sur le front.

Soir. — Douleurs erratiques dans les jambes.

16 mars, matin. — Pouls, 100. L'œdème de la face a notablement diminué ; le malade se plaint d'une céphalalgie frontale légère, ainsi que de douleurs qu'il localise vaguement dans les articulations des membres.

Aux extrémités inférieures de l'incision en V (ostéotomie verticale du nez) se sont formés de petits abcès. Celui du côté droit contient quelques gouttes de pus, que l'on évacue facilement par la pression.

17 mars. — Céphalalgie frontale. Les phénomènes de contractures et de douleurs dans les membres ont disparu.

18 mars. — Pouls, 108. Surdité légère à droite. Encore un peu de faiblesse dans la jambe gauche. Pas de céphalalgie.

20 mars. — Pouls, 98. — On constate un peu de rougeur et de tuméfaction de la cicatrice. Aux extrémités de la plaie, il s'écoule, en outre, quelques gouttes de pus. M. Ollier enlève les points de suture métallique.

21 mars. — État général bon. Quelques douleurs dans la moitié gauche de la face.

25 mars. — La plaie de l'ostéotomie est presque complétement cicatrisée, mais, en ébranlant l'extrémité du nez, on sent encore de la crépitation au niveau de la section des os propres.

5 mai. — Le malade éprouve de fortes douleurs dans la joue droite, dont le gonflement va croissant.

12 mai. — Opération complémentaire. M. Ollier fit, le malade étant anesthésié, une incision à la paroi interne de la joue, qui lui permit d'arriver facilement sur un fragment du polype se prolongeant dans la fosse ptérygo-maxillaire. Les adhérences étaient telles qu'on ne put l'extirper avec des pinces et qu'on fut obligé de le couper avec des ciseaux. La tumeur s'arrachait par fragments et on dut en laisser une partie.

Le soir de l'opération, la joue était gonflée, augmentée de volume, et le malade accusait des douleurs fort vives dans les genoux.

13 mai. — Les douleurs persistèrent toute la nuit et s'étendirent au bras gauche.

Cataplasme sur la joue. Gargarisme à l'eau de goudron.

14 mai. — Forte céphalalgie. Pendant la nuit, hémorrhagie nasale de courte durée. Commencement de paralysie du bras et de la jambe gauche.

17 mai. — État à peu près stationnaire.

25 mai. — Le mieux s'accentue de jour en jour : la sensibilité et la motilité ont complétement reparu, la tuméfaction de la joue a considérablement diminué.

1er juin. — Lorsque le malade quitte l'Hôtel-Dieu, la consolidation des os du nez est parfaite. Quant à la cicatrice cutanée, elle se présente sous la forme d'un sillon rouge bleuâtre, et, si ce n'était cette différence de coloration, il serait impossible de l'apercevoir.

L'air pénètre facilement par les fosses nasales et la respiration n'est nullement gênée.

Nous avons revu ce malade au mois d'avril 1872. La cicatrice, devenue blanchâtre, se confondait avec la peau par sa coloration.

MÉLANOSE ET TUMEUR MÉLANIQUE DE LA CONJONCTIVE.

Par M. Fano.

L'observation suivante démontre les rapports intimes qui existent entre la mélanose infiltrée et les tumeurs mélaniques. Elle prouve qu'une mélanose disséminée peut rester stationnaire pendant plusieurs années, et qu'au bout de ce temps il est possible qu'il se développe une tumeur mélanique de nature *maligne*.

Observation. — *Infiltration mélanique de la conjonctive oculo-palpébrale gauche. — État stationnaire pendant cinq ans ; à cette époque, production d'une tumeur.*

M. B..., âgé de 53 ans, cordonnier, s'est présenté pour la première fois à ma clinique en janvier 1867. A cette époque, j'ai constaté l'existence de plusieurs taches de couleur sépia, d'une grandeur variable entre celle d'une tête d'épingle et une grande lentille, sur la conjonctive palpébrale inférieure, au niveau du cul-de-sac oculo-palpébral inférieur et sur divers points de la conjonctive scléroticale de l'œil gauche. La tache la plus large est située près de l'angle interne de la conjonctive scléroticale. Toutes ces taches font corps avec la conjonctive ; car elles se déplacent avec cette membrane pendant les mouvements communiqués à cette dernière. Indépendamment de ces taches, toute la conjonctive scléroticale était imbibée de sang, lorsque je vis le patient pour la première fois, le 2 janvier. Sous l'influence de bains d'œil dans une solution de teinture d'arnica, additionnée d'hydrochlorate d'ammoniaque, cette ecchymose se résorba promptement. B... n'accuse aucune douleur. Il existe, de plus, une amblyopie congénitale, avec diminution dans l'acuité de la vision plus marquée à gauche qu'à droite. L'examen à l'ophthalmoscope démontre l'existence d'une scléro-choroïdite postérieure des deux côtés.

Dès que l'ecchymose de la conjonctive fut résorbée, B... renonça à tout traitement, et je le perdis de vue pendant cinq ans.

C'est le 4 avril dernier (1872) qu'il revint me consulter, parce qu'il s'était formé, depuis environ cinq mois, une tumeur vers la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, et que cette production morbide prenait de l'accroissement.

Je constatai que l'infiltration mélanique de la conjonctive oculo-palpébrale, sous forme de taches de couleur sépia, se présente avec les mêmes apparences qu'il y a cinq ans. De plus il y existe, à la partie supéro-interne de la conjonctive scléroticale, une tumeur constituée par deux portions : l'une comme pédiculée, du volume d'un haricot flageolet, de couleur vert sale, se continuant, vers le cul-de-sac oculo-palpébral supérieur, avec une autre tumeur du volume d'un gros pois, implantée dans l'épaisseur même de la conjonctive. La portion flottante de la tumeur cache un peu la partie interne de la cornée sans lui adhérer. La consistance de la masse morbide est celle du squirrhe. Pas de douleurs dans la tumeur ; sensation de gêne et de larmoiement. La vision de l'œil gauche est restée au même degré que par le passé. Pas d'adénite parotidienne ni sous-maxillaire. Santé générale bonne.

Je pratique l'ablation de la tumeur en deux temps : d'abord la portion qui fait saillie entre les paupières, puis celle qui adhère au cul-de-sac oculo-palpébral. La portion attenante du cul-de-sac conjonctival est emportée en même temps. Deux petites artères, divisées pendant la dernière manœuvre, sont liées ; mais le fil qui les étreint les coupe ; il se manifeste une petite hémorragie en nappe, qui s'arrête spontanément au bout de quelques instants.

L'opération n'est suivie d'aucune inflammation ; la plaie conjonctivale se recouvre bientôt d'un exsudat blanchâtre indiquant un commencement de cicatrisation, et le patient quitte ma clinique le 10 avril.

Examen de la tumeur par M. Perchant. — La production morbide paraît avoir pris naissance à la surface libre de la muqueuse con-

jonctivale ; elle est recouverte, dans toute son étendue, d'un épithélium pavimenteux.

Le tissu de la tumeur est formé d'amas de grosses cellules à noyau, polygonales, les unes presque régulières, hexagonales ; le plus grand nombre déformées, présentant des angles plus ou moins aigus. Les parois des cellules sont très-minces. Toutes ces cellules renferment une grande quantité de granulations pigmentaires en suspension dans une couche mince de liquide intra-cellulaire. Les granulations sont de couleur brun foncé, dans les cellules qui en contiennent un grand nombre ; de couleur brun plus clair, dans les cellules qui renferment un nombre relativement moindre de granulations. Le noyau des cellules est resté transparent et ne contient pas de granulations pigmentaires. Toutes ces cellules sont plus volumineuses que celles qui forment la couche pigmentaire de la choroïde.

Entre les amas de grosses cellules, on voit une mince trame de tissu cellulaire, quelques corps fibro-plastiques fusiformes, à un ou deux prolongements, quelques vaisseaux capillaires très-fins à mailles polygonales, et quelques cellules épithéliales appartenant à la couche d'épithélium pavimenteux qui tapisse la surface libre de la muqueuse conjonctivale.

Le sang du sujet ne présente rien d'anormal ; les globules ne sont pas modifiés et ne renferment pas de trace de pigment.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juillet 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

M. FORGET lit le discours suivant :

Messieurs, il est peut-être téméraire à moi d'espérer trouver encore l'oreille de la Société. Toutefois, décidé à ne traiter aucun point de détail et à me renfermer exclusivement dans ce qui a trait à l'étiologie de l'érysipèle et à la contagion, je réclame votre attention, dont je n'abuserai pas.

Dans la séance du 24 avril, M. Verneuil a appelé votre attention sur l'érysipèle qui suit de très-près le traumatisme, et apparaît le jour même d'une opération même légère. C'est l'érysipèle si précoce, dont il explique l'invasion par l'inoculation d'un élément septique, qui serait absorbé par les vaisseaux lymphatiques incisés dans le voisinage d'un foyer de suppuration, et mieux à son contact direct. C'est ce que notre collègue appelle une auto-inoculation, par opposition à l'étéro-inoculation qui produirait l'érysipèle dans le cas où l'élément toxique émanerait d'une source étrangère. Dans tous les cas, la cause est la même, la provenance seule en fait la différence. Dans cette doctrine, la pénétration constante de cet élément dans les vaisseaux lymphatiques et son mélange avec la lymphe aurait pour effet d'altérer la composition de celle-ci et de lui communiquer une propriété infectieuse, dont l'effet se manifeste au contact des parois des vaisseaux absorbants par leur inflammation lymphangite, transformée bientôt en un érysipèle. « C'est, dit M. Verneuil, comme si le chirurgien prenait sur la lancette du pus d'un malade pour le lui inoculer. »

En reproduisant textuellement l'énoncé des opinions formulées par notre collègue sur l'étiologie de l'érysipèle, j'ai voulu prévenir tout malentendu possible pour les observations que je me propose de faire à sa doctrine.

Cette étiologie acceptée, M. Trélat, sans réserve, je crois, nous ramène de très-près à l'inoculation de la syphilis, de la vaccine et de la variole ; mais pour se soutenir et se justifier, cette assimilation étiologique exigerait que l'inoculation de l'agent toxique auquel on attribue le développement de l'érysipèle, fût pratiquée à distance de la surface traumatique, et qu'elle produisît sur ce point éloigné de la source infectieuse des effets analogues à ceux qui s'observent au contact de celle-ci. Or, jamais, que je sache, le contage dont on admet si facilement l'existence dans une plaie qui suppure n'a été soumis à ce criterium, le seul qui puisse en démontrer la réalité.

Je n'ignore pas que quelques essais ont été tentés dans cette direction en Angleterre, puis ils l'ont été sans succès notamment par Weatherhead, dont les expériences, qui ont suivi celles de William, Hunter, ont constamment échoué.

Il faut qu'on sache d'ailleurs que cette théorie de l'inoculation septique, comme étant la cause des érysipèles, ne date pas d'aujourd'hui et qu'elle a eu ses partisans dans le siècle dernier. Hunter en fut un des adversaires, on peut s'en convaincre par le passage suivant (*Principes fondamentaux de l'inflammation* (t. III, p. 358) : « On suppose, dit-il, que les raies rougeâtres sont dues aux vaisseaux absorbants enflammés par la présence d'un liquide stimulant dans leur cavité. Je suis porté à considérer ces raies comme produites par des vaisseaux absorbants, mais je ne puis convenir que cet effet provienne de l'absorption. S'il provenait d'une telle cause, il serait uniforme ; la cause devrait toujours exister quand l'effet se manifeste. Il est à remarquer d'abord qu'il n'a lieu que dans certaines constitutions, ce qui ne peut être nullement expliqué par l'absorption, de quelque manière qu'on l'envisage, et l'observation m'ayant appris qu'il peut naître alors qu'aucune suppuration n'a été produite ; je l'ai vu naître d'une lésion traumatique avant que l'inflammation eût pu se développer, dans le moment de la douleur, qui était le résultat immédiat de la lésion.

« .... Ce qui prouve encore fortement que ces raies ne sont point l'effet de l'absorption, c'est que souvent elles ne se dirigent point vers la source de la circulation, et qu'elles peuvent prendre naissance à une certaine partie du point enflammé. En outre, les poisons morbides ne produisent point leur effet dans les cas où nous savons que l'absorption a eu lieu ; ainsi le poison vénérien ne se produit que rarement, peut-être même jamais. »

Cette assertion n'est pas contestable, si j'en juge par mon expérience personnelle. Ainsi, dans les nombreuses inoculations du pus du chancre qui ont été pratiquées pendant mon internat à l'hôpital du Midi et qui furent suivies d'un résultat positif, je n'ai vu en aucun cas la lymphangite avoir lieu. Je ne l'ai pas plus observée dans l'inoculation au moyen de morsures de sangsues contaminées par le pus provenant de bubons utérins et syphilitiques.

Dans le même chapitre, Hunter, visant plus spécialement le point de départ anatomique de l'érysipèle, c'est-à-dire ce qui est l'objet particulier de la discussion, s'exprime ainsi : « Les symptômes et les phénomènes de l'inflammation des absorbants et de celle des virus présentent de l'analogie sous beaucoup de rapports et se manifestent très-souvent ensemble.... Les conditions particulières qui disposent à ces inflammations sont très-imparfaitement connues, mais en général elles indiquent un affaiblissement et une grande irritabilité de la constitution.

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques (absorbants) est plus fréquente que celle des veines, et est très-souvent le premier symptôme d'une attaque d'érysipèle... qui, dans la doctrine de Hunter, serait constitué par l'extension plus ou moins considérable de l'inflammation simple aux divers éléments anatomiques de la peau.

Ainsi, on le voit, cet observateur sagace précise, non moins rigoureusement que peut le faire l'école anatomique de nos jours, le siége de l'érysipèle : l'analogie des symptômes propres à la phlegmasie des vaisseaux lymphatiques et à celle des veines, la prédominance de l'une sur l'autre, l'indépendance de chacune d'elles, leur coexistence, tous ces points fondamentaux de la pathogénie de l'érysipèle ont été signalés par lui avec une clairvoyance parfaite.

Au jugement qu'il a porté sur la doctrine de l'auto-infection, je me permettrai d'ajouter quelques remarques qui m'ont été suggérées par la discussion actuelle.

Aux partisans de cette doctrine, je demande comment ils expliquent la présence de l'élément toxique dans la plaie où il serait puisé par les vaisseaux lymphatiques sans que celle-ci en soit toujours très-notablement modifiée. On comprend difficilement qu'un

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

agent morbide doué d'une nocivité telle qu'il puisse enflammer par son contact les parois vasculaires des absorbants et déterminer les désordres les plus graves au sein de l'organisme, soit souvent inoffensif à l'égard de la surface traumatique, dont l'aspect extérieur et le mode de sécrétion ne semblent pas, dans beaucoup de cas, avoir sensiblement varié. Cette immunité de la plaie contre l'action nocive de l'élément *infectieux* en contact avec elle, qu'elle en soit transitoirement le dépositaire dans les cas où l'on admet sa provenance extérieure ou qu'elle le crée de toute pièce par une sorte d'élaboration autonomique, cette immuuité, dis-je, n'en est pas moins fort surprenante, et constitue un argument sérieux contre la doctrine de l'absorption d'une substance toxique.

Une autre remarque, qui ne me paraît pas sans valeur, est relative à l'époque où apparaît l'érysipèle dans le cours d'un traumatisme, et à l'état dans lequel se trouve la plaie au moment où cette apparition a lieu. Celle-ci, au début, coïncidait avec certaines complications de la plaie de nature à expliquer l'infection putride, telles que la présence de détritus organiques sphacélés, la persistance d'une suppuration abondante et fétide, l'existence du ramollissement sanieux et pultacé constituant d'ordinaire la pourriture d'hôpital; si, dis-je, l'érysipèle débutait constamment au milieu de ces conditions de putridité éminemment nocive, son oigine par absorption peut être plus défendable, mais la clinique nous apprend que les choses sont loin de se passer toujours ainsi. C'est bien souvent d'un traumatisme dont toutes les phases se succèdent régulièrement, lorsque la suppuration est normale et que le travail de cicatrisation s'accomplit bien; quelquefois même, c'est lorsque celle-ci est à peu près, sinon complétement achevée, et que, comme dans le cas cité par M. Trélat, le malade, guéri pour ainsi dire, va recevoir son exeat, c'est alors que l'on voit éclater l'érysipèle, qui peut prendre une extension et une gravité redoutables. Bien plus, c'est, comme Hunter déjà l'avait remarqué, autour de solutions de continuité récentes et dont la suppuration n'est pas encore établie qu'il se montre, et, chose singulière, il est plus grave alors, au dire de M. Gosselin (*Dict. de Méd.*, t. XIV, p. 27), que celui qui survient autour de suppurations établies depuis longtemps. Or, j'avoue qu'il m'est difficile, dans des circonstances semblables, d'admettre l'existence, dans la plaie d'un élément infectieux que rien ne révèle, que tout repousse, au contraire, et de ne pas rattacher le développement de la phlegmasie cutanée à une disposition individuelle qu'il ne nous est pas toujours donné de pouvoir saisir. La maladie, comme la santé, a ses raisons mystérieuses que nous constatons par les phénomènes extérieurs sans pouvoir en déterminer ni la nature ni le principe.

Peut-on d'ailleurs accepter cette doctrine dans les cas non contestés où la fièvre, l'élévation de température ont précédé l'apparition de l'érysipèle; dans ces cas si bien décrits par Pierre Franck, et dans lesquels, comme il le dit, l'érysipèle simple marche le plus souvent avec l'appareil non équivoque d'une fièvre gastrique? L'érysipèle, dit Frank, peut précéder la fièvre, débuter en même temps, survenir deux, trois et même quatre jours après; sur 20 personnes atteintes de cette affection, 2 furent attaquées de l'érysipèle avant la fièvre, 6 peu de temps après l'invasion de la chaleur, 12 le deuxième ou le troisième jour de la fièvre. Une chose digne de remarque, ajoute l'auteur, c'est que parmi ces 20 malades, on comptait 16 femmes (*Traité de médecine pratique*, tome I, p. 242). L'observation de Frank, beaucoup d'autres pathologistes et praticiens éminents l'ont faite, et s'il est permis de parler de soi, à côté des maîtres de l'art, j'en ai moi-même constaté la justesse en plusieurs circonstances.

Avec eux, j'objecterai encore, comme infirmant la théorie du traumatisme nécessaire, l'absorption putride et la négation de l'érysipèle spontané qui en est la conséquence obligée; cette fureur d'érysipèle, appelé habituel par les uns et périodique par les autres, qui apparaît au printemps et à l'automne chez les jeunes sujets, et notamment chez des femmes à l'occasion de la suppression des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdaire. Je pourrais citer, entre autres exemples, celui d'une jeune fille qui, pendant quatre ans qu'a duré chez elle l'établissement définitif de ménopause, a présenté trois ou quatre fois par an un érysipèle simple (ne pas confondre avec un érythème), dont le siége a varié entre le thorax, le cou, et plus fréquemment la face, avec une durée de douze à vingt jours.

Un de nos plus distingués confrères, qui m'entretenait de la discussion pendante à la Société de chirurgie, me disait que, jusqu'à l'âge de 20 ans, il avait eu presque tous les ans un érysipèle de la face au printemps, et qu'un professeur de Toulouse lui disait, à ce sujet, qu'il avait une peau à érysipèle; remarque qui ne manque pas d'une certaine justesse, si on considère la fréquence relative plus grande de l'érysipèle chez les femmes, en général plus ou moins lymphatiques et dont la texture du derme se prête mieux à son développement.

Il est encore dans la marche et l'évolution de certains érysipèles dits ambulants une particularité que je ne m'explique pas bien avec l'étiologie que je discute, sans la condamner absolument, tout disposé que je suis à l'admettre si l'évidence m'en était démontrée, c'est le retour successif de l'érysipèle, par poussées, comme on le dit communément, sur plusieurs points, dont le dernier pris, à voir la distance qui l'en sépare, ne peut avoir aucune communication par continuité vasculaire, apparente du moins, avec celui qui l'a été précédemment. Quel rôle en cas semblable continue à jouer le principe toxique, dont la pénétration dans la lymphatique aurait été la cause originelle de la maladie? Est-ce toujours lui qui, inépuisable dans son énergie comme dans son action persistante, continue à être charrié dans le système lymphatique, infectant les points qu'il touche et y réveillant l'inflammation spécifique primordiale, c'est-à-dire celle de son début?

Mais dans cette hypothèse, où sera la limite de son pouvoir infectant? Comment s'en rendre compte dans le cas où les poussées érysipélateuses se multiplient avec une intensité croissante? Au contraire, de ce que l'observation générale nous apprend du mode d'action des divers agents morbides, dont l'action s'affaiblit et s'use en raison de la multiplicité même des effets qu'ils ont produits, celui dont vous admettez l'intervention pour l'érysipèle, loin d'être neutralisé et annihilé, comme porterait à le croire la cessation des désordres fonctionnels et des altérations anatomiques qu'il a primitivement produits, révivifierait en réalité; autrement on ne comprend pas qu'impropre à entretenir l'inflammation dans son siége primitif, et à s'opposer à la guérison, il puisse la faire naître avec une nouvelle activité en un autre endroit plus ou moins éloigné.

Je ne demanderais pas mieux, pour ma part, que de croire à ce mécanisme morbide qui a été soutenu dans le cours de la discussion, mais je voudrais qu'on m'en donnât la démonstration anatomique. C'est une nécessité, suivant moi, pour le positivisme exclusif qui prétend à régner sans contrôle dans le champ de la biologie, et à subordonner les actes physiologiques et morbides de l'organisme les phénomènes à l'empire absolu des lois générales de la physique et de la chimie, c'est, dis-je, pour lui de faire la preuve matérielle et palpable de ses affirmations, sans quoi on est fondé à ne les accepter que sous bénéfice d'inventaire.

Pour moi qui, malgré l'assertion au moins hasardée de M. Verneuil, à savoir que 999 fois sur 1000 l'érysipèle a été précédé d'une lésion traumatique, et qui, supposant même pour un instant que cette assertion soit fondée, admets la spontanéité de l'érysipèle, je trouve dans cette forme de phlegmasie diffuse et pour ainsi dire à répétition une certaine analogie avec cette autre variété d'inflammation aréolaire du derme, variété furonculaire qui, sous l'influence d'un état de l'organisme, le plus souvent échappe à l'analyse, reproduit toute une série de processus morbides de même nature, de siége semblable, sur un plus ou moins grand nombre de points du tégument externe, et cela sans qu'aucun rapport anatomique de l'un à l'autre puisse rendre raison de cette évolution pathologique et en dehors de toute absorption toxique de nature à l'expliquer.

Je viens de rappeler une assertion de M. Verneuil, qui implique la préexistence constante d'une lésion traumatique à l'apparition de

l'érysipèle. C'est que celle-ci, en effet, est une des conséquences obligées de la doctrine de l'absorption virulente; sans effraction du derme, qui ouvre une porte à l'inoculation, point d'érysipèle.

Dans un seul cas, admettre qu'il en soit autrement, c'est mettre en péril la doctrine, c'est la ruiner. Aussi, trouver cette porte ouverte, est la préoccupation la plus vive des partisans de l'inoculation; pour M. Trélat, vous l'avez entendu, elle ne peut pas ne point exister; si on ne l'a pas trouvée, c'est qu'on l'a mal cherchée; ce qui revient presque à dire que, si elle n'existe pas, il faudrait encore y croire et l'inventer. N'est-ce pas d'ailleurs un peu ce que fait M. Després lorsque, dans son ardeur à combattre l'érysipèle spontané, il va jusqu'à admettre que l'impression produite par un courant d'air froid qui frappe le visage constitue un véritable traumatisme. N'est-ce pas là invoquer, pour les besoins de la cause, un mode d'argumentation au moins exclusif, et que les partisans de la spontanéité pourraient à leur avantage retourner contre leurs adversaires? car, à ce point de vue, toutes les phlegmasies *a frigore* seraient d'origine traumatique.

D'ailleurs, je le répète, la coexistence d'un traumatisme et de l'érysipèle n'implique pas pour moi la nécessité d'un miasme infectieux, et qui serait absorbé par les lymphatiques de la plaie.

Le rapport direct des éléments nerveux et vasculaires du derme avec l'air ambiant, le contact établi entre eux et les corps extérieurs qui exercent sur les surfaces dénudées une action plus ou moins nocive, cela, avec une prédisposition générale de l'organisme, me suffit pour comprendre et admettre, avec Hunter, Callisen et tant d'autres éminents praticiens, dont M. Després a fait revivre les opinions dans l'historique remarquable qu'il a mis en tête de son *Traité de l'érysipèle*, que l'inflammation, par voie d'irritation simple, des vaisseaux lymphatiques, des capillaires artériels et veineux, et du tissu connectif péri-vasculaire, puisse constituer l'érysipèle à tous les degrés d'intensité et sous les aspects divers qu'il présente. Le mode de pansement a été invoqué comme étant de nature, s'il est mauvais, à provoquer l'érysipèle; eh bien, je demande comment il agit dans ce cas, si ce n'est en irritant directement la surface traumatique. Pour ma part, je ne vois pas bien le rapport qui peut exister entre un pansement mal fait et l'étiologie infectieuse par miasme absorbable; que le pansement soit plus ou moins bien fait, fautif ou irréprochable, le miasme en question, dans l'un et dans l'autre cas, n'en existera pas moins, et ce n'est pas le pansement, quel qu'il soit, qui s'opposera à sa pénétration dans les vaisseaux béants sur les confins de la plaie.

Est-ce à dire, pour cela, que je traite légèrement ce qui a trait au pansement des plaies? pas du tout. Partant de cette considération que l'érysipèle ne s'observe guère dans les traumatismes sous-cutanés, le chirurgien, à mon sens, doit rechercher les meilleures conditions de pansement pour soustraire les plaies découvertes au contact fréquemment répété de l'air, et les ramener le plus possible à l'état des premières. C'est ce qu'on a fait dans ces derniers temps; les divers procédés d'occlusion, en rendant les pansements plus rares et en abritant les plaies contre l'action des agents extérieurs, ont eu la prétention, qui, d'après certaines publications récentes, paraîtrait justifiée, d'avoir rendu l'érysipèle beaucoup moins fréquent.

Dans la question de genèse morbide qui nous occupe, on ne s'est peut-être pas assez enquis des conditions nouvelles que le traumatisme créait aux vaisseaux sanguins et lymphatiques en rapport direct avec lui. Physiologiquement et anatomiquement considérés, ces vaisseaux et les tissus connectifs qui les relient entre eux sont-ils à l'état normal? Non, évidemment; ils participent des conditions spéciales que le traumatisme a fait naître dans les tissus divisés, et que caractérise l'augmentation de la chaleur et de la sensibilité inhérentes au travail de réparation, dont l'accomplissement exige un certain degré d'inflammation ou un excès de mouvement nutritif : celui-ci ne se borne donc pas exclusivement à la plaie; il comprend, dans un rayon de sphère plus ou moins étendu, le système nerveux et vasculaire limitrophe.

Or est-il irrationnel d'admettre qu'une irritation mécanique quelconque, s'exerçant sur des tissus dont la vitalité ainsi accrue a pour conséquence une modification de texture anatomique, puisse y faire naître une inflammation dont le caractère, l'intensité et la nature seront en rapport avec les aptitudes physiologiques du sujet?

M. Verneuil fait jouer un rôle important aux diathèses individuelles sur les suites des opérations et l'issue fatale qu'elles ont trop souvent. Pourquoi ne pas admettre qu'elles exercent une égale influence sur le caractère originel, l'évolution et la terminaison de la phlegmasie cutanée de l'érysipèle à tous les degrés? Superficielle et fugace, elle peut n'exister, pour ainsi dire, qu'à fleur de peau; c'est la lymphite qui, sous une couche de *collodion*, disparaît promptement. Que les divers éléments du derme soient successivement envahis par l'inflammation, que celle-ci soit adéquate à une fièvre intense et à une élévation considérable de la température, comme cela s'observe dans certains organismes tristement privilégiés, et en vertu de ces mêmes conditions diathésiques générales auxquelles je crois en référer en cas pareil, et l'on observera des abcès circonscrits, des suppurations plus profondes, diffuses comme dans l'érysipèle phlegmoneux, et enfin la gangrène, qui, plus rarement, en est un des graves accidents.

En interprétant ainsi les résultats et les complications diverses de l'érysipèle par les influences idiosyncrasiques, je me soustrais à l'obligation où sont les partisans de son étiologie par absorption, d'admettre plusieurs poisons variés, d'énergie inégale, pour expliquer la diversité des processus morbides; car, avec son agent unique de transmission et par conséquent toujours identique à lui-même, et dont l'action délétère doit produire sur les tissus organiques des effets identiques, comment se rendre compte de la diversité des phénomènes morbides et des lésions anatomiques?

En résumé, et c'est par là que je termine, je ne vois pas sur quoi on se fonde, dans tout le cours de la discussion, pour dénier à l'organisme au sein duquel s'élaborent et se font tous les liquides et les solides vivant sous l'empire d'une anatomie qui ne relève que du dynamisme vital, la faculté de contracter et de receler en soi, par le fait de la perversion et du désordre de ce dynamisme, des aptitudes morbides spéciales se rattachant à des altérations de composition des liquides organisés et vivants.

Est-ce que la respiration et la digestion, ces deux grands actes fonctionnels qui se relient anatomiquement aux vastes surfaces d'absorption, étendues, les unes au tube digestif et à ses diverticules, les autres aux nombreux méandres des voies respiratoires, et de celles-ci, par l'hématose, à toute les divisions du système sanguin, qui pénètrent dans les profondeurs les plus intimes de nos tissus, est-ce que, dis-je, par ces deux grands actes fonctionnels, l'économie, en communication incessante avec les agents extérieurs de la classe si nombreuse des *ingesta* et des *circumfusa*, n'est pas constamment accessible et perméable à des influences extérieures nuisibles, de nature à pervertir les produits normaux de la nutrition et à prédisposer le sujet à des phlegmasies cutanées, notamment à l'érysipèle, dont le traumatisme, au lieu d'être la raison essentielle et génératrice, ne serait que la cause occasionnelle et secondaire?

Un dernier mot qui a trait à la contagion. Pour ceux qui professent que l'érysipèle est produit par une substance infectieuse, un agent contaminant, il n'est pas douteux qu'il puisse engendrer une entité morbide semblable à lui-même, et se communiquer par l'expansion indéterminée au dehors de la substance à laquelle il a dû son origine; n'y pas croire, dans cette doctrine étiologique, serait commettre un illogisme.

Pour moi, qui m'en suis complétement séparé, je ne crois pas à la contagion.

A lire superficiellement un certain nombre d'observations publiées à ce point de vue, on pourrait se laisser aller à l'idée de contagion; mais en y regardant de plus près, on ne voit dans ces faits que des coïncidences.

Quelques-unes s'expliquent par le concours de certaines conditions atmosphériques et d'influences locales, qui ont constitué un

milieu propre à favoriser le développement de la même phlegmasie cutanée chez plusieurs malades agglomérés et atteints de traumatisme; mais cela n'a jamais constitué la contagion.

Dans son discours prononcé à la dernière séance, M. Giraldès a dit que l'érysipèle en lui-même n'était pas contagieux. Eh bien, je ne sache pas qu'il existe, en nosologie, une seule unité morbide qui, dans quelque circonstance que vous la placiez, ne puisse se communiquer par voie de contagion, si isolément elle n'a pas pour caractère originel d'être contagieuse par elle-même.

La rougeole, la scarlatine, la variole, la diphthérite, la morve, la pustule maligne et la syphilis, toutes ces maladies sont fatalement et essentiellement contagieuses; elles ne le deviennent pas au gré de circonstances fortuites.

Eh bien, je le demande en terminant, qui pourrait prétendre qu'il en soit de même de l'érysipèle?

M. GIRALDÈS. J'ai dit que l'érysipèle était une maladie polymorphe, et que dans certaines conditions il pouvait être contagieux.

M. VERNEUIL. M. Forget me prête une opinion qui n'est point la mienne. Je n'ai point dit que l'érysipèle était dû à l'introduction d'un miasme spécial; je ne crois pas au miasme. J'ai opposé les érysipèles par auto-inoculation aux érysipèles par absorption de matières putrides. Maintenant, M. Forget a fait intervenir dans la discussion l'opinion de Hunter, opinion obscure qui à cette époque même ne faisait point autorité. Il y avait d'autres auteurs avant et après lui qui connaissaient mieux la question.

J'ai dit qu'il fallait une porte d'entrée à l'érysipèle; le courant des idées modernes est porté à admettre cette origine de l'érysipèle : nous avons donc le droit d'être difficiles, et c'est aux partisans de la spontanéité de l'érysipèle de fournir aujourd'hui des faits en faveur de leur opinion, car nous, nous avons prouvé la nôtre.

M. Forget dit que l'érysipèle naîtrait avant la suppuration; mais il faut cependant que l'on sache que nous n'en sommes plus à croire que le pus se forme seulement le 4e jour; déjà, dès la 12e heure, il y a du pus dans les plaies, et si un érysipèle se développe dans une plaie le 1er ou le 2e jour, nous disons qu'il y a un érysipèle occasionné par le pus.

M. SÉE. M. Forget a dit que l'érysipèle apparaissait sans que l'on vît de modification dans l'état de la plaie; c'est le contraire qui est la vérité. L'état local de la plaie est souvent le premier indice de l'apparition de l'érysipèle.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Voix* publie les informations suivantes sur l'état sanitaire de Saint-Pétersbourg :

La variole continue à sévir avec la même intensité que la première semaine de son apparition. Le nombre des cas nouveaux, la semaine dernière, a été de 109, celui des guérisons de 50, et celui des décès de 23. Le 21 juin, à midi, il restait 199 malades en traitement. Depuis l'explosion de l'épidémie, il y a eu en tout 515 cas, avec 242 guérisons et 102 décès.

Les cas de choléra continuent, mais leur chiffre est jusqu'à présent très-restreint. Du 15 au 21 juin, il n'y a eu dans les hôpitaux que 26 cholériques, dont 10 sont morts.

— *Université de Strasbourg*. — Le nombre des étudiants inscrits à l'Université de Strasbourg est de 207. La plupart appartiennent aux provinces rhénanes et à l'Allemagne du Nord, 60 sont de l'Alsace-Lorraine, 7 de la Russie, et 12 de la Suisse, de l'Angleterre et de l'Amérique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8°, avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo lithographie indiquant les altérations de l'œil examiné à l'opthalmoscope. — Paris, Delahaye. — Prix : 17 francs.

Traité élémentaire de pathologie interne, par MM. FOLLIN et SIMON DUPLAY. Tome IV, fascicule 1er. Ce fascicule, qui renferme environ 200 pages avec 34 figures toutes originales, comprend les maladies de l'appareil auditif, et commence les maladies de l'appareil de la vision. 1 vol in-8. — Prix : 4 fr. — Paris, G. Masson.

Étude sur les eaux de la Bourboule, revue clinique (2e mémoire). — **De quelques affections des voies respiratoires à forme herpétique** (asthme, bronchite, angine), par le docteur CHATEAU. In-8. — Prix : 1 fr. 50 c. — Paris, G. Masson.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔTEL-DIEU. Réflexions sur un cas de pyléphlébite (M. Dujardin-Beaumetz). — Du liquide renfermé dans l'articulation du genou pendant le cours du rhumatisme blennorrhagique (M. Laboulbène). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La fin du discours de M. Roger et plusieurs communications intéressantes ont rempli la séance.

M. Laboulbène a fait connaître le résultat de ses recherches sur les liquides articulaires dans le rhumatisme blennorrhagique.

On se rappelle qu'il y a quelques années, cette espèce de rhumatisme a été l'objet d'une très-longue discussion à la Société médicale des hôpitaux.

Tandis que quelques-uns, avec M. Lorrain, voulaient rattacher l'inflammation articulaire qui se produit en pareil cas à ce que ce dernier a nommé *l'état génital*, d'autres y voyaient une sorte de métastase véritable, un balancement entre la muqueuse et la séreuse ; et d'autres enfin, parlant de *virus blennorrhagique*, avaient tendance à voir dans la blennorrhagie une maladie générale, vénérienne, infectieuse, en cela comparable à la syphilis, bien qu'en restant absolument distincte par la nature et par la forme de ses diverses manifestations.

Pour ces derniers, le liquide secrété dans l'articulation frappée par la blennorrhagie devait posséder quelque chose de spécifique, peut-être même de contagieux.

Il n'était pas inadmissible que, porté sur la conjonctive, il fût capable de provoquer une ophthalmie blennorrhagique, tout aussi bien que la sécrétion uréthrale.

M. Laboulbène a voulu s'en assurer, et par ses expériences il a prouvé le contraire, comme nos lecteurs en jugeront par son mémoire, que nous publierons *in extenso*.

On ne pourra plus prétendre que l'empyème ne réussit jamais à amener la guérison des pleurésies purulentes dans les hôpitaux de Paris. Après M. Reynaud, M. Moutard-Martin a présenté guéris des sujets qu'il avait traités de cette manière. Il est incontestable que, chez tous, le poumon a repris sa place et que le murmure vésiculaire s'entend jusqu'en bas. Ce sont donc bien là des guérisons, malgré la persistance d'une petite fistulette et d'un très-léger suintement chez le malade de M. Reynaud et chez un de ceux de M. Moutard-Martin.

Des faits semblables se sont aussi produits dans l'enfance ; M. Royer le reconnaît, bien que, contrairement à l'opinion émise par M. Gosselin, il ne croie pas à la plus grande curabilité de la pleurésie purulente chez les enfants. Il semble même pencher vers l'opinion contraire ; et c'est un des points les plus importants de son discours.

Par exemple, à propos de l'éventualité d'une guérison spontanée dans la pleurésie purulente, il déclare que « très-rarement observée chez les adultes, la résorption complète du liquide épanché n'a pas encore été constatée chez les enfants, » et après avoir raconté comment parfois, à l'autopsie, chez des enfants morts à l'hôpital de quelque affection intercurrante, plusieurs mois après la production d'un empyème aigu, il a trouvé une poche purulente interposée entre la paroi thoracique et le poumon ratatiné, il conclut ainsi : « Cette lésion persistante prouve que si l'empyème est susceptible de réduction, il ne l'est point de résorption complète. »

Cette conclusion me semble trop formelle, car j'ai longuement observé un fait qui ne m'a laissé aucun doute sur la résorption lente et tardivement complète d'un épanchement purulent énorme survenu dans une récidive de pleuropneumonie, chez une enfant de trois ans. Ce fait demande quelques détails. J'en parlerai prochainement.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU. — M. Dujardin-Beaumetz.

Réflexions sur un cas de pyléphlébite.

Les faits d'inflammation suppurative de la veine-porte sont encore assez rares pour qu'il y ait un certain intérêt à recueillir les observations de ce genre ; c'est ce qui nous a conduit à publier ces quelques réflexions.

Voici tout d'abord la relation du fait rédigé par notre interne, M. Campenon :

Observation. — *Inflammation suppurative de la veine-porte hépatique. Mort. — Autopsie.*

Le 13 mai 1872 entrait à la salle Sainte-Anne, n° 5, dans le service de M. Vigla, suppléé en ce moment par M. Dujardin-Beaumetz, la nommée Amélie P..., âgée de 32 ans.

Ce n'est pas la première fois que cette malade entre à cet hôpital. Au mois de septembre de l'année dernière, elle était dans le service de M. Hérard, et, au mois de décembre, elle était déjà dans la salle qu'elle occupe aujourd'hui. Ce séjour à l'hôpital était amené par une affection douloureuse de l'abdomen et caractérisée plus spécialement par des douleurs très-vives dans la fosse iliaque du côté droit, et l'examen qui fut fait à cette époque par M. Beaumetz,

qui remplaçait alors M. Hérard, lui avait permis de constater tous les symptômes d'un engorgement du ligament large de ce côté.

Après être sortie de l'Hôtel-Dieu, cette malade se présenta au mois de février à la Pitié, à la consultation de M. Vulpian, non pas cette fois pour ces douleurs du bas-ventre, mais bien pour des phénomènes douloureux qui se produisaient vers l'hypochondre du côté droit, accompagnés de symptômes obscurs et mal déterminés. Si à ces renseignements nous ajoutons que cette femme a toujours été bien portante, même pendant un séjour de plusieurs années en Afrique (1867-69); qu'elle a eu deux enfants, et que ses grossesses comme ses accouchements n'ont rien présenté d'anormal, nous aurons tous les antécédents morbides que nous pouvons recueillir sur son état.

Le 29 avril commence la série des accidents qui devaient se terminer par la mort.

Brusquement, en revenant du lavoir, elle fut prise d'un frisson très-violent, généralisé, qui la forçait à prendre le lit. Puis survinrent de la douleur dans l'hypochondre droit, une fièvre vive et de l'insomnie.

Du 6 au 8 mai, ces phénomènes se reproduisirent par accès, ne laissant jamais dans leurs intervalles un bien-être absolu.

Des vomissements et de l'ictère s'étaient montrés dès le 2 mai. Les frissons devenant plus intenses de jour en jour, la prostration augmentant graduellement, cette malade entre à l'hôpital le 13 mai, et voici ce que nous constatons à la visite du matin :

Le faciès est d'un jaune terreux, pâle; les yeux sont excavés, mais la conjonctive n'est pas colorée; la parole est faible et cassée, la peau est moite, couverte d'une sueur abondante; la malade a des frissons très-intenses, revenant à des époques irrégulières : il n'y a pas d'ictère, à proprement parler, et l'examen des urines est complétement négatif au point de vue de la présence soit du pigment biliaire, soit de l'albumine. La prostration des forces est considérable, et c'est à peine si la malade peut se dresser sur son lit.

Le pouls est petit, misérable, régulier, à 105.

L'examen de la poitrine ne révèle qu'une légère douleur existant à la partie inférieure du thorax, du côté droit, et en ce point il existe de la submatité et une légère diminution du murmure respiratoire. La toux est assez fréquente, elle s'accompagne d'une expectoration blanche spumeuse; mais le caractère dominant des symptômes thoraciques est une sensation de dyspnée qui rend la respiration pénible et fréquente.

L'abdomen est légèrement ballonné ; la pression y révèle une douleur généralisée qui acquiert son *summum* d'intensité au niveau de la région hépathique. En ce point, le moindre mouvement ou le moindre attouchement détermine dans tout l'hypocondre droit des douleurs extrêmement vives.

Le foie paraît augmenté de volume. L'appétit a complétement disparu. Il n'y a pas de vomissements. Les matières fécales sont rares.

En présence de ces symptômes, et en particulier de l'état général de la malade, des frissons violents qu'elle présente et de la douleur, le diagnostic porté fut le suivant : affection suppurée du foie ayant son point de départ soit dans la veine-porte, soit dans le parenchyme hépatique lui-même; péritonite péri-hépatique, pleurésie du côté droit.

Le traitement institué fut le suivant : vin de quinquina ; potion avec 8 grammes d'extrait mou de quinquina ; cataplasmes sur le ventre.

Les 14, 15 et 16 mai. Rien de nouveau ne se produit. L'état général est toujours aussi grave, les frissons sont toujours aussi intenses et toujours accompagnés de sueurs abondantes.

Les douleurs abdominales sont plus vives; on applique sur la région du foie un large vésicatoire.

Le 17. La submatité est plus marquée en arrière, du côté droit de la poitrine. Le bruit respiratoire disparaît de plus en plus en ce point et fait place à du souffle.

Le 18. État général, toujours le même; la douleur abdominale est un peu moins vive.

Le foie augmente graduellement de volume; il déborde les fausses côtes, et l'on peut sentir, au niveau de la région de la vésicule biliaire, un empâtement général.

L'épanchement pleural augmente aussi de jour en jour, les forces s'affaiblissent de plus en plus.

Le 20. Aux frissons irréguliers et à la prostration de notre malade vient s'ajouter le muguet. L'affaiblissement est extrême, et la malade succombe le 3 juin au matin.

Autopsie. L'autopsie, qui est pratiquée vingt-quatre heures après la mort, nous fournit les résultats suivants :

Dans la cavité thoracique, on constate un épanchement séro-fibrineux, à droite. Le poumon, de ce côté, adhère, par sa base, au diaphragme, et présente une congestion très-intense. Du côté gauche, il n'existe aucune altération.

Le cœur est intact.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve tous les symptôme d'une péritonite à son début. Cette péritonite porte particulièrement sur le voisinage du foie. Il existe à peine quelques adhérences entre les anses intestinales.

Un liquide séro-floconneux existe en petite quantité dans le petit bassin.

L'utérus est sain en latéro-version, et le fond de cet organe est maintenu, à droite, par d'anciennes brides péritonéales.

Congestion notable des reins et de la vessie. La rate, légèrement augmentée de volume, est très-ramollie.

Les intestins, ouverts et examinés avec soin, ne présentent aucune altération.

Les ganglions mésentériques sont rouges et légèrement ramollis.

Le foie, qui appelle surtout notre attention, est énorme; il occupe tout l'hypocondre droit, l'épigastre, et déborde dans l'hypocondre gauche, et partout il dépasse le rebord costal. Des adhérences nombreuses fixent ce viscère à la face inférieure du diaphragme; la couleur du foie est ardoisée; sa consistance est d'une mollesse extrême, et cependant on ne trouve aucun point fluctuant.

La vésicule est saine à l'extérieur; elle renferme un petit calcul irrégulier et du volume d'un petit pois.

Les voies biliaires sont libres à leur partie inférieure.

La veine-porte, avant son entrée dans le hile du foie, ne présente aucune altération; mais, arrivée en ce point où le tronc principal se divise, au niveau du sillon transverse du foie, en deux branches secondaires, on trouve un caillot qui oblitère la branche droite, tandis qu'au contraire la branche gauche est parfaitement libre. Ce caillot est blanc, dense, fibrineux; il adhère intimement aux parois de la veine, et présente une étendue de 1 centimètre.

A partir de ce caillot, toutes les divisions de la branche droite de la veine-porte ne contiennent que du pus, et transforment ainsi tout le lobe droit du foie en un vaste putrilage, dans lequel il est impossible de distinguer les éléments constitutifs de la glande hépatique; ce n'est que dans les branches les plus volumineuses de la veine-porte que l'on constate bien nettement cette localisation du pus dans la veine elle-même, dont les parois sont épaissies et teintes en blanc jaunâtre par la présence prolongée du pus.

Le lobe gauche est sain, et nous ne trouvons aucune trace de pus dans les nombreuses divisions de la branche gauche de la veine-porte.

Les veines sus-hépatiques sont oblitérées à quelques millimètres de leur ouverture dans la veine-cave; seules, quelques branches, venant du lobe gauche, paraissent encore perméables. Cette oblitération est faite par des caillots noirâtres, adhérents.

La veine-cave inférieure paraît rétrécie, aplatie, mais non altérée.

(*A suivre.*)

DU LIQUIDE RENFERMÉ DANS L'ARTICULATION DU GENOU PENDANT LE COURS DU RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE.

Par M. le docteur A. Laboulbène.

(Lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 16 juillet 1872).

Les altérations articulaires du rhumatisme aigu ont été déjà étudiées. Il a été constaté que les cartilages, longtemps regardés

comme inertes, offrent à la surface libre un développement plus considérable de leurs espaces cellulaires (chondroplastes), ainsi qu'un accroissement et une multiplication des éléments propres à ce tissu. Les capsules et les cellules cartilagineuses, prenant un volume de plus en plus considérable, se rompent, et alors on trouve que les surfaces articulaires ont perdu leur aspect lisse habituel, et sont dépolies ou même un peu villeuses.

Il y a déjà plusieurs années, j'ai pu vérifier très-nettement ce processus morbide ayant lieu dans les cartilages articulaires, chez une femme atteinte, à l'hôpital Saint-Antoine, de rhumatisme polyarticulaire, avec complication cérébrale, ayant amené une mort rapide.

De même, les altérations des synoviales articulaires ont été décrites depuis le beau travail de M. le professeur Richet, publié dans le tome XVII des Mémoires de cette Académie. Dans la synovite, après la dilatation persistante des capillaires, les éléments du tissu conjonctif, ou lamineux, s'hypertrophient, et il y a production des exsudats et surtout des matières transsudées, ainsi que je l'ai indiqué dans mes *Recherches sur les affections pseudo-membraneuses*.

Enfin le liquide remplissant les articulations atteintes de rhumatisme articulaire a été examiné un grand nombre de fois; mais avant ces dernières années on l'observait surtout au moment de la nécroscopie. Il était rare qu'on eût l'occasion d'étudier le liquide pendant la vie du malade : les ponctions pratiquées dans les cavités articulaires avec le bistouri ou le trocart n'étant point d'un usage habituel.

Aujourd'hui, grâce aux appareils aspirateurs, pour peu qu'un liquide renfermé dans une articulation soit abondant, il peut être extrait sans causer de vives souffrances au malade et avec innocuité. Aussi des travaux ont-ils commencé à paraître sur ce sujet, entre autres celui de M. le docteur Dieulafoy, inséré dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

Dans la plupart des observations publiées, le liquide provient d'articulations atteintes d'hydarthrose à la suite de rhumatisme ordinaire, ou bien d'arthrites résultant d'un traumatisme. — Une seule ponction suffit rarement pour débarrasser le malade, et il en faut plusieurs, qui sont toujours bien supportées. — Le liquide est tantôt citrin, tantôt d'un aspect louche ou purulent, et l'analyse de ce liquide n'est point présentée d'une manière complète.

Mais dans le fait que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie, et qui sert de base à ce travail, il s'agit, si je ne me trompe, d'une chose nouvelle, car j'ai pu observer le liquide renfermé dans l'articulation du genou chez un malade atteint de *rhumatisme monoarticulaire blennorrhagique*.

Voici dans quelles conditions j'ai pu extraire ce liquide :

Observation. — Un jeune homme de 21 ans, employé d'administration, est entré dans mon service à l'hôpital Necker le 23 juin. Il était malade depuis huit jours; il a d'abord éprouvé des douleurs modérées à l'épaule droite, disparues le lendemain pour se porter au genou gauche. Deux jours après, les douleurs se localisent exclusivement au genou droit, qui augmente rapidement de volume et devient le siége de battements douloureux.

Ce jeune homme est robuste, il n'a jamais eu antérieurement de rhumatisme, de douleur articulaire ou musculaire, ni de battements de cœur. Il a supporté le froid aux tranchées durant l'hiver de 1870-71 sans devenir malade; ses parents sont bien portants. Pas d'antécédents syphilitiques. Il affirme n'avoir jamais eu de chancres ou de blennorrhagie.

Quand je l'examine pour la première fois, il n'existe de douleur qu'au genou droit, qui est augmenté de volume et très-chaud à la main. Je perçois une fluctuation manifeste. La douleur éprouvée par le malade est continue, lancinante, et elle s'exaspère par la pression. Après avoir découvert le gland et en pressant sur le canal de bas en haut, je fais sourdre par le méat une goutte purulente, épaisse, de matière blennorrhagique. Il existe un peu de balanite concomitante.

L'état général est assez bon. Peu de fièvre, la langue est blanche, élargie, l'appétit un peu diminué. Il n'existe rien d'anormal au cœur ou aux poumons; le foie n'est pas augmenté de volume.

Le 28 juin, le genou étant toujours aussi douloureux, un peu plus tendu et chaud à la main, je pratique, avec l'appareil aspirateur, à aiguille modifiée par mon collègue et ami le docteur Potain, une ponction capillaire.

Issue immédiate d'un liquide jaune citrin, légèrement visqueux. Des grumeaux obstruent à trois reprises la lumière de la canule aspiratrice; ils sont facilement refoulés, et le liquide s'écoule parfaitement. Je fais ensuite appliquer sur tout le membre inférieur droit un bandage roulé, légèrement compressif.

Le liquide est examiné de suite au microscope; il contient de nombreux leucocytes purulents, dont un grand nombre offrent des mouvements amiboïdes, ils présentent une forme irrégulière et des prolongements sur leur contour. Un coagulum fibrineux, d'apparence gélatineuse, s'est rapidement formé.

L'analyse chimique a été faite par M. le docteur Méhu, pharmacien en chef de l'hôpital Necker :

« Réaction nettement alcaline : le poids du liquide est de 92 grammes.

« Le liquide est jaune clair, le pus ne forme guère que 5 p. 100 en poids de la masse totale.

« Résidu sec rapporté au kilogramme de liquide filtré, 73 gr. 3 déc.; dont matières minérales anhydres, 7 gr. 3 déc. »

Le 29 juin, même état; peu de soulagement et pas de sommeil.

Le 30 juin, le bandage est enlevé et le genou découvert. Le liquide s'est reproduit, mais en moindre quantité; la fluctuation est manifeste. On applique de nouveau le bandage roulé.

Le 6 juillet, la quantité de liquide ayant augmenté, je pratique une nouvelle aspiration avec le trocart de moyen calibre. J'obtiens l'issue facile d'un liquide visqueux purulent et très-chargé de matière fibrineuse sous forme de tractus molasses. Je fais appliquer le bandage compressif.

L'examen microscopique, pratiqué immédiatement, montre, comme la première fois, de nombreux globules de pus. Les portions coagulées du liquide sont exclusivement constituées par des fibrilles de fibrine très-nettes, et de 1 millième de millimètre d'épaisseur. Les leucocytes ont des expansions amiboïdes très-marquées; il existe aussi des hématies, ou globules rouges du sang, en notable quantité.

Analyse du liquide par M. le docteur Méhu :

« Réaction alcaline : poids, 105 grammes; densité, 1,023 à 20 degrés de température; résidu sec par kilogramme de liquide, 79 gr. 04 cent.; dont matières minérales anhydres, 8 gr. 6 déc. Sang en quantité notable, pus abondant. »

La journée du 6 juillet se passe fort bien, ainsi que celle du lendemain.

Le 8 juillet, le bandage est enlevé, et je constate que le liquide ne s'est pas reproduit.

Le 10 juillet, le genou est découvert, et je trouve une petite quantité de liquide. Du reste, les douleurs sont beaucoup moindres, et je fais continuer l'application du bandage roulé.

Actuellement, le liquide a disparu et l'articulation n'est plus douloureuse. Le traitement approprié à l'état du malade est continué parce que j'ai constamment trouvé une goutte de pus blennorrhagique, quand j'ai comprimé avec soin la moitié antérieure du canal uréthral d'arrière en avant.

Le 6 juillet, aussitôt après l'extractiion du liquide, j'en ai instillé plusieurs gouttes dans l'œil d'un lapin, et j'ai placé un fragment fibrineux entre les paupières de cet animal. Le jour même et le lendemain, je n'ai pu constater qu'un peu de rougeur dans l'œil. Les jours suivants, cette rougeur s'est dissipée, et il n'est survenu aucune trace d'ophthalmie purulente.

Il me reste à préciser les analogies et les différences qui existent entre le liquide que je viens de faire connaître, et ceux qu'on trouve dans les cas d'épanchement simple de synovie, de rhumatisme articulaire ordinaire, et enfin d'arthrite traumatique.

1° Je dois à M. le docteur Méhu de pouvoir donner l'analyse

chimique d'un liquide renfermé dans l'articulation du genou après la fatigue exagérée de l'articulation tibio-fémorale.

Ce liquide, clair, filant et alcalin, renfermait :

« Résidu sec, par kilogramme de liquide, 58 gr. 2 déc., dont matières minérales anhydres, 8 grammes.

« La quantité de mucine, extraite dans ce cas de production exagérée de synovie, a été rapportée au kilogramme de liquide. Elle est de 46 grammes.

« Cette mucine offrait les caractères suivants : non coagulable par la chaleur, se précipitant par l'alcool, et surtout par l'acide acétique, et se redissolvant dans l'eau distillée après sa précipitation par l'alcool. »

On voit, par conséquent, que la mucine est abondante dans un liquide synovial;

2° Dans un cas de rhumatisme polyarticulaire, où j'ai pratiqué successivement, en septembre et en octobre 1871, la ponction des deux genoux droit et gauche, le liquide offrait les caractères suivants :

« 7 septembre 1871. — Liquide du genou droit : poids, 32 gr. 50 cent.; résidu sec par kilogramme de liquide, 56 gr. 46 cent., dont matières minérales anhydres, 8 gr. 6 déc.

« Ce liquide citrin s'est pris en masse au bout de quelques heures, comme le liquide d'une pleurésie aiguë. Au bout de six heures, le dépôt fibrineux correspondait à 1 gr. 20 cent. par kilogramme de liquide.

« Après cette première séparation, j'ai constaté un nouveau dépôt dans les vingt-quatre heures suivantes, mais il était d'un poids très faible.

« L'acide acétique précipitait abondamment ce liquide; le précipité avait les caractères de la mucine. »

« Le liquide acidifié par l'acide acétique se coagulait nettement par la chaleur.

« Le liquide brut était précipité par l'acide azotique.

« *Résumé.* — Ce liquide offrait un mélange de liquide naturel de l'articulation du genou (synovie) avec un liquide séro-fibrineux, dû à une inflammation rhumatismale.

« La proportion des éléments dissous est à peu près celle des liquides pleurétiques aigus, et n'en diffère que par la présence de la mucine. »

8 octobre 1871. — Liquide du genou gauche : poids 44 grammes. Résidu sec par kilogramme de liquide, 65 gr. 63 cent.; dont matières minérales anhydres, 8 gr. 2 déc.

« Ce liquide s'est pris en masse par coagulation de la fibrine; un accident empêcha de connaître la proportion exacte de cette fibrine, mais elle était au moins égale à celle du liquide extrait le 7 septembre dernier du genou droit. »

3° Enfin, dans les cas d'arthrite traumatique, on trouve les éléments du pus en quantité notable.

Pour en donner une idée exacte, je vais rapporter l'observation sommaire d'une arthrite du genou, pour laquelle le professeur Gosselin a extrait le liquide épanché, et qui a été recueillie par un élève, M. Caubet, interne distingué des hôpitaux.

Observation. — Une femme de 25 ans, couturière, entre le 31 décembre 1869 dans le service de M. Gosselin, salle Sainte-Catherine, n° 4. Cette femme a fait une chute du haut de son lit; la tête et le dos seuls ont frappé le sol, car elle a été retenue par son mari qui l'a saisie au genou droit.

Dans la nuit du lendemain, le genou droit devient douloureux; celui-ci avait été tordu, au dire de la malade, pendant l'accident. Elle a boité pendant une semaine, puis la semaine suivante s'est passée sans douleur ni claudication, mais les douleurs ont reparu dans la troisième semaine. La malade s'est alitée et elle a eu le genou enflé.

Etat actuel au 1er janvier 1870. — Cette femme est pâle et un peu lymphatique, le genou droit est douloureux, tuméfié, pas de rougeur, mais fluctuation manifeste. Légers mouvements de latéralité de l'articulation. Fièvre modérée, 100 pulsations.

Ponction avec l'aspirateur de Dieulafoy. Issue de 120 grammes d'un liquide très-louche et purulent. On constate au microscope la présence de nombreux globules de pus.

On applique un bandage roulé, puis le liquide ayant reparu, M. Gosselin fait poser le 8 janvier un vésicatoire volant et puis un second vésicatoire le 12 janvier. Le 24 janvier, la guérison est complète.

Je puis donner l'analyse chimique d'un liquide extrait par mon collègue de l'hôpital Necker, M. Désormeaux, dans un cas d'arthrite traumatique du genou.

« 31 mai 1871. — Première ponction : poids du liquide, 45 grammes. Résidu sec par kilogramme de liquide, 67 gr. 48 cent.; dont matière minérales anhydres, 8 gr, 37 cent.

« Liquide, d'un jaune blanchâtre, séreux, sans fibrine.

« Il ne contient pas de mucine, mais un peu de sang, et surtout une matière épaisse, blanchâtre, purulente. »

« 24 juin 1871.—2e ponction : poids du liquide, 15 grammes; résidu sec rapporté au kilogramme de liquide, 64 gr. 42 cent.; dont matières minérales anhydres, 8 gr. 65 déc.

« Liquide louche purulent offrant un dépôt granuleux ressemblant à des grains de riz cuit et formé par des leucocytes. »

C'est à cette dernière catégorie de liquides, c'est-à-dire à la sérosité purulente des arthrites, que ressemble le plus le liquide du rhumatisme blennorrhagique.

Je ferai remarquer, pour terminer cette communication, combien il est utile dans les appareils aspirateurs d'employer le moyen si simple de la pompe à ventouses pour produire le vide. Le liquide retiré est alors à l'état normal; il n'est point altéré et l'analyse chimique en est possible, ce qui ne pourrait avoir lieu quand on se sert, pour avoir le vide dans le récipient, de réactifs chimiques, quels qu'ils soient.

Dans le liquide aspiré au moyen du vide obtenu par la pompe, on voit très-bien les expansions sarcodiques des leucocytes non altérés et vivants. Ces mouvements amiboïdes ont été signalés pour la première fois dans les mémoires de la Société de Biologie (tome II, page 103, 1850), par M. le docteur Davaine, et ils n'ont été mentionnés que plus tard en Allemagne.

Je ferai remarquer enfin que le liquide, que j'ai étudié, a été placé dans l'œil d'un lapin, et qu'il n'a point produit d'ophthalmie purulente.

En résumé, je crois pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Le liquide renfermé dans l'articulation du genou pendant la période d'état du rhumatisme blennorrhagique, est d'un jaune assez foncé; il est constitué par de la sérosité visqueuse, alcaline, louche et purulente. Il ne renferme pas de mucine; il contient des globules de pus et des matières fibrino-albumineuses.

2° Il diffère de la synovie articulaire.

3. Il ressemble au liquide des arthrites.

4° La ponction aspiratrice peut être pratiquée avec avantage pour retirer ce liquide, et elle mérite d'entrer dans la pratique ordinaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juillet 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1871, dans les départements du Cher, de Seine-et-Oise et de la Charente (Commission des épidémies);

2° Des rapports sur le service médical des eaux minérales de

Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur Chasmanson (de Puy-Laval), et des eaux minérales d'Ax (Ariége), par M. le docteur Auphan (Commission des eaux minérales);

3° Un mémoire de M. le docteur Blanc (d'Uzès), sur le traitement de la goutte (Commission des remèdes nouveaux).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Casenave (de Bordeaux), membre correspondant, sur des opérations de fistules uréthro-périnéennes et de tailles périnéales démontrant l'épaisseur anormale du périnée;

2° Une lettre de M. le docteur Cauvet sur le ténia de l'Algérie (Commissaires : MM. Hardy et Davaine);

3° Un travail de M. le docteur Deneux (de Saint-Calais) sur les procédés propres à reconnaître la présence et la nature des corps vulnérants métalliques engagés dans des plaies d'armes de guerre (Commissaires : MM. Gosselin, Richet et Legouest);

4° Une étude sur une épidémie de variole, par M. le docteur Houret, d'Issangeaux (Commission de vaccine);

5° Une lettre de M. le docteur Reguerra (de Bujalence), qui sollicite le titre de membre correspondant;

6° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Stanski, renfermant une note sur le traitement de l'albuminurie. (Accepté).

M. BÉCLARD présente, de la part de M. Gaiffe, deux nouveaux appareils électriques destinés à fournir des courants constants à bon marché.

M. LARREY présente : 1° une brochure de M. le docteur Brigham, intitulée : *Quelques observations chirurgicales*; 2° un mémoire imprimé sur les pansements à l'ouate, par M. Raoul Hervey, interne des hôpitaux.

M. GUBLER présente : 1° un volume intitulé : *Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire*, par M. le docteur Mallez; 2° un Annuaire des eaux minérales, des bains de mer et de l'hydrothérapie, publié par la *Gazette des Eaux*.

M. VULPIAN présente, de la part de M. Defois, un nouvel appareil destiné à pratiquer des injections pour préparations anatomiques.

Discussion sur la thoracocentèse et l'empyème.

M. HENRI ROGER termine son discours, dont voici le résumé :

Après avoir fait observer que la discussion actuelle, provoquée par M. Béhier, a beaucoup dévié de son point de départ, *les avantages de la ponction de la poitrine dans les épanchements séreux d'abondance moyenne*; après avoir regretté qu'au lieu d'examiner les nombreuses questions médicales relatives à la thoracocentèse, on s'en soit tenu aux procédés opératoires, M. Roger répond à l'appel que M. Gosselin semble avoir fait aux médecins d'enfants, alors que dans son discours il énonçait quelques considérations afférentes à la curabilité soi-disant plus grande de la *pleurésie purulente* dans l'enfance.

Rappelant combien est rare la résorption totale de l'épanchement purulent chez l'adulte, M. Roger fait voir qu'il n'en existe aucun exemple probant observé dans l'enfance : une fois le pus formé dans la plèvre, l'évacuation en est indispensable pour la curation, et c'est d'ailleurs le processus constant des guérisons spontanées. La fistule pleuro-cutanée et la vomique, tels sont les deux modes que la nature emploie; mais la curation naturelle de l'empyème n'a pas encore été constatée à la suite des fistules cutanées, du moins chez les enfants; au contraire, M. Roger cite plusieurs guérisons consécutives aux vomiques. Toutefois, l'issue du pus par les bronches n'aboutit pas toujours à une aussi heureuse terminaison; et, dans certaines circonstances, la vomique ne suffisant point à la guérison, l'intervention du médecin devient nécessaire.

En définitive, la pleurésie purulente commande un traitement actif : les raisons de cette thérapeutique active, M. Roger les trouve non-seulement dans la faiblesse constitutionnelle des enfants et dans la crainte d'une tuberculisation secondaire, mais encore dans les difficultés mêmes du diagnostic précis de la pleurésie purulente chez les jeunes sujets; d'où la nécessité d'en étudier, avec une attention particulière, les signes principaux. Après avoir exposé successivement les symptômes locaux et généraux qui vont servir à reconnaître l'affection pleurale, il répond à l'argumentation de M. Gosselin, et fait voir que le pronostic du pyothorax infantile n'est pas aussi favorable qu'on le pourrait croire en raison des conditions physiologiques de l'enfant, puisque la guérison spontanée est tout à fait exceptionnelle.

La curation est-elle fréquente après une seule ponction? Cette opinion, avancée par M. Gosselin, n'est point partagée par M. Roger qui, se basant sur son expérience personnelle et sur les observations publiées, réduit à un ou deux au plus les faits de ce genre connus jusqu'à ce jour.

Après avoir successivement discuté les avantages et les inconvénients des différents procédés employés pour obtenir l'évacuation du pus (ponctions multiples, drainage, canule à demeure, incisions thoraciques), M. Roger conclut en ces termes :

En résumé, voici les règles que nous croyons pouvoir tracer relativement au *traitement* de la *pleurésie purulente* chez les enfants et aux indications de la *thoracocenthèse :*

1° Dans les cas *aigus*, si l'épanchement est abondant, et si les phénomènes généraux graves persistent sans amendement, on doit opérer vite, c'est-à-dire dès que l'on a des raisons de croire qu'il y a du pus en foyer. La lecture des observations, d'accord avec l'expérience journalière, montre que les chances de guérison sont en raison directe de la précocité de l'opération.

Une première ponction sera pratiquée avec un trois-quarts capillaire, en évitant l'introduction de l'air au moyen de l'appareil de M. Dieulafoy ou, de préférence, du ballon aspirateur et du petit trocart de M. Potain.

Comme il y a des faits certains de guérison après une ponction unique, bien qu'ils soient très-rares, il convient, après l'écoulement complet du pus, de procéder à l'occlusion de la plaie, avec ou sans lavages préalables de la plèvre.

Si la collection se reforme et s'il survient de nouveaux accidents, on fera une seconde ponction suivie de lavages.

La conduite à tenir ultérieurement dépendra de la marche de la maladie dans l'intervalle des deux opérations. Si l'épanchement s'est reproduit lentement et en moindre abondance, on peut, se basant sur les succès obtenus après deux ponctions et injections, tenter encore l'occlusion de la piqûre. Mais si la collection s'est reformée, abondante, en quelques jours, ou si elle se reproduit après la seconde opération, il ne faut plus attendre; et dès lors il est plus sage d'établir une *fistule pleuro-cutanée avec écoulement continu.* Toute tentative nouvelle de thoracocentèse simple est contre-indiquée : elle ne saurait modifier en bien la maladie, et, par contre, elle amène des retards très-préjudiciables à un organisme épuisé. Il en est de l'établissement d'une canule à demeure comme de la trachéotomie : plus on temporise, moins on laisse de chances favorables aux malades.

Une fistule permanente étant nécessaire, il faut, pour l'établir, ponctionner avec un trocart à hydrocèle auquel on substitue ensuite une canule d'argent. Cette opération sera faite au point qui nous a paru le plus convenable, à la région antéro-latérale du thorax. Le drainage sera réservé aux enfants plus âgés et aux opérateurs habiles.

L'instrument une fois en place, il sera indispensable de faire des lavages à grande eau et des injections médicamenteuses (décoction de quinquina et chlorure de soude au cinquième, ou solution iodée au dixième). Ces pansements seront répétés une ou deux fois par jour. Lorsqu'après quelques mois, la quantité de pus, devenu séreux, est graduellement réduite à une cuillerée en vingt-quatre heures, lorsqu'il n'est plus possible d'injecter qu'une proportion également minime de liquide détersif qui ressort moins mélangé, on peut conclure à une rétraction de l'abcès pleural suffisante pour permettre d'enlever sans inconvénient la canule. En effet, la fistule ne tarde pas à se refermer complétement, et, quelques jours après, la guérison est ordinairement définitive.

2° La conduite à tenir dans le cas d'un *empyème chronique* est à peu près celle que nous venons d'indiquer pour le traitement de l'empyème aigu. Toutefois, lorsque l'épanchement purulent est de date ancienne, les modifications de structure que présente la plèvre sont trop profondes pour qu'il soit légitime d'espérer guérir les enfants avec une ou deux thoracocentèses, même suivies d'injections iodées. Il sera conséquemment indiqué de songer très-vite à placer une canule à demeure.

3° Si, dans le cours d'un empyème aigu ou chronique, spontanément terminé par vomique, les accidents de purulence continuent, si l'évacuation du pus est difficile et s'arrête, ou si l'on voit survenir un pyo-pneumothorax, il vaudra mieux, après une courte expectation, établir une fistule pleuro-cutanée. On aura recours, dans ce but, soit à la ponction suivie du placement d'une canule à demeure, soit même à l'incision de la paroi thoracique.

C'est pareillement à cette incision qu'il faudra procéder si, en raison des signes physiques persistants et de l'évacuation incomplète des liquides accumulés dans la plèvre, l'on soupçonnait la présence de produits épais (fausses membranes ou poches hydatiques), et ne pouvant sortir par la canule métallique.

4° Si l'on croyait, d'après l'ensemble des symptômes, que la pleurésie est *tuberculeuse*, ce ne serait pas une raison d'inaction; il faudrait, au contraire, opérer, car un diagnostic positif étant, dans certains cas, presque impossible, l'on ne doit pas laisser échapper une chance de guérison, quelque minime qu'elle puisse être. Quand il y a certitude, le médecin n'a pas encore le droit de rester inactif : si la dyspnée est très-forte, si les phénomènes généraux s'aggravent, il y a tout avantage à intervenir, puisque la terminaison fatale est proche par le fait même de la pleurésie purulente abandonnée à la nature; l'évacuation de l'épanchement est toujours une condition meilleure pour le malade, et la suppression d'une aussi grave complication pourra au moins retarder une issue funeste.

Dans la seconde partie de son discours, M. Roger étudie les indications de la thoracocentèse dans les *épanchements séreux* de la plèvre, et il prouve par des faits que la ponction de la poitrine n'est pour ainsi dire jamais nécessaire chez les enfants, ni dans l'hydrothorax des affections organiques du cœur, de l'albuminurie scarlatineuse, ni dans les pleurésies secondaires du rhumatisme; elle n'est indiquée dans les pleurésies primitives, franchement inflammatoires, que dans des conditions fort rares d'asphyxie imminente par suite du développement rapide d'un épanchement très abondant. — D'après de nombreuses observations personnelles, et aussi d'après les chiffres de M. Barthez (au total plus de 500 cas de pleurésie), M. Roger croit pouvoir, ainsi que l'a fait M. Louis pour les adultes, donner comme une règle presque absolue la *guérison constante de la pleurésie simple*, non purulente. En effet, on n'observe point chez les jeunes pleurétiques la mort subite par syncope; la pleurésie chronique simple ne se rencontre pas non plus dans le premier âge, les liquides séreux se résorbant avec facilité; de là l'explication de la guérison rapide et complète, même des grands épanchements.

M. Roger ne croit pas que la thoracocentèse soit toujours aussi parfaitement innocente qu'on l'a prétendu des accidents immédiats ou consécutifs de l'opération, tels que la transformation en pyothorax de la pleurésie séreuse, les blessures du foie, du péritoine et surtout du poumon; il a de la peine à admettre que ces piqûres du poumon, même par des trois-quarts capillaires, soient aussi insignifiantes que l'ont affirmé certains opérateurs, partisans exagérés de la thoracocentèse; il pense qu'en raison de la bénignité démontrée de la pleurésie simple, on ne doit intervenir chirurgicalement que dans des cas exceptionnels et urgents; dans ces cas bien précisés, l'opération peut être pratiquée, et elle l'a été par lui-même, avec des avantages incontestables.

Quant à l'application de la thoracocentèse aux épanchements médiocres ou petits, comme le propose M. Béhier, elle doit être proscrite du traitement de cette forme toujours si bénigne de la pleurésie infantile. « Préconiser à tout propos l'emploi du trois-quarts et recommander la ponction de la poitrine pour toute espèce d'épanchement et quel qu'en soit le volume, c'est mettre une arme dangereuse dans n'importe quelles mains, guidées par n'importe quelle intelligence. »

M. Roger résume, par cette conclusion dernière, les préceptes relatifs à la thoracocentèse dans la pleurésie de l'enfance : « Dans le pyo thorax, il faut opérer *toujours*; dans la pleurésie séreuse, *rarement* pour les grands épanchements, *jamais* pour les épanchements médiocres. »

LECTURE

M. BONNAFOND lit, sur une nouvelle manière d'appliquer l'électricité à l'appareil de l'ouïe, une note qu'il résume ainsi :

L'électricité occupe depuis quelque temps une si grande place dans la thérapeutique, qu'il est peu de maladies contre lesquelles on ne trouve à l'employer. Mais les résultats ont-ils répondu et répondent-ils encore à un pareil engouement? Il serait permis d'en douter si on considère ce qu'on a obtenu dans les affections de l'ouïe et de la vue.

Mais, grâce aux efforts persévérants de quelques praticiens tels que MM. Duchenne (de Boulogne), Tripier, Onimus, etc., la médication électrique est devenue une des belles conquêtes de notre époque. Ses propriétés en sont mieux étudiées, et l'usage en sera peu à peu réservé aux maladies contre lesquelles l'expérience en aura démontré l'efficacité.

On a pourtant abusé, et je crois qu'on abuse encore un peu de l'électricité contre les surdités en général alors que les affections de l'oreille qui en justifient l'emploi sont si bornées et les résultats qu'on en retire si rarement satisfaisants.

Je suis loin cependant de repousser une pareille ressource thérapeutique; mais il me paraîtrait rationnel qu'on la réservât aux cas spéciaux, afin d'éviter pour le médecin de trop nombreuses déceptions, et pour le malade des douleurs inutiles.

M. Bonnafont, après avoir décrit le procédé qui consiste à diriger sur la membrane du tympan les deux courants électriques au moyen d'un petit appareil très-simple et d'une application facile, termine son mémoire par les conclusions suivantes :

Lorsque la membrane du tympan est soumise à l'action électrique, les malades éprouvent une sensation sur le bord externe de la langue, et si l'on augmente le degré de l'excitation, la sensation se prolonge jusqu'au sommet de cet organe. M. Duchenne, et après lui M. Philipeaux (de Lyon), ont pensé que c'était un signe physiologique très important pour établir le diagnostic de la sensibilité des nerfs acoustiques chez les personnes affectées de surdité. C'est là une erreur que l'anatomie de l'organe et des connaissances plus précises des cophoses ne sauraient accepter. Il y a bien des années (1848), ayant constaté et communiqué à l'Académie de médecine ce même phénomène qui se produit sous l'influence d'autres agents que l'électricité, je me bornerai à répéter ici :

1° Que la sensation ressentie à la langue doit être attribuée à la transmission, par la corde du tympan, aux nerfs grands hypoglottes à l'aide de l'anastomose qui unit ces deux nerfs;

2° Qu'il n'existe aucune communication constatée entre la corde du tympan et les nerfs auditifs;

3° Que, par conséquent, l'excitation de la première ne saurait avoir qu'une bien légère influence sur la sensibilité du second;

4° Que la même sensation de la langue se manifeste par toute autre excitation que celle du fluide électrique, puisque la plus légère piqûre ou cautérisation du tympan, dans le voisinage de la corde, suffisent pour la produire (1);

5° Que le goût métallique que les malades ressentent, se produit par une simple piqûre ou cautérisation faites au tympan, de même que par l'action électrique; donc, cette faculté gustative de la langue

---

(1) Tandis qu'une *incision* provoque immédiatement l'excitation de la glande lacrymale du même côté, suivie d'une abondante sécrétion de larmes.

ne saurait être exclusivement réservée à l'excitation de la corde du tympan par l'électricité ;

6° Que la corne du tympan peut être complétement détruite et la langue insensible à toute sensation électrique, sans pour cela que la sensibilité des nerfs acoustiques aient subi la plus légère atteinte, et *vice versa*, c'est-à-dire que la paralysie des nerfs acoustiques, comme chez les sourds-muets, n'empêche pas la langue d'éprouver la même sensation. Donc l'excitation de la corde du tympan, seule, n'a et ne peut avoir qu'une action très-faible, si elle en a, sur le nerf acoustique ;

7° Enfin, que ce moyen d'excitation ne saurait donc être d'aucune utilité pour le diagnostic de la sensibilité des nerfs acoustiques, et qu'il ne peut, dans aucun cas, remplacer le tic-tac d'une montre ou des diapasons appliqués sur les parois du crâne.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. MOUTARD-MARTIN, médecin de l'hôpital Beaujon, présente deux malades opérés et guéris d'empyème par la thoracotomie.

Le premier, âgé de 52 ans, entré le 28 février 1871 pour une pleurésie purulente consécutive à une pleuro-pneumonie aiguë, fut ponctionné le 3 avril. Il sortit 2 litres de pus. Une seconde ponction, pratiquée le 10 avril, ne donna issue qu'à 1 demi-litre de pus ; mais l'évacuation était incomplète. Ce fut en vain qu'on essaya de vider la poitrine, le 24 avril, par l'application du séton de M. Potain. La thoracotomie, pratiquée séance tenante, donna issue à 1 litre 1/2 de pus, contenant des masses fibrineuses énormes qu'il fut difficile d'extraire. Le traitement dès lors consista en injections d'eau alcoolisée et phéniquée, et de teinture d'iode très-étendues. Sorti le 17 juin 1870 avec une fistule laissant couler une quantité insignifiante de pus, cet homme rentrait le 10 décembre 1871, présentant alors un écoulement purulent assez abondant. On introduit à demeure un tube de caoutchouc, par le moyen duquel on pratiqua des injections iodées étendues. Aujourd'hui, la fistule est fermée, la respiration se fait entendre jusqu'à la base. Le malade est guéri.

Le second malade, tanneur âgé de 22 ans, entré le 2 juin 1870, était alors atteint d'une pleurésie aiguë qui paraissait devoir guérir sans thoracentèse, lorsque de nouveaux accidents fébriles, coïncidant avec une augmentation de l'épanchement, se produisirent vers le commencement de juillet, en même temps qu'apparaissait un anasarque général. Ponction le 12 juillet ; thoracotomie le 15, 2 litres de pus ; traitement par les mêmes injections. Le malade sort guéri le 2 septembre, sans fistule.

La séance est levée à 5 heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 19 juillet, à 3 h. 1/2 très-précises, au Palais du Luxembourg.

Ordre du jour :

1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ;

2° Lecture d'un rapport de M. Gaudmont sur la candidature de M. Reliquet ;

3° Lecture du rapport de M. Duroziez sur la candidature de M. Sentex ;

4° Continuation de la discussion sur le danger des voyages entrepris immédiatement après le mariage.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✱, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 84. — SAMEDI 20 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 20 JUILLET 1872. — N° 84.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du traitement de la pneumonie. — Promenade dans les hôpitaux. Blessure du poumon ; utilité de la saignée ; compression élastique et occlusion. Gangrène par embolie ; origine de la théorie de l'embolie ; M. Bouillaud et M. Wirchow. — Pleurésie purulente traitée par la thoracentèse et des injections au nitrate d'argent (M. Salomon). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la pneumonie.

(Premier article.)

Dans les questions de thérapeutique, les inconnues sont si nombreuses que l'on comprend le scepticisme d'esprits qui aiment à opposer le raisonnement à l'observation.

Le vrai praticien n'a pas besoin de remonter aux causes premières pour savoir dans quel cas il a vu réussir telle médication, et pour trouver expérimentalement des règles de conduite exactes.

Mais quand il s'agit de faire partager ses convictions, l'embarras devient grand, car l'expérience sans théorie est un acquit tout personnel et pour ainsi dire viager.

Or, dans une théorie, il faut qu'on tienne compte et des *pourquoi* et des *comment*. Alors même que l'on prétend se borner à traduire des faits, dans leur groupement les *comment* sont inévitables, et les *pourquoi* viennent à la suite.

Comment tel cas de pneumonie, ou de bronchite, ou d'érysipèle, diffère-t-il de tel autre cas, alors que les lésions locales paraissent égales en intensité comme en étendue?

Pourquoi, par exemple, chez un malade observé récemment dans le service de M. Broca, un érysipèle ambulant d'origine traumatique a-t-il pu envahir presque toute la peau saine, sans provoquer de symptômes alarmants, alors que dans d'autres services, d'autres érysipèles de semblable origine et beaucoup moins vastes, amenaient la mort?

Pourquoi les bronchites étaient-elles devenues si fatalement funestes dans les dernières semaines du siége de Paris et dans les semaines suivantes, alors que les bronchites, très généralisées, sont d'ordinaire assez bénignes?

Pourquoi deux pneumonies occupant les mêmes lobes seront-elles, l'une améliorée, l'autre aggravée, par l'emploi des toniques?

Ces différences mettent en lumière un point capital en médecine. C'est que l'état local n'est pas tout, souvent même est bien peu de chose, dans les indications et dans le pronostic. Il est dominé, d'une part, le plus souvent, par cet ensemble si complexe qui est nommé *constitution individuelle*, et d'autre part, dans certains cas, par cet autre ensemble non moins complexe qui est nommé *constitution épidémique*.

La maladie est donc une composante, dont un seul élément peut être physiquement déterminé ; tout le reste exige un travail d'appréciation intellectuelle, de recherche et de découverte, qui met en jeu les facultés supérieures de l'esprit humain ; en un mot, qui n'est plus seulement de la science, mais bien de l'art.

Il faut beaucoup d'art pour réussir dans le traitement des pneumonies ; autrement le hasard décide si l'on est utile ou si l'on nuit.

En effet, il est peu de maladies dans lesquelles les symptômes locaux et les phénomènes généraux soient rattachés les uns aux autres d'une manière plus intime.

Et c'est pourquoi quelques auteurs ont voulu ranger la pneumonie dans le cadre des affections générales, des fièvres; comme d'autres, du reste, voulaient faire en ce qui touche l'érysipèle.

L'idée de fièvre n'emporte pas celle d'un cycle défini, d'une marche réglée et fatale. Il est des fièvres de bien des espèces, modifiées de bien des manières; et Wunderlich, tout en admettant qu'on puisse faire un groupe de fièvres pneumoniques à côté de celui des pneumonies fébriles, n'en conclut pas que les remèdes aient moins d'action dans les premières que dans les autres.

Ainsi le nom importe peu, du moment où il n'a pas pour but de transformer le praticien en un spectateur résigné.

Il est même bon que ces deux termes soient en présence; car si celui de *pneumonie* appelle l'attention sur la lésion locale, celui de *fièvre pneumonique* la porte davantage sur l'état général, qu'il faut bien connaître et surveiller jusqu'à la fin.

Si l'on exigeait quelque hypothèse pour expliquer cette liaison intime de la lésion et de la fièvre dans la pneumonie, il ne serait pas difficile d'en imaginer.

La proximité des poumons et du cœur, la rapidité des échanges sanguins entre ces deux organes, l'innervation commune par le pneumogastrique, l'extrême richesse du poumon en vaisseaux sanguins, le rôle qu'il joue dans l'hématose, et beaucoup d'autres considérations du même genre, ouvrent un champ presque indéfini à l'esprit du théoricien.

Ce que le praticien doit savoir, c'est que l'évolution heureuse ou malheureuse de la pneumonie dépendra surtout des conditions dans lesquelles la circulation se fera pendant sa durée.

Pour rendre clairement ce fait d'observation, je suis obligé, à

mon grand regret, de recourir à une hypothèse, sorte de *schema* descriptif.

On peut se figurer qu'une impulsion sanguine trop puissante aggrave les choses en engorgeant, pour ainsi dire, activement les vaisseaux irrités et les vaisseaux voisins.

On peut se figurer aussi que, lorsque les forces générales sont par trop abattues, lorsque l'impulsion circulatoire est par trop affaiblie, l'aggravation tient à une autre espèce d'engorgement, dont il existe tant d'exemples ailleurs, l'engorgement purement passif.

J'emploie ce mot engorgement parce qu'il exprime aussi bien qu'un autre le balancement, puis l'arrêt du sang dans les petits vaisseaux, l'augmentation de volume de ceux-ci, l'infiltration de liquides et de globules qui se fait autour d'eux ; en un mot, ces premières phases du processus inflammatoire qui, expliquées de diverses manières, ont été décrites à peu près de même par les observateurs sérieux de tous les temps.

Même sous le règne intolérant de la théorie cellulaire, alors qu'on transportait tout le travail phlegmasique, en dehors du système sanguin, dans la cellule de l'organe, alors qu'on faisait proliférer cette cellule par elle-même, on n'avait pas nié que le début de cette prolifération, dans une inflammation aiguë, fût au voisinage des vaisseaux sanguins.

Dans son excellent livre élémentaire de pathologie générale chirurgicale, Bilroth, qui admettait les théories de Wirchow, avait soin pourtant d'insister assez longuement sur ce point. Il indiquait comment ces petites cellules, qu'on croyait dues à la scission de cellules préexistantes, ces cellules, dites indifférentes ou de granulation, rencontrées partout où se produit un gonflement inflammatoire ou le germe d'un tissu nouveau, se montraient d'abord autour de vaisseaux dans lesquels la circulation était retardée ou interrompue. Stase du sang, multiplication des petites cellules étaient considérées par lui comme deux termes liés intimement dans la phlegmasie, liaison que Wirchow expliquait par un appel de liquides nutritifs dans les cellules proliférantes.

Maintenant qu'on a adopté la théorie opposée de Conheim, et qu'on regarde les petites cellules inflammatoires comme identiques avec les globules blancs sanguins, les leucocytes, il est encore bien plus facile d'expliquer leur apparition autour des vaisseaux engorgés, puisque c'est de là qu'ils ont à partir pour pénétrer dans les tissus, après avoir traversé les parois des capillaires par le moyen de mouvements amœbaides.

Quoi qu'il en soit, car j'ai hâte de sortir de théories plus ou moins hasardées, pour en revenir à la pratique, le fait est que la médication doit être, dans la pneumonie, variée avec l'état des forces et de la circulation.

Le fait est que l'étude du pouls, de l'oppression et du malaise plus ou moins grands, ont au moins autant d'importance que les phénomènes sthétoscopiques et plessimétriques.

Le fait est que la pneumonie tend à se limiter, et à se résoudre assez vite, quand on a mis l'individu dans des conditions favorables.

C'est une maladie qui, abandonnée à elle-même, guérit souvent ; qui, bien traitée, pourrait guérir presque toujours.

Le tout est de la bien traiter, et il est possible d'y arriver en procédant avec méthode.

Dans un prochain article j'aborderai l'étude des indications dans la pneumonie et des remèdes appropriés.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Blessure du poumon. — Utilité de la saignée. Compression élastique et occlusion.

A peine est-ce changer de sujet que de quitter les pneumonies pour en venir aux blessures du poumon.

M. Alphonse Guérin nous a longuement parlé de ce genre de blessure à propos d'un jeune homme entré dans son service, à l'Hôtel-Dieu, pour un coup de ciseaux de tailleur qui, pénétrant entre deux côtes, avait blessé le poumon gauche, au sommet.

M. Guérin est grand partisan des émissions sanguines en pareil cas.

Lorsqu'à la suite d'une plaie pénétrante de la poitrine, l'hémorrhagie est abondante, il ne connaît pas de meilleur moyen pour l'arrêter ; et il raconte qu'il n'hésita pas à pratiquer une saignée copieuse à un journaliste célèbre qui, dans un duel avec un officier, avait reçu deux profondes blessures, l'une au foie, l'autre au poumon gauche, et qui, perdant des flots de sang par ces deux plaies, semblaient près d'expirer. Déjà le pouls devenait filiforme, on entendait un râle qui, dit M. Guérin, était bien celui de l'agonie, et quand la veine fut ouverte, le sang coulait d'abord à peine. Un des assistants ferma avec ses doigts les plaies thoracique et abdominale. L'effet de la saignée fut prompt : le pouls se releva, la respiration devint plus facile, et on put transporter le malade à quelques kilomètres de là, au Pecq, où il resta jusqu'à complète guérison de ses deux blessures.

Pour se conformer aux anciens préceptes et pour saigner en cas pareil, il fallait un certain courage, car si M. de P... fût mort malgré cela, les avocats de son adversaire, dans le procès occasionné par ce duel, n'auraient pas manqué d'attribuer la mort au sang tiré par le chirurgien durant une double hémorrhagie.

— Nous avons vu appliquer, par M. Guérin, ce qu'il nomme la *compression élastique* à des ulcères perforants des pieds chez un malade, et chez un autre à une hydropisie des gaînes tendineuses du fléchisseur commun des doigts. Cette compression élastique se fait de la même manière que l'occlusion ouatée, au moyen de ouate et de bandes. Le nom seul change, selon qu'il s'agit ou qu'il ne s'agit pas de recouvrir une plaie. En effet, dans le pansement des plaies, M. Guérin attribue, pour la guérison, à la compression élastique, une importance presque égale à celle du filtrage de l'air à travers la ouate.

Nous n'avons pas besoin de dire que le mode de pansement par occlusion ouatée est très-largement employé dans ce service ; mais nous devons noter qu'il y donne généralement de bons résultats.

Pourtant, dans un service voisin, M. Richet y a renoncé, après une série malheureuse d'amputés morts de tétanos, etc., ayant été pansés ainsi.

Gangrène par embolie. — Origine de la théorie de l'embolie : M. Bouillaud et M. Wirchow.

Dans ce même service de M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, il s'est dernièrement présenté plusieurs faits très-intéressants, entre autres un cas de gangrène par embolie, dont nous devons dire quelques mots.

Un homme de 62 ans était entré pour une affection cancroïdale du talon droit. Le volume des ganglions de l'aine et celui des ganglions iliaques de ce côté écartaient toute idée d'intervention active.

On ne pensait donc plus à cet homme, lorsqu'il attira l'atten-

tion sur son pied gauche, qui, disait-il, le faisait cruellement souffrir. On vit que, en effet, le pied et la jambe se refroidissaient; bientôt une couleur violette s'étendit jusqu'un peu au-dessous du genou, la sensibilité disparut jusqu'à ce niveau, où, au contraire, il existait une vive hyperesthésie près de la ligne de séparation du mort et du vif.

Il s'agissait donc d'une gangrène; non pas tout à fait, cependant, d'une gangrène sèche, car les tissus ne se raccourcissaient pas, la peau était humide et l'épiderme se soulevait par places.

Quelle pouvait être la cause de cette gangrène?

Il n'y avait pas de rapport direct entre l'affection cancéreuse du pied droit et la gangrène du membre gauche. Il fallait donc chercher ailleurs.

Ce qu'on devait supposer d'abord, c'était une oblitération artérielle par une embole venue du cœur.

Le cœur, il est vrai, ne présentait aucun bruit de souffle; mais il n'est pas rare qu'il en soit ainsi chez des malades à l'autopsie desquels on trouve des lésions cardiaques assez profondes. M. Richet ne s'arrêta donc point à ce signe négatif; et le diagnostic de *gangrène par embolie* fut porté en toute assurance.

En effet, peu de jours après, l'autopsie venait vérifier ce diagnostic.

Nous avons assisté avec M. Richet au premier examen des pièces, fait par M. Liouville, chef de clinique de M. Béhier, dans son laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

En ouvrant le cœur on trouva, adhérente à une des valvules mitrales, une concrétion polypiforme qui présentait manifestement une surface de déchirure assez récente. Des plaques laiteuses à la surface de l'endocarde, des athéromes étendus dans l'aorte coïncidaient avec cette lésion. En outre, dans l'aorte, un ancien caillot de couleur blanche, emprisonné derrière un caillot plus récent, près de l'origine du tronc brachio-céphalique, pouvait bien être une embole originaire de l'endocarde, ou s'être formé autour d'une embole. Enfin, les artères du membre inférieur droit étaient oblitérées par des caillots qui remontaient jusqu'à l'iliaque primitive. Les veines correspondantes étaient également oblitérées, ce qui expliquait comment la gangrène n'avait pas cette forme sèche qu'elle revêt lorsque les veines restent perméables, les artères seules ne l'étant plus.

M. Richet, à propos de ce fait, nous a raconté comment la gangrène par embolie lui avait été signalée par M. le professeur Bouillaud, bien avant les travaux de Virchow sur ce sujet, et en présence d'un très-grand nombre d'élèves français et étrangers.

M. Richet a, du reste, déjà rappelé les droits de M. Bouillaud dans ses leçons de pathologie, faites en 1865, à la Faculté de médecine, et il affirme de nouveau la scrupuleuse exactitude des détails suivants.

En 1845, Gerdy l'avait chargé de le remplacer dans son service, et il y trouva un malade atteint de gangrène sèche des deux pieds. Les internes le pressaient de faire l'amputation, et il en avait bien envie, comme tout jeune chirurgien qui voit l'occasion d'opérer.

Pourtant il ne voulut pas le faire avant de prendre l'avis de M. Bouillaud, parce que le malade lui paraissait un peu oppressé, anhélant.

M. Bouillaud vint, percuta, ausculta, et dit comme conclusion : « Gardez-vous bien de toucher à cet homme, il est atteint d'une maladie du cœur, et la gangrène symétrique des extrémités inférieures est une conséquence de cette maladie. — Comment cela peut-il se faire? demanda M. Richet. Comment une gangrène peut-elle résulter d'une maladie du cœur? » Alors M. Bouillaud expliqua longuement, clairement, que l'endocardite ayant souvent pour résultat des concrétions fibrineuses, polypiformes ou autres, celles-ci pouvaient se détacher, être poussées dans une artère, en oblitérer le calibre et produire ainsi des gangrènes. M. Richet fut très-frappé de cette explication si simple, et il croit que tel fut le cas pour tous les assistants.

Ainsi, la théorie de l'embolie serait réellement due à M. Bouillaud, qui l'exposa publiquement longtemps avant que les Allemands songeassent à se l'approprier.

Ceci ne prouverait pas, du reste, que M. Virchow fût un pur et simple vulgarisateur en cette occasion. Il se peut qu'il n'ait rien connu des travaux de M. Bouillaud. Mais le mérite d'avoir le premier formulé une théorie qui acquit plus tard tant de vogue n'en reviendrait pas moins au professeur français.

Dr Victor Révillout.

PLEURÉSIE PURULENTE

TRAITÉE PAR LA THORACENTÈSE ET LES INJECTIONS AU NITRATE D'ARGENT

Par M. le docteur SALOMON (de Toulouse).

En présence de l'appel fait par le professeur Gosselin sur tout ce qui a trait à l'empyème et à son traitement, j'ai cru bien faire de donner le résumé succinct d'une observation de pleurésie suppurée guérie par des injections avec une solution de nitrate d'argent.

Au mois d'avril 1871, je fus mandé auprès d'un jeune garçon de 6 ans, malade depuis trente jours, qui avait été atteint d'une pleurésie aiguë méconnue, et qui était à ce moment en proie à une oppression qui annonçait une asphyxie très-prochaine. Je trouvai cet enfant haletant, couché sur le côté gauche, avec une fièvre intense et un œdème généralisé.

Le côté gauche du thorax, beaucoup plus développé que le droit, donnait, à la percussion, une matité absolue du sommet à la base, qui avait empiété sur le ventre, et, à l'auscultation, de l'égophonie. Je déclarai de suite aux parents que ce petit malade avait un épanchement qui remplissait le côté gauche de la poitrine, et que le liquide était probablement de nature purulente, vu l'état fébrile, qui n'avait jamais cessé depuis un mois, et les sueurs abondantes qui se produisaient tous les soirs à la suite d'une exacerbation de la fièvre précédée d'un frisson plus ou moins intense. Ce diagnostic donné, je leur proposai, pour le lendemain matin, la ponction comme seul moyen de salut, et elle fut acceptée.

Je me rendis, à l'heure indiquée, accompagné du docteur Ressèguet; mais, à notre arrivée, le père nous annonça qu'il était trop tard, vu que l'enfant rendait le dernier soupir. Nous demandâmes à le visiter, et nous vîmes bien vite que la vie du petit malade était au moment de s'éteindre. Malgré cet état, et encouragé par mon confrère, je plongeai le trocart dans la cavité pleurale, et un jet de séro-pus suivait le retrait du poinçon. Un vase contenant un litre fut bien vite plein; au fur et à mesure de la désempliation du thorax, la respiration devenait plus fréquente (avant la ponction, les mouvements respiratoires n'avaient lieu que quatre ou cinq fois par minute); l'asphyxie cessait, la mort faisait place à la vie.

Nous avions eu le soin de rendre l'écoulement intermittent en obturant l'orifice de la canule pour éviter les accidents qui peuvent être amenés par une évacuation trop précipitée. Nous retirâmes en tout deux litres de liquide. Le pansement fait, nous laissâmes le petit ressuscité déjà dans des conditions un peu rassurantes.

Le lendemain, à notre visite, nous le trouvâmes assis sur son lit, mangeant la soupe au lait et respirant bien. L'œdème de la face avait diminué. Avant d'instituer un traitement, il nous parut plus sage de le laisser huit jours pour réparer un peu ses forces. Ce temps écoulé, je lui prescrivis le quinquina. Le quinzième jour, la cavité pleurale s'était emplie de nouveau et l'oppression était très-

grande; je ponctionnai de nouveau au même point et retirai 1 litre et demi de séro-pus en tout semblable au premier. J'injectai 1 litre d'eau tiède pour laver la cavité pleurale; je la retirai par aspiration au moyen de la seringue à hydrocèle et d'une sonde en gomme introduite dans la canule. Cela fait, je fis une injection avec 60 grammes de teinture d'iode, 2 grammes d'iodure de potassium et 40 grammes d'eau distillée. J'en retirai les deux tiers environ et laissai le restant. Cette injection fut très-bien tolérée. Quinze jours après, nouvel épanchement, et nouvelle ponction suivie de la même injection. Cette fois, le pus était plus épais et très-fétide.

Quelques jours après, il s'était produit une fistule pleurale au point ponctionné, et le pus s'écoulait continuellement; mais la cavité ne se vidait qu'à moitié, et j'étais obligé, tous les douze ou quinze jours, de la vider au moyen d'une sonde en gomme que j'introduisais par le trajet fistuleux et que j'adaptais au bec de la seringue à hydrocèle. Par ce moyen, je vidais, par aspiration, complétement la cavité pleurale et je faisais ensuite une injection iodée, que je rendais chaque fois plus active. J'arrivai ainsi à faire les injections avec les 2 dixièmes de teinture d'iode. Je pratiquai ainsi dix injections, une chaque douze ou quinze jours. Le résultat fut presque nul localement, mais l'état général s'améliora sensiblement. Néanmoins, le petit malade conserva toujours la fièvre continue, avec exacerbations nocturnes, contre lesquelles j'administrai plusieurs fois la quinine sans succès; les sueurs et le dévoiement diminuèrent, mais ne disparurent pas. A ce moment, c'est-à-dire cinq mois après le début du traitement, il s'était produit un retrait des parois thoraciques du côté malade, qui indiquait d'abord le défaut d'expansion du poumon correspondant et peut-être aussi la formation de quelques adhérences; mais l'écoulement d'un pus très-fétide était toujours très-abondant. J'essayai alors deux injections successives avec l'eau phéniquée : acide phénique cristallisé, 10 grammes; alcool, 40 grammes; eau distillée, 50 grammes.

Ces injections ne firent qu'atténuer la fétidité du pus, mais elles furent moins bien tolérées, car le malade eut chaque fois du malaise pendant deux jours.

Je fis alors une injection tous les quatre jours avec de l'alcool à 90°, mélangé à une égale partie d'eau. Le résultat fut encore négatif; l'écoulement persista toujours avec la même abondance, et il se forma alors une fistule pulmonaire, de sorte que l'enfant, qui toussait toujours beaucoup et par quintes, cracha du pus en assez grande quantité : 25 à 30 grammes par jour. Nous arrivâmes ainsi à la fin du sixième mois, et l'état du malade, quoique sensiblement amélioré, laissait beaucoup à désirer, malgré l'usage du quinquina et d'une alimentation des plus réparatrices. C'est alors qu'en présence de la persistance de cette cachexie, produite et maintenue par l'abondante suppuration et les phénomènes de septicémie qui se produisaient nécessairement par une sorte de résorption putride, et enhardi d'ailleurs par la tolérance très-grande que le malade avait eue pour les injections plus ou moins caustiques que j'avais déjà pratiquées, je résolus d'avoir recours au nitrate d'argent, ce puissant modificateur des surfaces ulcérées.

Je déclare, en toute humilité, que je n'avais jamais eu connaissance que ce caustique eût été employé en pareil cas, et, s'il en est autrement, je laisse volontiers à qui il appartient le mérite et le droit de priorité.

Quoiqu'il en soit, j'ai été amené à ce moment à renoncer à l'iode, parce que je m'étais déjà depuis longtemps aperçu que cet agent n'avait aucune action sur une membrane pyogénique quelconque, bien différent, en cela, de l'action certaine qu'il produit sur les membranes séreuses.

Mais dans l'espèce, la plèvre est complétement transformée en une membrane pyogénique, et par conséquent recouverte sur toute la surface de bourgeons charnus. Cette circonstance doit nécessairement favoriser la tolérance de ce caustique.

Cela étant, je fis une première injection avec 3 grammes de nitrate d'argent cristallisé dans 100 grammes d'eau distillée. Je laissai la solution deux minutes et en retirai les deux tiers seulement. J'avais au préalable, et comme toujours, lavé la cavité pleurale. Cette injection ne produisit qu'une douleur vive et immédiate, mais de courte durée, que l'enfant accusa à l'hypocondre gauche correspondant. Douze jours après, il ne s'était écoulé qu'une très-petite quantité de pus par la fistule thoracique, et les crachats en contenaient bien moins, mais cette fois mêlé d'un peu de sang.

A partir de ce moment, la fièvre diminua considérablement, le dévoiement cessa et l'appétit augmenta. Rassuré et encouragé par ce succès, quinze jours après je fis une nouvelle injection, mais cette fois avec 5 grammes de nitrate pour la même quantité d'eau; elle fut aussi très-bien tolérée. A partir de ce moment et de jour en jour, la quantité de pus diminuait; on n'en trouvait que très-peu à la charpie qui recouvrait l'orifice de la fistule; il n'était plus fétide. La fièvre disparaissait très-rapidement; l'état général s'améliorait, et le petit malade, en même temps qu'il toussait et crachait moins, reprenait ses couleurs roses et ses amusements. Vingt-cinq jours après cette injection, j'en fis une troisième pour tarir complétement la suppuration, mais je ne pus en injecter que le tiers, la cavité pleurale ayant presque entièrement disparu. Ce fut la dernière; vingt jours après, la guérison était parfaite, la fistule thoracique était fermée, la toux bien diminuée et les rares crachats sans trace de pus. Peu à peu le thorax reprend sa forme primitive, et aujourd'hui, quatorze mois après le début du traitement, l'enfant est presque entièrement redressé, le poumon gauche fonctionne assez et la santé ne laisse rien à désirer. Notre malade est un magnifique garçon, qui doit la vie aux injections de nitrate d'argent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — le *Bordeaux médical*; — le *Lyon médical*. — *Projet de création d'un hôpital sur l'eau*, par le docteur Félix Rochard. — Trois notes de M. Oré, communiquées à l'Institut : *Sur les expériences de M. O. Liebreich, tendant à prouver que la strychnine est l'antidote du chloral*; — le 1[er] *fascicule du tome IV du Traité de pathologie externe*, de Follen et Duplay.

M. Larrey présente : une *Notice biographique sur le docteur Auguste Larrey*, par le docteur N. Joly. — *Résultats heureux momentanés de l'inhalation du chloroforme chez un malade atteint de rage*, par le professeur S. Simonin (de Nancy).

M. Dubreuil présente : trois travaux manuscrits de M. le docteur Boissarie (de Sarlat), qui demande à être inscrit sur la liste des candidats au titre de correspondant national. (Commission : MM. Labbé, Paulet, Dubreuil.)

Ces travaux ont pour titre :

1° *Chute du rectum chez l'adulte*;

2° *Immobilité de la mâchoire inférieure, section des adhérences*;

3° *Métrorrhagie puerpérale secondaire et des injections intra-utérines.*

M. Tarnier dépose le tome XII de la deuxième série des *Bulletins de la Société de chirurgie* pour l'année 1871.

M. Forget offre, au nom de M. Marrotte, médecin de l'Hôtel-Dieu et membre de l'Académie, un mémoire : *Considérations sommaires sur l'érysipèle et son traitement.* Il remet la note suivante :

« C'est, dit l'auteur, de la *Médecine traditionnelle* »; en effet, il se préoccupe surtout de mettre en évidence le rapport intime entre les phase de l'affection cutanée et les circonstances correspondantes de la fièvre.

Avec J.-P. Frank, il énumère les fièvres inflammatoires gastriques et nerveuses comme susceptibles de se compliquer d'érysipèles.

Il décrit la fièvre éphémère érysipélateuse, la synoque érysipélateuse, la fièvre inflammatoire érysipélateuse, les fièvres gastriques et dyspepsiques à forme bilieuse, fréquemment compliquées d'érysipèle.

C'est dire que l'auteur accepte pour origine de la phlegmasie cutanée une influence de l'organisme dont la prédisposition lui paraît démontrée par la clinique.

Quant à l'érysipèle d'origine septique, il pense qu'à un moment donné, l'état fébrile, notamment celui que les auteurs du siècle dernier appelaient nerveux, peut présenter des phénomènes d'ataxie ou d'adynamie, constituant ainsi une variété d'érysipèle malin.

Enfin, sous l'influence de ce qu'on appelle la constitution médicale ou épidémie, l'érysipèle peut revêtir les caractères de la malignité, et spécialement de celle que les anciens désignaient sous le nom de putridité.

M. Marotte s'occupe, en terminant, des érysipèles qu'on observe dans les salles de chirurgie, ou érysipèles traumatiques.

Après avoir vu, lu et interrogé, il est arrivé, dit-il, à cette conviction que ceux qui admettaient un érysipèle spécial attaquant les blessés, étaient dupes d'un mot, dupes du milieu dans lequel ils avaient observé.

Il se demande ce qu'il y a de spécial dans l'action du traumatisme et dans ses conséquences; s'il n'existe pas de prédisposition constitutionnelle, innée ou acquise; s'il n'existe pas de causes générales susceptibles de modifier profondément l'organisme. En un mot, pour M. Marotte, le traumatisme ne peut jamais jouer que le rôle d'agent provocateur.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Résections sous périostées. — M. OLLIER, en réponse à M. Chassaignac, adresse une note sur l'*Origine des résections sous-périostées*.

C'est seulement par la *Gazette des hôpitaux* (1) que j'ai pu connaître la réclamation de M. Chassaignac relativement à l'origine des résections sous-périostées. Quoique la lecture en ait été faite le 1er mai devant la Société de chirurgie, je n'avais pu avoir jusqu'ici aucune idée sur la teneur de cette communication, le compte rendu s'étant borné à reproduire le titre, et aucun de nos collègues n'ayant jugé à propos de prendre la parole à cette occasion.

J'aurais répondu par le même silence à cette réclamation si notre collègue se fût contenté d'être violent et agressif; mais, tout en considérant comme inutile de le suivre dans sa longue dissertation, je désire faire apprécier l'originalité de son procédé d'argumentation, qui consiste à combattre son adversaire avec des textes altérés à plaisir, ou tout au moins complétés avec la plus charmante insouciance de la vérité.

La thèse de M. Chassaignac se réduit à ceci :

« Il est injuste d'attribuer à M. Ollier les résections sous-périostées; je les ai inventées et appliquées onze ans avant lui. »

Pour démontrer ce qu'il avance, M. Chassaignac invoque une observation de résection de la clavicule, qui a été publiée en 1855, et qui constitue la pièce importante d'un mémoire (2) inséré dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

En parlant de cette observation dans sa réclamation (3), M. Chassaignac dit :

« Je la donne aussi complète qu'elle a été publiée dans la *Gazette hebdomadaire* et dans mon *Traité des opérations*, t. Ier, p. 669. Je me bornerai, pour économiser les instants de la Société, à ne citer textuellement que les passages qui se rapportent à l'objet en litige.

« Le titre de l'observation mérite d'arrêter un instant votre attention :

« *Fracture spontanée de la clavicule droite chez une femme de 40 ans; ostéite suppurante, perforation des téguments; résection des deux tiers internes de la clavicule; conservation du périoste dans l'opération (conservation intégrale de la capsule et du périoste). Réformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement. — Guérison.*

« Je complète le sommaire en disant : *aucune destruction d'aucune partie du périoste ni de la capsule, qui ont été simplement incisés à leur partie antérieure.* »

Le titre de cette observation constitue à lui seul un argument écrasant, j'en conviens, et j'en fus d'autant plus stupéfait que j'avais eu jusque-là la prétention d'avoir rendu scrupuleusement justice à tous mes devanciers, et à M. Chassaignac en particulier.

Je me demandai comment j'avais pu méconnaître un titre de propriété aussi éblouissant, car tout y est : *conservation intégrale du périoste et de la capsule*, c'est-à-dire ce que je considère comme le principe fondamental de ma méthode de résection. Je lus et relus cette phrase, et j'étais prêt à faire amende honorable, quand l'idée me vint de relire et le mémoire de M. Chassaignac (1855) et son *Traité des opérations*.

Je vis alors ce que je n'aurais jamais osé soupçonner, que la phrase si accablante pour moi : « *Conservation intégrale du périoste et de la capsule*, » était de création nouvelle et n'existait ni dans l'un ni dans l'autre des documents auxquels renvoyait M. Chassaignac.

Voici le texte de la *Gazette hebdomadaire* et du *Traité des opérations*.

« *Fracture spontanée de la clavicule droite; ostéite suppurante, perforation des téguments, résection des deux tiers inférieurs de la clavicule; conservation du périoste dans l'opération; réformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement; guérison* (1). »

On le voit, il n'est question, dans les textes de 1855 et 1861, ni de *capsule*, ni de *conservation intégrale du périoste et de la capsule*; bien plus, le mot *capsule* n'est pas prononcé dans tout le cours du mémoire.

Je laisse à la Société de chirurgie le soin de qualifier un pareil procédé.

Il m'est pénible d'avoir à répondre ainsi à un collègue que j'ai hautement estimé jusqu'ici; mais, quoique disposé à accepter, pour cette altération des textes, les circonstances les plus atténuantes, il m'était impossible de la laisser passer.

Ce texte était le seul qui pût modifier l'historique que j'ai fait de la question dans plusieurs mémoires (2) et dans mon *Traité expérimental et physique de la régénération des os*, et il importait de le rectifier.

Je dis que M. Chassaignac n'avait que ce seul texte à m'opposer; car son *Traité des opérations*, qui, du reste, ne parle pas plus que son mémoire de 1855 de la conservation de la gaîne périostéo-capsulaire, est postérieur de trois ans à la publication de mes premières recherches sur les résections sous-périostées et la reconstitution des articulations (3). On ne le dirait pas, il est vrai, à la lecture du livre de M. Chassaignac; car mon nom y brille par son absence, bien que mes recherches eussent déjà obtenu une double récompense à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences.

Je devrais peut-être en rester là..... On voit ce que peuvent valoir les réclamations de priorité de notre collègue; mais je veux encore montrer par un autre argument combien ses critiques sont dénuées de fondement.

A défaut de l'altération des textes, que je viens de signaler, il

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1872, nos 68, 69, 70 et 71; — 13, 15, 18 et 20 juin.

(2) *Mémoire sur les résections de la clavicule*, avec observation d'un cas dans lequel cette opération a été faite avec succès par un nouveau procédé, par le docteur Chassaignac, chirurgien des hôpitaux (*In Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 421).

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1872, n° 69.

(1) *Gazette hebdomadaire*, page 421.

(2) *Des moyens chirurgicaux de favoriser la régénération des os*, 1858. — *Gazette hebdomadaire*. — *Recherches expérimentales sur la production artificielle des os et sur la régénération des os*. — *Journal de la physiologie* de Brown-Séquard, 1859.

(3) *Gazette hebdomadaire*, 1858, n° 53.

m'eût été facile de prouver que M. Chassaignac n'a rien à réclamer pour lui dans la méthode de résection que j'ai proposée, puisque aujourd'hui encore, malgré les incessantes communications que j'ai faites à ce sujet, il se méprend complétement sur le but et la portée de mes procédés opératoires.

Non-seulement les procédés qu'il a décrits en 1861 (trois ans après mes premières communications, je le répète) diffèrent complétement des miens; non-seulement, en décrivant ces procédés, il passe absolument sous silence ce que je considère comme le temps fondamental de l'opération : *la conservation intégrale de la gaine périostéo-capsulaire*, mais encore aujourd'hui, dans le cours de sa réclamation, il commet à cet égard une erreur que je n'aurais jamais crue possible de la part d'un opérateur aussi distingué.

Dans la séance du 3 avril dernier, exposant à la Société de chirurgie les résultats de mes résections du coude pour les plaies par armes à feu, j'annonçai que, même dans ces cas défavorables, malgré le délabrement des tissus et la multiplicité des esquilles, on pouvait conserver une gaine périostéo-capsulaire distincte et suffisante pour reconstituer une nouvelle articulation. M. Maurice Perrin, et plusieurs autres de nos collègues, émirent des doutes sur la possibilité de cette conservation. Je m'engageai alors à produire, dans une prochaine séance, des pièces à l'appui de cette assertion, et, trois jours plus tard, à l'amphithéâtre du Val-de-Grâce, je pratiquai, sur un cadavre dont le coude et l'épaule avaient été fracturés comminutivement, la résection sous périostée de ces deux articulations. Parmi les témoins de ces opérations, je signalerai nos collègues MM. Marjolin et Perrin, et MM. Spillmann et Mathieu, agrégés du Val-de-Grâce. M. Perrin vous a montré les pièces quelque temps après (1).

Or, comment M. Chassaignac va-t-il interpréter ces expériences? C'est ici le côté comique de sa réclamation, et je laisse la parole à mon contradicteur.

« Notre confrère, dit-il, ne se gêne pas pour nous faire connaître ses désapprobations sur nos procédés ; ainsi, dans le texte de sa communication à la Société de chirurgie, il affirme que la segmentation préalable est mauvaise.

« Elle est mauvaise ! je le crois bien, quand, pour s'en passer, on a recours à un artifice aussi ingénieux que celui-ci ; quand, ainsi qu'il l'a pratiqué au Val-de-Grâce, on fait éclater l'os par un coup de revolver. Qui ne voit que cette balle de revolver remplace la section préalable faite avec la scie ? Il ne faut pourtant pas des efforts de perspicacité pour deviner que rompre la continuité d'un membre par une fracture préalable ou la rompre par un trait de scie, c'est, au point de vue du mécanisme opératoire, une seule et même chose ; car il ne s'agit plus, dans l'un et l'autre cas, que de présenter à l'incision deux tronçons osseux sortant sans effort et sur lesquels on fait du sous-périotisme tout à son aise.

« Cela peut donner lieu à une petite surprise, à une sorte de trompe-l'œil en face d'un auditoire courtois et bien disposé, mais qui ne serait pas de mise devant la sagacité pratique d'une assemblée de chirurgiens.

« A l'amphithéâtre, le procédé est-il de bonne guerre ? Cela est douteux. Mais au lit du malade on n'admet pas un genre de préparation qui tranche le nœud gordien de la continuité osseuse, pour préparer un trop facile triomphe à l'opérateur.

« En somme, M. Ollier fait au revolver, avant l'incision, ce que je fais avec la scie. Et un critique malveillant ne manquerait pas d'appeler ce procédé un désossement à coups de revolver » (2).

M. Chassaignac s'imagine ainsi que j'ai fracturé les os tout exprès pour faciliter l'opération, tandis qu'il s'agissait de démontrer que, dans ces cas difficiles, l'application de mes procédés est encore praticable. Il prend ainsi pour une circonstance favorable ce que nos collègues avaient considéré comme une difficulté insurmontable ; bien plus, il semble croire que c'est pour lui dérober d'une manière détournée la segmentation préalable que je casse les os à coups de revolver. Je m'explique d'autant moins cette erreur que j'ai toujours dit que l'application de mes procédés est infiniment plus facile à l'épaule et au coude, quand les os sont intacts.

Je ne puis qu'engager M. Chassaignac à mieux étudier dorénavant les opérations qu'il se propose de critiquer. Non-seulement je ne veux pas lui ravir la gloire de la segmentation préalable, mais je lui laisse en toute propriété un procédé qui, appliqué comme il l'indique lui-même, est la négation même de la méthode que je préconise.

(*A suivre.*)

(1) Séance du 1er mai.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1872, nº 69, p. 548.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Revillout, rédacteur en chef de la Gazette des hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Nous lisons dans l'*Union médicale* du 11 du courant, que M. le docteur Latour vous reproche « d'avoir oublié le passé de quarante ans d'un vieux journaliste qui n'a cessé de combattre pour le droit, la justice, la liberté, l'association, le concours. »

Veuillez vous reporter, monsieur le rédacteur, au feuilleton de l'*Union médicale* du 12 août 1871, et vous serez convaincu qu'en soutenant, ainsi qu'il l'a fait, le privilége de l'inspectorat, qui est contraire au *droit*, à la *justice*, à la *liberté*, à l'*association*, au *concours*, M. Latour, à partir de cette époque, a cessé de combattre pour ces grandes choses.

Dr baron Despine,
Président de la Société médicale des Thermes d'Aix.

A une époque récente, vous verrez, par l'arrêté suivant, du préfet de la Savoie, que, dans ce pays, on a jugé la question pendante de l'inspectorat bien autrement :

« Le préfet de la Savoie,

« Considérant :
« 1º Que l'inspectorat médical imposé à l'établissement thermal « d'Aix-les-Bains lors de l'annexion de la Savoie à la France a soulevé de vives protestations ;
« 2º Qu'on l'a accusé avec raison de léser à la fois la *justice*, « l'*égalité*, la *science* ; de compromettre l'*honorabilité* professionnelle « et la *dignité du corps médical*, *l'intérêt des stations thermales* et « celui des *malades* ;
« 3º Considérant que la population de la ville d'Aix, s'associant « aux protestations unanimes de ses médecins, et confiant dans « l'équité du gouvernement de la République, réclame instamment l'abolition de l'inspectorat médical ;

« Arrête :
« 1º L'inspectorat médical de l'établissement thermal d'Aix-les-« Bains est supprimé ;
« 2º Les médecins de la ville d'Aix exerçant depuis un an, con-« stitués en commission, sont substitués à l'inspectorat médical « actuel.

« *Signé* : Eugène Guiter,
« Préfet de la Savoie.

« Chambéry, 25 septembre 1870. »

Les deux *sous-inspecteurs* actuels des eaux d'Aix se sont ralliés, ainsi que l'*inspecteur* honoraire de l'établissement, au système contenu dans l'arrêté précédent, lequel se trouve confirmé par les délibérations des principales villes de la Savoie de 1872, et par celles du conseil général de la Savoie de 1871 et 1872.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

194. Sueur. Étude sur la mortalité à Paris pendant le siége.

195. Lévêque. Des injections interstitielles iodées dans le goître.

196. Aguillon. Lésions de la peau par violences extérieures; réflexions sur leur mécanisme et leur importance en médecine légale.

197. Bariller. Considérations pratiques sur le traitement des fractures de jambe.

198. Carayon. Quelques considérations sur les luxations trapézo-métacarpiennes.

199. Benoît. Des hémorrhagies gastro-intestinales étudiées surtout au point de vue de la séméiologie et du pronostic.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République en date du 13 juillet 1872, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Delavaud (Charles-Édouard), pharmacien en chef : 30 ans de services effectifs, dont 4 ans 6 mois à la mer ou aux colonies: chevalier du 10 août 1861.

M. Castel (Honoré-François-Alcibiade), médecin principal : 23 ans de services effectifs, dont 16 à la mer ou aux colonies (division de l'Atlantique sud): chevalier du 23 décembre 1865.

M. Demonte (Donatien-François-Joseph), médecin de 1re classe, chirurgien-major du 1er régiment d'infanterie de la marine; 27 ans de service effectifs, dont 15 à la mer ou aux colonies : chevalier du 11 août 1865. Services très-distingués au combat de Bazeilles.

Au grade de chevalier : M. Beaussier (Hyacinthe-André Gustave), médecin de 1re classe; 11 ans et demi de services effectifs, dont 8 à la mer ou aux colonies.

M. Barnier (Jean-Baptiste-Joseph-Charles), médecin de 1re classe; 17 ans de services effectifs, dont 11 à la mer ou aux colonies.

M. Borderie (Antoine-Amédée), médecin de 2e classe; 24 ans de services effectifs, dont 16 et demi à la mer ou aux colonies.

M. Piédallu (Marie-Amour-Pascal), médecin de 2e classe; 4 ans et demi de services, dont 2 à la mer ou aux colonies. Services distingués au siége de Paris.

M. Grimaud (Augustin-Léon), médecin de 2e classe, aide-major au régiment d'artillerie de la marine; 10 ans et demi de services effectifs, dont 5 ans à la mer ou aux colonies. Services distingués au combat de Bazeilles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

—

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denucé, Desnos, Desormeaux, A. Desprès, Devilliers, Fernet, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Hortaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, M. Raynaud, Richet, Rigal, Ph. Ricord, J. Rochard (de Brest), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le docteur JACCOUD.

De la lithotritie périnéale, ou Nouvelle manière d'opérer les calculeux, par M. le professeur DOLBEAU. 1 vol. in-8 avec 23 figures dans le texte, et une planche lithographiée dessinée d'après nature. — Prix : 4 fr. — Paris, G. Masson.

Des eaux chlorurées sodiques thermales de Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) et les eaux similaires d'Allemagne, par M. le docteur BOUGARD. Brochure de 40 pages. — Prix : 1 fr. — Paris, A. Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 85. — MARDI 23 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. MARDI 23 JUILLET 1872. — N° 85.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔTEL-DIEU. Réflexions sur un cas de pyléphlébite (M. Dujardin-Beaumetz). — Ovariotomie terminée par la mort dix-sept heures après l'opération (M. H. Pernet). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés : Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie (M. Ed. Fournié). — Thèses. — Bulletin bibliographique.

UNE QUESTION DE BONNE FOI

J'ai l'amour de l'exactitude et la passion de la vérité. Aussi suis-je toujours surpris quand, d'un air simplice, on affirme le contraire de ce qui est. Et quand, par cette affirmation, ma véracité même, à moi, est mise en doute, il me deviendrait impossible de ne pas rétablir les faits.

M. Amédée Latour fait entendre qu'en 1866 je lui cherchais une mauvaise querelle en lui reprochant de demander dans l'enseignement médical une unité de doctrine qui serait pernicieuse si on pouvait y arriver; il ajoute qu'à cette époque il me répondit de manière à terminer la controverse. « Seulement, dit-il, M. Victor Revillout oublie de rappeler à ses lecteurs qu'en 1866 comme aujourd'hui, nous eûmes l'honneur de lui répondre et de telle façon que la *discussion en resta là*... Nous avons, nous, l'immodestie de croire que nos lecteurs n'ont pas perdu le souvenir de cet article... A M. Revillout, qui paraît l'avoir oublié, nous en rappellerons la date : cet article est du 29 octobre 1866. »

L'affirmation est nette, précise, catégorique. La vérification facile.

Or justement mardi dernier, à propos de ce même article que M. Latour publia le 29 octobre, je reproduisais un court fragment de la réponse que j'y fis, le 3 novembre 1866, dans le premier-Paris de la *Gazette des Hôpitaux*.

Ce fut après ce premier-Paris de la *Gazette des Hôpitaux*, du 3 novembre, que la discussion en resta là. M. Latour parut abandonner la thèse qu'il soutenait depuis plus d'un mois. Voilà la vérité, diamétralement contraire aux affirmations de M. Latour.

Ce premier point de fait éclairci, passons à l'autre.

Est-il vrai que M. Latour n'ait jamais songé à établir une doctrine générale, exclusivement dominante à la Faculté de médecine, et que je lui aie fait une mauvaise querelle ?

Ici encore la vérification est des plus faciles. Nous n'aurons qu'à citer quelques fragments des quatre longs articles que M. Amédée Latour a successivement écrits sur ce sujet.

Cette campagne fut ouverte par M. Amédée Latour le 24 septembre 1866, à propos du renouvellement prochain de la Faculté de Paris, alors que ses membres étaient encore les Trousseau, les Velpeau, les Bouillaud, les Andral, les Cruveilhier, etc.

Je fus loin d'être le premier à m'émouvoir de ce que le manque d'unité, d'homogénéité dans les doctrines, était ainsi imputé à mal au moment où chacun de nous voyait avec douleur le déclin de la Faculté dans l'effacement de ces puissantes individualités, si glorieuses et si peu d'accord.

M. Dechambre, dans la *Gazette hebdomadaire*, et M. Diday, dans la *Gazette médicale de Lyon*, demandèrent des explications à M. Amédée Latour, dont ils avaient compris la pensée exactement comme je le fis plus tard, ainsi que l'on peut en juger par cette phrase de M. Diday :

« On ne peut reprocher à un journaliste, quelques désillusions qu'aient dû lui infliger les années, de croire encore à la réalisation de leur idéal, à la possibilité d'un système médical universellement adopté et enseigné, faisant loi et s'étendant à toutes les branches, même les plus excentriques, de l'arbre de notre science. Mais, en réalité, ce but est-il près d'être atteint? N'a-t-on pas vu périr, ou près de périr, une institution qui s'acharnait à le poursuivre? N'a-t-elle pas dû son salut à la main qui l'a, un peu brutalement peut-être, mais très-opportunément arrachée à cette voie fatale? »

Que répondit M. Latour? Prétendit-il alors qu'on l'avait mal compris? Pas encore. Tout au contraire, il parut désirer une opportunité plus favorable pour établir plus clairement la possibilité, l'utilité d'un dogme, d'une orthodoxie en médecine.

Voici ce qu'il écrivait, le 9 octobre 1866, dans son troisième article sur la Faculté de Paris.

« Nous avons tracé le tableau de la Faculté de Paris, livrée sans cohésion aux impulsions divergentes d'une collection d'individualités. Personne n'en a contesté l'exactitude. Mais M. Diday nous demande si nous croyons à la *nécessité de l'homogénéité dans l'enseignement, à la possibilité d'une doctrine généralement acceptée, d'un dogme, d'une orthodoxie en médecine.* Un autre journal, la *Gazette hebdomadaire*, va plus loin, et nous invite à formuler un programme : « Ce n'est pas assez, dit-elle, de dire aux gens qu'il « leur manque quelque chose, si l'on ne dit pas aussitôt ce en « quoi ce quelque chose consiste, et si elle est possible. » Elle souhaite donc que « nous fassions connaître les principes et la mé- « thode que nous introduirions dans l'École si nous en avions « les clefs. »

« La *Gazette hebdomadaire* proteste contre l'intention « de nous « tendre un piége. » Nous acceptons cette déclaration ; mais peut-être a-t-elle cru nous mettre dans l'embarras. Quant à M. Diday, il nous cite l'exemple d'une Faculté célèbre dont l'homogénéité dans l'enseignement a failli causer la ruine.

« Tout cela est trop sérieux pour être traité incidemment en quelques lignes.

« *Nous demandons à réfléchir, moins sur la question elle-même que sur l'opportunité de la traiter.* »

M. Dechambre ne trouva pas cette réponse satisfaisante, et, dans la *Gazette hebdomadaire* du 18 octobre 1866, il devint plus pressant.

« Rappelant, disait il, la question que nous avons posée à propos des plaintes que de divers côtés on élève contre la Faculté de Paris, l'*Union médicale* suppose que nous avons cru la mettre dans l'embarras. Nous avons pourtant écrit : « Nous déclarons que le « ton de sincérité, de conviction dont leurs remarques (les remar« ques de ceux qui blâment la Faculté) sont empreintes, est de « nature à nous faire supposer qu'ils sont prêts à répondre, et ce « nous serait un vrai plaisir de les suivre sur le terrain qu'ils vou« draient déterminer. » Mais qu'importe ! Ce n'est pas de cela qu'il s'agit, et c'est vraiment s'arrêter, comme on dit, aux bagatelles de la porte. Nous avons demandé à ceux qui reprochaient à la Faculté de n'avoir ni principes ni méthode quelle méthode et quels principes ils y introduiraient s'ils en avaient les clefs. A cette interrogation, l'*Union médicale* n'a fait qu'une réponse provisoire, mais peu encourageante : « Nous demandons, dit-elle, à réfléchir « moins sur la question elle-même que sur l'*opportunité de la trai« ter.* » La réflexion, espérons-le, conduira l'*Union* à comprendre que, lorsqu'il s'agit d'une question qui touche à la renommée d'un corps savant et à l'*avenir de la science*, s'il n'est pas opportun de la traiter, il ne l'est pas, par cela même, de la soulever.

« Notre ami Diday, qui, dans la *Gazette médicale de Lyon*, provoque aussi des explications, sera sans doute de mon avis. »

Cette fois, mis au pied du mur, M. Latour fit, le 22 octobre, un long article pour éviter de s'expliquer. En voici deux extraits, dont le second renferme une déclaration, une des moins vagues peut-être qu'on ait jamais pu obtenir de M. Latour.

« Sur cette question de M. Dechambre : « Si les clefs de la Faculté vous étaient remises, quelle doctrine générale et quelle méthode y feriez-vous entrer ? » nous pourrions, dit M. Latour, répondre à notre interlocuteur que l'éventualité qu'il indique est tellement improbable, que ce serait perdre notre temps et nos peines que de tracer des plans dont l'exécution ne nous sera jamais confiée. Aussi notre collègue eût-il plus simplement fait les choses et serait il, quant à nous, resté dans le modeste rôle qui nous convient, en s'adressant tout bonnement au journaliste.

Eh bien, le journaliste lui eût très-franchement répondu que cette question en effet l'embarasse beaucoup. Il l'aurait prié de la mettre de côté, quant à présent, et cela parce qu'il ne serait pas assez libre pour la traiter. Il est obligé de se souvenir qu'il y a quelques mois il avait commencé une discussion sur une question précisément d'enseignement de la médecine, et qu'il fut arrêté par les exigences du fisc, qui vit dans cette discussion de l'économie sociale. Pour éviter un procès dangereux, il paya l'amende et se tut.

« Pour exposer un plan d'études et d'enseignement différent de ce qui existe, il faudrait nécessairement se livrer à l'examen et à la critique de ce qui est; or, ce qui est n'est qu'en vertu de règlements et de décrets émanant de l'autorité publique, et cet examen nous est interdit.

« Voilà pour l'impédiment de formes, et nous le livrons avec confiance aux réflexions de notre interlocuteur.

« Quant au fond, avec la même franchise, nous répondrons que notre embarras n'est pas moindre. On peut bien reconnaître les défauts d'une institution sans être en mesure d'en reconstruire une autre plus parfaite. Il est bien certain qu'une doctrine générale fait défaut dans l'enseignement supérieur de la science médicale; j'ai bien le droit de le reconnaître et de le dire ; mais cela m'impose-t-il de promulguer une doctrine? Ce serait trop d'exigence; nous n'avons pas eu cette ambition. . . . .

« Ceci d'ailleurs n'est pas une échappatoire, et nous tenons à dire, mais nous ne trouvons pas opportun de développer ce thème, *que nous croyons à l'existence d'une doctrine générale* capable de servir de base à l'enseignement médical et à une méthode complétement absente aujourd'hui. »

Cette déclaration était assez précise, à ce qu'il me semble, pour me donner, quatre jours après, le 26 octobre, le droit d'écrire que M. Amédée Latour émettait le vœu de voir une doctrine générale devenir dominante et régner exclusivement dans l'enseignement médical. Puisque le fisc et la modestie ne permettaient pas à M. Latour de discuter cette question dans le présent, je crus lui rendre un vrai service en la discutant dans le passé, et je montrai combien cette domination exclusive d'une doctrine, fût-ce la plus savante du temps, avait toujours considérablement nui aux progrès de la science médicale.

Ce fut alors, seulement alors, dans cet article du 29 octobre auquel il renvoie, que M. Latour parut se défendre d'avoir espéré l'établissement d'une doctrine dominante.

« Notre distingué confrère, écrit-il à cette date, connaît certainement trop bien l'histoire des sciences et celle des évolutions de l'esprit humain pour croire à la possibilité du retour d'un despotisme de cette nature. »

A cet article du 29 octobre, le dernier de M. Latour sur ce sujet, je répondis le 3 novembre, dans un premier-Paris commençant par ces mots, qui peignaient toute ma surprise :

« Nous ne sommes pas aussi ancien que M. Amédée Latour dans la pratique du journalisme, nous n'en connaissons pas encore tous les détours, les ruses et les finesses : sans doute n'aurons-nous jamais l'art de les employer aussi bien que lui. »

J'y faisais ressortir toutes les contradictions de ce cinquième article de M. Latour avec les quatre autres.

M. Latour n'insista plus. La discussion en resta là. La doctrine générale parut abandonnée, même lorsque le fisc n'empêcha plus de la développer librement.

Voilà quelle est la vérité, bien différente, comme on voit, du récit de M. Latour.

Tout cela est bien long, et les citations, bien qu'imprimées en plus petit caractère, tiennent encore beaucoup de place.

Mais cela était indispensable.

En médecine, le journaliste est principalement un témoin, et le témoin ne vaut que par la loyauté, la sincérité, la véracité de ses paroles. Si M. Latour eût dit vrai, je serais indigne de compter dans le journalisme médical.

Si j'eusse essayé d'abuser de la confiance des lecteurs, si j'eusse rappelé comme ayant mis fin à la discussion un article auquel il eût été répondu, et si je n'eusse pas fait mention de cette réponse, en cherchant à tromper, en manquant ainsi au respect de mes lecteurs et de moi-même, je me serais mis par ce fait hors de toutes convenances, et, je le déclare, j'eusse perdu le droit de m'indigner des imputations les plus fausses, des insinuations, des injures, des plaisanteries les plus malséantes, signées d'un vrai nom, ou d'un pseudonyme, ou complétement anonymes.

Je dis anonymes, car il paraît que l'anonyme est une ressource précieuse pour M. Amédée Latour. Samedi dernier, il datait de « Chaudesaigues, en Auvergne », une lettre sans signature, remarquable par son bon goût et son urbanité. On nous y représentait comme fauteur de doctrines qui conduiraient à la révolte, aux fusillades et à l'échafaud. On nous y attribuait les arrières-pensées les plus noires, un but évident, mais secret,

que l'on ne voulait pas indiquer autrement que par quelques points, mais que comprendraient *tous ceux qui savent lire entre lignes*. Et si maintenant je voulais mettre M. Latour en demeure de s'expliquer avec franchise, s'il est possible; si je lui demandais de dire ce qu'il y a sous ces perfides réticences, il lui serait vraiment commode de me répondre : « Je n'en sais rien; ce n'est pas moi, c'est l'Auvergnat de Chaudesaigues ». Si je montrais qu'avec le bon sens le plus vulgaire il est impossible de confondre le domaine de la politique avec celui de la pratique médicale, l'indépendance du savant avec la révolte dans la rue, les principes des communards avec ceux de Trousseau, le grand accoucheur d'intelligences, le professeur qui a formé tant de médecins remarquables par la netteté de leur observation, la sûreté de leur jugement, etc.; si sur tous ces points je faisais appel à la bonne foi, je vois venir cette réponse : « Ne vous adressez pas à moi, ce n'est pas moi, c'est l'Auvergnat de Chaudesaigues. »

Tous ces artifices, ces transformations, ces déguisements, ces stratagèmes nous sont inconnus. Nous signons, et n'écrivons rien que nous ne puissions avouer. Nous ne savons lutter qu'à visage découvert et à armes loyales.

Laissons parler M. Latour, le docteur Simplice et tous les anonymes qu'il voudra mettre en cause, Auvergnats, Tatars ou Mongols. Il fallait, une fois pour toutes, que le lecteur fût éclairé sur la valeur de leurs témoignages, sur la sincérité de leurs affirmations, sur l'importance qu'on doit attribuer à leurs insinuations habiles, à leurs déclarations sonores, à leurs grands mots. C'est fait. Nous n'y reviendrons plus. On sait de quel côté est la véracité. Le reste nous importe peu.

Dr Victor Revillout.

HOTEL-DIEU. — M. Dujardin-Beaumetz.

Réflexions sur un cas de pyléphlébite.

Réflexions. — Cette observation nous présente des points fort intéressants que nous allons rapidement exposer ici.

L'ensemble symptomatique a été tel que nous avons pu, dès le début de la maladie, diagnostiquer la pyléphlébite, et ce qui nous a guidé surtout, ce sont les deux symptômes suivants : la douleur et la présence des frissons.

Dans un cas analogue, que nous avons observé à la Pitié, notre maître, M. le professeur Béhier, avait justement insisté, dans ses leçons cliniques, sur la douleur comme moyen de diagnostic de la pyléphlébite.

Cette douleur présente les caractères suivants : elle est continue et occupe tout l'abdomen. Beaucoup plus vive que celles qu'on remarque dans les cas d'hépatite, elle ne présente pas non plus l'acuité et la forme des douleurs de la colique hépatique, elle se rapproche par bien des points de celles que l'on observe dans la péritonite.

Notons, à propos de cette douleur, que dans les hépatites suppurées qui s'accompagnent d'abcès, même chauds, la douleur, qui est ordinairement sourde, peut faire complétement défaut, et Haspel a signalé plusieurs faits de ce genre.

Frerichs a, lui aussi, insisté sur l'apparition de la douleur dans la pyléphlébite. Pour lui, c'est le premier symptôme de la maladie, et elle ne manquerait dans aucun cas. Il repousse cependant tout caractère spécial à la forme et à la manifestation de ces phénomènes douloureux.

A côté de la douleur, il faut placer l'apparition de ces frissons irréguliers si tenaces et si intenses. Leur présence dans ce cas particulier a une valeur considérable, et nous voyons, dans notre observation, que, depuis le début des accidents jusqu'à leur terminaison fatale, ces frissons, accompagnés de sueurs profuses, se sont montrés journellement. Leudet, dans sa remarquable étude sur la pyléphlébite (*Arch. gén. de méd.* 1855), a donné une excellente description de ces frissons.

Si, à ces symptômes, nous joignons l'augmentation graduelle du volume du foie, nous aurons un tableau général de l'inflammation suppurative de la veine-porte.

La pleurésie et la péritonite qui se sont développées à une période avancée de la maladie sont des symptômes consécutifs. C'est du côté droit, en effet, que nous trouvons la pleurésie, qui n'a pris d'ailleurs un développement marqué que dans les huit derniers jours de l'affection. Il en est de même de la péritonite; et les désordres constatés à l'autopsie, du côté du péritoine, nous montrent que cette inflammation était à son début.

Ce qui donne à cette observation un caractère tout particulier, c'est la localisation de l'inflammation à toute la branche droite de la veine-porte; tandis qu'au contraire le lobe gauche et la branche veineuse qui y correspond étaient sains.

Le caillot qui oblitérait complétement la branche droite de la veine-porte nous permet d'expliquer cette localisation de l'inflammation suppurative; nous retrouvons aussi d'ailleurs ces mêmes caillots dans les veines sus-hépatiques, établissant ainsi une barrière entre les divisions de la veine-porte malade et la veine-cave.

Quel est le point de départ de cette inflammation suppurative de la veine-porte?

Il nous est bien difficile de répondre à cette question. Une seule cause peut être invoquée : c'est la présence de calculs hépatiques. Si l'on se reporte à notre observation, on voit que, le 29 avril, le malade a éprouvé les symptômes que l'on peut attribuer à une colique hépatique : douleurs vives venant par accès, ictère, vomissements; d'autre part, à l'autopsie, nous avons constaté la présence d'un calcul dans la vésicule biliaire.

Il est vrai que, pendant la vie, nous n'avons observé aucun calcul dans les matières fécales, et qu'après la mort les voies d'excrétion de la bile nous ont paru libres. Aussi serons-nous très-réservé dans notre affirmation, faisant toutefois remarquer que, dans le cas de pyléphlébite que nous avons observé à la Pitié, l'inflammation paraît avoir eu aussi pour point de départ une colique hépatique.

La durée totale de la maladie, qui a été de trente-cinq jours, peut être divisée en trois périodes. Dans la première, ce sont des symptômes de colique hépatique qui dominent (du 29 avril au 7 mai).

Dans la seconde période, on constate les premiers symptômes de la pyléphlébite (du 10 mai).

Dans la troisième période, enfin, apparaissent les symptômes propres à la péritonite et à la pleurésie.

Ces trois périodes nous paraissent indiquer la marche successive de la maladie, et en résumé nous pensons que, dans le cas qui nous occupe, l'inflammation suppurative de la veine-porte a pris très-probablement son point de départ dans l'irritation des conduits biliaires provoquée par la présence d'un ou de plusieurs calculs; que cette inflammation, après avoir envahi toute la branche droite de la veine porte, a déterminé l'inflammation

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 18 juillet 1872.

non-seulement du parenchyme du foie, mais encore de l'enveloppe péritonéale, et par contiguïté, la phlegmasie de la plèvre du côté droit.

Telle est l'explication qui nous paraît concorder le plus exactement avec les symptômes observés pendant la vie et les désordres constatés après la mort.

OVARIOTOMIE

TERMINÉE PAR LA MORT DIX-SEPT HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

Par M. le docteur H. PERNET (de Saint-Pierre-lès-Elbeuf).

La fille Augustine J..., tisserande, âgée de 43 ans, d'une forte constitution et d'une santé robuste, a toujours été bien réglée. Il y a quatre ans, elle s'aperçut que son ventre grossissait, et cet embonpoint devint bientôt assez prononcé pour être visible aux autres, ce qui la mit en butte à la médisance de ses voisines ; mais la persistance de sa grosseur prouva bientôt que l'on n'avait pas affaire à une grossesse.

Bientôt des douleurs vagues, limitées à la région latérale droite, lui firent concevoir des inquiétudes, et elle se décida à consulter un médecin.

Impatiente de voir que son *enflure* augmentait quoi que l'on fît, elle alla à Paris consulter un charlatan, qui lui ordonna des frictions de pommade camphrée.

Au moment où je commençai à la voir, en juillet dernier, le ventre avait acquis des dimensions énormes. Le diaphragme était refoulé jusque sous les seins ; inférieurement, la tumeur reposait sur les cuisses, et, dans la station debout, on avait peine à introduire la main jusqu'au fond du pli de l'aine.

L'abdomen était régulièrement pyriforme, et, au volume près, présentait tout à fait l'apparence de l'utérus gravide.

Elle avait $1^m,50$ de tour de taille. A ce moment, la respiration était excessivement gênée, la nutrition impossible, car l'estomac rejetait toute nourriture. La malade était dans un état d'émaciation extrême, mais il n'y avait pas d'œdème. Je diagnostiquai un kyste ovarique uniloculaire, et, en face de symptômes aussi alarmants, je proposai la paracentèse, que je pratiquai, le 1er août, avec le concours de mon confrère, le docteur Mathorel. La ponction évacua 19 litres d'un liquide brun-verdâtre, visqueux et moussant très-facilement. Le liquide ne fut pas examiné au microscope, mais il renfermait évidemment une forte proportion de cholestérine et de globules sanguins. Les 19 litres de liquide pesaient 23 kilos. La ponction fut suivie du retrait immédiat de la poche, et nous crûmes à l'absence de toute adhérence péritonéale. La guérison fut très-rapide, et, huit jours après, la malade se trouvant tout à fait bien, recommençait à travailler à son métier de tisserande.

J'avais eu soin de la prévenir que l'opération n'était que palliative. En effet, six semaines après, elle remarqua que la tumeur regrossissait, et se décida alors à se soumettre à une opération radicale, dont je lui avais fait entrevoir toutes les terminaisons possibles.

Le 11 novembre, trois mois après la paracentèse, je procédai à l'extirpation de la tumeur, avec le concours des docteurs Duménil de Rouen, Mathorel et Bertrand (d'Elbeuf). Je suivis de point en point les préceptes de Kœberlé. Une incision médiane de 12 centimètres permit d'arriver à la tumeur qui, ponctionnée, donna issue à 10 litres de liquide complètement citrin. Tout alla bien d'abord, mais l'extraction fut plus longue que je ne le supposais, car il y avait des adhérences postérieures nombreuses et fortes, qui nécessitèrent une dissection attentive de plus d'une heure. Les adhérences n'avaient lieu qu'avec le mésentère. Les intestins et les viscères étaient complètement libres. Enfin, la tumeur put être pédiculisée et détachée avec le serre-nœud. Pas une goutte de liquide kystique ne tomba dans la cavité péritonéale, et l'hémorrhagie fut insignifiante, ne provenant que de l'incision cutanée.

La plaie fut refermée par deux sutures entortillées, profondes, qui respectaient le péritoine, et cinq points de suture superficielle. Un tube en verre fut placé à l'angle inférieur de l'incision. Pendant toute l'opération, qui dura une heure et demie, la malade avait été maintenue sous l'influence du chloroforme, dont elle avait respiré *cent* grammes. Elle avait été tenue chaudement enveloppée dans de la flanelle.

Trois heures après l'opération, je sondai la malade et évacuai un demi-verre d'urine naturelle. L'intelligence était complète et la sensibilité encore obtuse. A minuit, je sondai encore la malade, mais la vessie était presque vide. Elle ne se plaignait pas, le ventre souple et point douloureux, la langue humide, le pouls régulier et à 80 pulsations. Elle prend du bouillon, du vin chaud et de l'eau de Seltz. Pas de hoquets ni de nausées.

Le tube en verre placé dans la plaie donne issue, à peu près, à 10 grammes de sérosité sanguinolente.

Je quittai donc mon opérée, plein d'espoir sur le résultat final; mais le lendemain matin, en me rendant près d'elle, je rencontrai un de ses parents qui venait me chercher en toute hâte, me disant que l'opérée se sentait très-faible, et j'arrivai juste à temps pour lui voir rendre le dernier soupir.

Informations prises, il paraît que depuis deux heures elle avait des hoquets, mais elle ne s'était aucunement plainte de douleurs abdominales. Le ventre n'était nullement ballonné, et le tube ne contenait pas une cuillerée à café de sérosité.

Il n'y avait donc pas eu de péritonite, pas eu d'hémorrhagie interne. La malade succombait à la prostration, à la sidération qui accompagne malheureusement trop souvent les grandes opérations.

Je conclus en disant que si l'ovariotomie a été pratiquée sur cette malade, l'opération était non-seulement justifiable, mais encore nécessaire. En effet, la gravité des symptômes rendait l'expectation impossible. J'avais donc à choisir entre les ponctions répétées, l'injection ou l'extirpation.

La rapidité avec laquelle le liquide s'est reformé après la première ponction donne fort à présumer de l'inefficacité de ce moyen.

La nature du liquide évacué, après cette ponction, faisait aussi rejeter l'idée d'une injection iodée ; car ce liquide brun, épais et trouble contenait évidemment du sang, (Le liquide extrait plus tard, au moment de l'ovariotomie, était jaune citrin, mais n'était renfermé dans la poche que depuis trois mois, tandis que le premier y séjournait depuis quatre ans). Ensuite la tumeur, quoique uniloculaire, contenait, à sa partie inférieure, un nid de petits kystes multiloculaires, au nombre de huit à dix, variant en grosseur depuis un marron jusqu'à une cerise. L'oblitération de la poche principale eût été rapidement suivie du développement de ces tumeurs secondaires.

La nécessité de l'extirpation s'imposait d'elle-même. La bonne santé antérieure de la malade, jointe à son désir fermement exprimé de se soumettre à l'opération, était encore une considération favorable. Et enfin, l'innocuité de la paracentèse attestait chez elle d'une grande tolérance du péritoine. Pendant la dissection, je pus m'assurer que la plaie occasionnée par le trocart avait été cicatrisée sans contracter d'adhérences avec les parois abdominales. Cette ponction avait laissé simplement une dépression ratatinée et de couleur brune qui tranchait vivement avec la couleur mate du kyste.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1872 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

M. OLLIER termine ainsi :

M. Chassagnac paraît cependant se proposer aujourd'hui (mais

(1) Suite, — Voir le dernier numéro.

depuis le 1er mai 1872 seulement) de conserver, tout comme je le fais moi-même, l'intégrité de la gaine périostéo-capsulaire; malheureusement, dans ses procédés, il commence par la couper en travers.

En sciant l'os, en effet, avant de désarticuler, il scie le périoste en même temps. Jamais il ne s'est avisé de le détacher de l'os préalablement; nulle part il ne parle de l'ouverture préalable de la gaine périostéo-capsulaire, pour pouvoir passer la scie à chaîne entre le périoste et l'os.

Qu'arrive-t-il alors? Les deux parties sectionnées de la gaine périostéo capsulaire s'éloignent, se rétractent, en vertu de l'élasticité du périoste ou de la contraction des muscles qui s'y insèrent et restent complétement indépendantes.

Pour l'extrémité supérieure de l'humérus, par exemple, les muscles qui s'insèrent sur la tête, perdent, par la section préalable de l'os, tout rapport avec son bout inférieur.

Dans mon procédé, au contraire, le périoste et la capsule étant ouverts longitudinalement et n'étant jamais coupés en travers, tous les muscles qui s'y insèrent continuent à être en rapport avec le bout inférieur de l'os, par l'intermédiaire de la gaine périostéo-capsulaire, et si la régénération osseuse ne s'effectue pas, la gaine conservée transmet au reste de l'os l'action des divers muscles, *en agissant*, selon mon expression, *comme un tendon prolongé*.

Comme on le voit, non-seulement M. Chassaignac ne peut rien réclamer en vertu de ce qu'il a écrit autrefois, mais aujourd'hui encore, malgré tout ce que j'ai publié ou communiqué aux diverses sociétés savantes, sa manière de faire est complétement différente de la mienne, qui consiste essentiellement, je ne saurais trop le répéter, dans cette proposition fondamentale : *conservation intégrale de la gaine périostéo-capsulaire* (1).

« Mais, me dira-t-on, quoique M. Chassaignac ait ajouté, dix-sept ans après, à son premier texte les mots : *conservation intégrale du périoste et de la capsule*; quoiqu'il ne puisse s'attribuer la moindre part dans la nouvelle méthode de résections articulaires, il a eu au moins le mérite de conserver du périoste avant vous. »

Ce mérite, je ne le nie pas et je n'ai jamais cherché à le lui enlever; mais s'il a conservé du périoste avant moi, il l'a fait après vingt autres, dont il trouvera les noms dans l'historique que j'ai fait de la question. S'il veut bien, en effet, consulter ce que j'ai écrit à ce sujet, il verra que, depuis cent ans, l'idée de la conservation du périoste a été souvent formulée et mise en pratique, et que, dans ce siècle surtout, plusieurs chirurgiens, Malgaigne en particulier (2), ont recommandé de faire ce qu'il a fait lui-même, c'est-à-dire, de conserver autant que possible le périoste. Il y retrouvera encore un fait qu'il a bien connu autrefois et qu'il est bon de rappeler aujourd'hui à cause de son importance historique, l'opération de Blandin, qui, publiée onze ans avant la sienne, est aussi concluante au point de vue de la régénération de l'os.

Ces faits antérieurs, loin de les négliger, je me suis attaché à les mettre en lumière. J'y ai mis même d'autant plus de soin, qu'à l'époque où je publiai mes premières recherches, je n'avais pas de faits cliniques personnels.

J'ai fouillé partout, j'ai frappé à toutes les portes pour faire surgir des faits cliniques confirmatifs de faits expérimentaux, que je venais d'observer. C'est alors que j'ai fait connaître les travaux de M. Larghi, de Verceil, que M. Chassaignac oublie de citer dans son *Traité des opérations*, de 1861, et que je l'engage cependant à relire s'il veut se mettre au courant de cette question d'histoire.

Oui, M. Chassaignac, comme un certain nombre de chirurgiens l'ont fait avant lui, a cherché à ménager, autant que possible, le périoste dans ses résections; oui, il a disséqué, avec la pointe du bistouri, ce qu'il a pu de cette membrane; mais s'il s'imagine que cela suffit pour constituer la méthode de résection que je préconise surtout pour les lésions articulaires, il est dans la plus complète erreur.

Je ne puis que le renvoyer à ce que j'ai écrit sur ce sujet, et surtout aux chapitres III, IV, V et X du tome II de mon *Traité sur la régénération des os* (1).

Il verra quel but j'ai poursuivi, sur quels faits physiologiques je me suis appuyé, et quelles règles opératoires j'ai formulées. Il se rendra mieux compte alors de la distance qui nous sépare, et comprendra que ce n'est point en altérant le titre d'une observation ou en le complétant par quelques phrases habilement choisies, qu'il pourra se faire reconnaître quelques droits à l'intervention d'une méthode dont on ne trouve pas la moindre trace dans toutes les descriptions qu'il a données.

Je m'arrête dans cette réponse, à laquelle j'ai été provoqué par une attaque que je comprends de moins en moins. Depuis 1858, j'ai fait à la Société de chirurgie et dans d'autres sociétés savantes un certain nombre de communications dans lesquelles j'ai tenu le même langage qu'à l'Académie de médecine, le 2 avril dernier, et jamais je n'ai eu la bonne fortune d'entendre M. Chassaignac demander la parole à ce sujet. Dans la séance du 3 avril, cependant, notre collègue fit une première lecture dans laquelle il se contenta d'exposer, très convenablement, du reste, les principes de sa méthode opératoire; mais cela ne ressemblait pas encore à une réclamation de priorité. Il ne s'était pas encore avisé de revendiquer pour lui la méthode des résections sous-périostées. Je regrette sincèrement qu'il lui ait fallu un mois pour rechercher ses titres de propriété. J'étais présent à la séance du 3 avril, et j'aurais pu lui fournir immédiatement toutes les explications nécessaires.

Il m'en a coûté d'argumenter ainsi avec un collègue pour lequel j'ai toujours professé la plus respectueuse estime; mais, malgré mon peu de goût pour ces polémiques personnelles, il m'était difficile de garder le silence. Attaqué devant la Société de chirurgie, c'est devant elle que je devais et que j'ai voulu me défendre.

M. CHASSAIGNAC. Je trouve la lettre de M. Ollier conçue en termes très-convenables, et je me plais à reconnaître qu'elle ne renferme aucune trace d'aigreur; mais, sur un point, je n'accepte pas la discussion de M. Ollier touchant les altérations de texte. Tout ce que j'ai cité a été pris textuellement dans les auteurs, et quand j'ai ajouté quelque chose, j'en ai fait mention.

(A suivre.)

(1) « Ce qui caractérise essentiellement notre méthode opératoire pour les résections articulaires, c'est la conservation intégrale de la *gaine périostéo-capsulaire*, c'est-à-dire d'un canal fibreux, intermédiaire, joignant entre eux les bouts des os réséqués, capsulaire au centre, périostique à chaque extrémité. La régénération de l'os s'opère dans la partie périostique; la partie capsulaire reste fibreuse et l'articulation se reconstitue. Dans les cas où la régénération osseuse n'a pas lieu, l'articulation se reconstitue également, quoique d'une manière moins parfaite; les muscles gardent leurs rapports réciproques et continuent à s'insérer, au moyen de la gaine périostique, sur les leviers qu'ils doivent mouvoir. » (Ollier, *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, tome II, chapitre X.)

(2) Malgaigne, *Manuel de médecine opératoire*, 1834.

VARIÉTÉS

Physiologie du système nerveux cérébro spinal, d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie. (2)

Par le Dr ÉD. FOURNIÉ, médecin-adjoint à l'Institut des sourds-muets.

Depuis le commencement de ce siècle, la physiologie française, avec Bichat, Magendie, est entrée dans une voie nouvelle. Réagir contre l'envahissement immodéré des hypothèses et des vues de l'esprit, tel est son but bien déterminé. La méthode expérimentale est devenue depuis lors l'unique instrument de progrès, et l'on sait les grands résultats qu'elle a donnés entre les mains des hommes éminents qui

(1) Pour la partie expérimentale, voir spécialement le chapitre IX du tome Ier. — Voir l'introduction, pour l'historique de tout ce qui a trait à la régénération des os.

(2) Un fort vol. in-8° cartonné. Prix : 12 francs.

l'ont employée. Ces progrès ont été assez brillants, non-seulement pour s'imposer à tous les esprits, mais encore pour faire tomber dans un excès des plus regrettables. Aujourd'hui, aux yeux des adeptes, la méthode expérimentale n'est plus seulement une méthode, elle constitue la physiologie elle-même; tout ce qui ne ressort pas de l'expérimentation n'est pas de la physiologie, c'est de la philosophie si l'on veut, mais l'ensemble des faits recueillis par la méthode expérimentale constitue seul la physiologie.

A cette regrettable exagération, opposons l'étude de la physiologie du système nerveux, la physiologie du cerveau. Si ces parties de la science peuvent emprunter beaucoup aux faits de la méthode expérimentale, le mécanisme interne des actions nerveuses échappe à l'expérimentation. Il faut donc s'adresser à d'autres procédés pour les découvrir et les formuler. C'est ce qui semble avoir surtout frappé M. le docteur Edmond Fournié lorsque, sous le titre de : *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, il a publié l'œuvre considérable que nous allons examiner.

I

Avant d'aborder une question aussi difficile et aussi obscure que celle de la physiologie du système nerveux cérébral, M. Fournié a dû se chercher une méthode.

Il y a, dit l'auteur, deux ordres de mouvements :

Les uns, continus depuis la naissance du germe jusqu'à la mort, ne demandant pour s'entretenir que le contact du sang avec les tissus. Ce sont les mouvements de la vie organique, mouvements présentant un caractère variable selon les organes, c'est-à-dire selon les propriétés organiques.

Les autres, au contraire, sont intermittents et demandent pour se manifester l'intervention d'un excitant spécial transmis par les nerfs sensitifs : ce sont les mouvements fonctionnels.

Ces deux ordres de mouvements donnent naissance, d'un côté aux produits de la vie organique qui peuvent être des produits chimiques (sécrétions) ou des appareils mécaniques (fibre contractile), ou des appareils dynamiques (tissu nerveux); de l'autre à des mécanismes fonctionnels variables, selon que le résultat de la vie organique est un produit chimique ou un appareil mécanique ou dynamique.

Après avoir posé ces bases fondamentales, M. Fournié s'est préoccupé de déterminer la condition de toute fonction. Il s'est appliqué à indiquer quel est l'ensemble des phénomènes que l'on doit désigner sous ce nom, et de telle façon que ces notions générales soient applicables à n'importe quel organe fonctionnant. Comme on va le voir, ces notions sont essentiellement neuves et deviennent indispensables pour l'étude de la physiologie tout entière.

Le plus souvent, on confond la vie fonctionnelle avec la vie organique. C'est ainsi que l'on dit généralement : la fonction du foie est de faire de la bile; la fonction des glandes salivaires est de faire de la salive. Cette manière de parler est vicieuse, car on confond ainsi les résultats de la vie organique, qui sont tantôt un produit chimique, tantôt un produit dynamique, avec la vie fonctionnelle, qui consiste à utiliser ces produits pour les mettre en rapport les uns avec les autres. Un exemple fera mieux saisir notre pensée. De même qu'on dit que la fonction du foie consiste à faire de la bile, de même quand il s'agit des muscles, on serait autorisé à dire que leur fonction consiste à produire des fibres contractiles.

Pourquoi généralement ne parle-t on pas ainsi et pourquoi dit-on plutôt que la fonction des muscles consiste dans la contraction? Le pourquoi, le voici : faute d'avoir déterminé les caractères de la vie organique et ceux de la vie fonctionnelle, on ne pouvait pas soupçonner que les lois fonctionnelles puissent être les mêmes pour des organes dont le produit de la vie organique est si différent, et on accordait indistinctement le nom de *fonction*, tantôt aux produits de la vie organique et tantôt aux résultats de la vie fonctionnelle. C'est pourquoi le mot *fonction* était appliqué tantôt à la sécrétion même de la bile et tantôt à la contraction musculaire.

Évidemment, le phénomène *sécrétion* et le phénomène *contraction* appartiennent à des périodes différentes de la vie évolutive des tissus : dans le premier cas, c'est une période de l'activité organique; dans le second, c'est une période de la vie fonctionnelle; à la période *sécrétion-bile* correspond, dans le muscle, la période *entretien d'une fibre à l'état de fibre contractile*. La vie organique fournissait, au contact du sang, là un produit chimique, ici un produit dynamique. Quant à la vie fonctionnelle, elle est bien réellement dans le muscle ce qu'on dit qu'elle est, une contraction, c'est-à-dire le résultat de la vie organique (aptitude à se contracter) mis en activité dans un but déterminé. La vie fonctionnelle doit, par conséquent, dans le foie, correspondre à la même période de l'évolution vitale; elle doit correspondre, non pas à la sécrétion de la bile, mais à la mise en activité de ce produit dans un but déterminé, c'est-à-dire à l'expulsion de ce produit hors de l'organe, afin qu'il puisse concourir par ses propriétés, avec les mouvements fonctionnels des autres organes, à ce *consensus* général qui constitue la vie agissante.

La distinction établie entre la vie organique et la vie fonctionnelle est non-seulement utile au point de vue de la physiologie, mais encore au point de vue de la pathologie; mais pour faire ressortir cette importance, nous serions entraîné à des développements qui trouveraient mieux leur place dans un article spécial. Continuons :

C'était déjà beaucoup d'avoir distingué les deux ordres de mouvements dont nous venons de parler, mais M. Fournié ne s'en est pas tenu là. Tout le monde sait le vague, l'indéterminé qui est attaché au mot de *fonction*; par l'analyse physiologique, M. Fournié a déterminé les éléments qui entrent dans une fonction, et c'est à leur ensemble précis qu'il applique la définition de toute fonction. Ces éléments fonctionnels indispensables sont au nombre de trois : l'excitant fonctionnel est transmis nécessairement par les nerfs sensitifs, il est variable selon la fonction : le contact des aliments avec les parois du duodénum pour la fonction biliaire, le mouvement nerveux pour la fonction musculaire, le mouvement impressionneur pour la fonction du cerveau.

La matière fonctionnelle est variable selon les organes, mais elle est représentée par les produits variables de la vie organique mis en activité dans le but fonctionnel. La bile, passant des canalicules et de la vésicule biliaire dans le duodénum, constitue, alors qu'elle est en mouvement dans ce but, la matière fonctionnelle; l'aptitude des fibres musculaires à se contracter, se transformant en contraction réelle sous l'influence de l'excitant fonctionnel transmis par les nerfs, constitue la matière fonctionnelle de la fonction musculaire; l'aptitude des cellules cérébrales à transformer le mouvement impressionneur en *perception* constitue, alors qu'elle se transforme en impulsion motrice sous l'influence de l'excitant fonctionnel, la matière fonctionnelle de la fonction cérébro-motrice.

Cette analyse délicate a permis à M. Fournié de montrer les phénomènes biologiques sous un jour nouveau, ou plutôt, de caractériser, comme on ne l'avait pas fait jusqu'ici, les diverses périodes de l'évolution des tissus vivants. Mais ce fait acquis, bien que très-considérable, n'est rien à côté des résultats qui en sont la conséquence.

En montrant, en effet, que tous les organes, sans exception, vivent et fonctionnent selon les mêmes lois, M. Fournié a réagi d'abord contre cette tendance qui a porté les physiologistes à considérer le cerveau comme un organe fonctionnant en dehors des lois

communes. La réaction ne s'est pas bornée là. En démontrant que le cerveau vit *organiquement* et *fonctionnellement* selon les mêmes lois que les autres organes, M. Fournié s'est attaché à comparer le cerveau aux autres organes dans les diverses périodes de son activité organique et de son activité fonctionnelle, et il est ainsi parvenu à faire la physiologie du cerveau, qui n'existait pas encore dans les mêmes conditions où l'on a fait la physiologie des autres organes.

Par des considérations essentiellement physiologiques, M. Fournié a démontré qu'il n'y a qu'une seule fonction du cerveau. De même que les fonctionnements partiels des éléments du foie constituent, par leur ensemble, la fonction du foie, de même les fonctionnements partiels mais identiques des éléments du cerveau constituent la fonction unique du cerveau, que M. Fournié désigne sous le nom de fonction *cérébro-motrice*. En effet, toutes les activités fonctionnelles du cerveau aboutissent à un mouvement particulier dans les fibres motrices destinées à provoquer une contraction musculaire, soit *objective*, soit *subjective*. (Quand nous pensons, nous agissons *subjectivement* sur les fibres musculaires qui président à la formation du mot.) Dans le cerveau, on ne saurait trouver autre chose. Mais voici où les bases fondamentales du travail de M. Fournié vont trouver leur application. Recherchant les éléments similaires de l'activité organique et de l'activité fonctionnelle dans le cerveau et dans les autres organes, l'auteur établit que, semblablement aux autres organes, le cerveau reçoit son excitant fonctionnel à travers les nerfs sensitifs, ce qui l'amène à étudier le phénomène impression, transmission et perception à travers toutes les fibres sensitives ou impressionneuses. A ce sujet, il établit des divisions qui resteront : ce sont les impressions qui proviennent de la vie organique, et les impressions de la vie fonctionnelle. Celles-ci se divisent en impressions de la vie fonctionnelle de nutrition, de reproduction et de relation. Cette étude est féconde en aperçus nouveaux en ce qui concerne l'origine de toutes les impressions qui servent d'excitant à l'activité fonctionnelle du cerveau.

Dr E. Le Sourd.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

200. Lacomme. Réflexions critiques sur le rôle des organismes inférieurs dans la genèse des maladies infectieuses.
201. Camiade. Étude sur la déviation des menstrues.
202. Chalmet. De l'emploi du mercure dans la syphilis.
203. Boiland. Essai sur quelques cas de paralysie des muscles de l'œil.
204. Bévierre. Étude sur quelques points de l'érysipèle.
205. Rigoine. De l'éclampsie puerpérale et de l'utilité des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie.
206. Beaufils. Note sur l'aphasie.
207. Leclerc. Considérations sur le tétanos traumatique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

—

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✠, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral, par le docteur Cornilhon. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

La suppuration, recherches modernes, par le docteur Émile Leriche. — Paris, 1872, gr. in-8 de 102 pages. — Prix : 2 francs. — F. Savy.

Considérations étiologiques sur l'hydrocèle des adultes, par le docteur Vétault. In-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 86. — JEUDI 25 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 25 JUILLET 1872. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 8,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. La jeune et la vieille thoracentèse (M. Bouchut). — Encéphalocèle; hydrorachis; bec-de-lièvre; opération; mort (M. Henri Pernet). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Erratum. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Encore une bonne séance.

D'abord une lecture instructive de M. le docteur Collin, sur les effets de l'encombrement dans la variole et sur la manière dont cette maladie paraît se propager.

Je ne veux pas dire que les faits relatés dans cette lecture soient d'une explication facile. On se demande, en effet, pourquoi le corps des infirmiers de Bicêtre et le personnel médical ont joui d'une grande immunité, tandis que le contraire arrivait pour des soldats qui, bien que cantonnés à distance, dépendaient d'un état-major établi dans cet hôpital et par conséquent pouvaient avoir les rapports les plus indirects avec les salles de varioleux. On se demande aussi à quel point les marins casernés au fort de Bicêtre, tout près de l'hôpital, mais ne dépendant pas du même état-major, étaient, par cette cause, à l'abri de rapports non moins indirects avec les soldats et les officiers qui y venaient ou y habitaient.

Mais il est toujours bon de consigner les faits tels qu'ils ont été observés, alors même qu'on ne voit pas bien quel est le lien qui les rattache, ou qu'on doit s'en tenir à des explications médiocrement satisfaisantes.

Après M. Collin, nous avons entendu M. Jules Guérin, reprenant la parole dans la discussion sur l'empyème.

Il avait surtout à répondre à MM. Chassaignac et Sédillot : tel était son but principal dans une rapide improvisation, qui a d'autant plus été goûtée, que c'était là un vrai discours académique, et non pas un mémoire.

Ne s'écartant pas des points en litige, il a montré que les critiques de ses adversaires ne s'appliquaient pas à sa manière de procéder, qu'il ne faisait jamais le vide préalable avant d'ouvrir la plèvre, qu'il ne retirait pas plus de liquide que n'en pouvaient naturellement expulser l'expansion pulmonaire et le retour des organes à leur ancienne position. Puis il s'est demandé si la méthode de perforation d'une côte, préconisée par M. Sédillot dans un mémoire à l'Institut, pouvait être plus innocente.

En somme, M. Jules Guérin, en combattant *pro aris et focis*, l'a fait avec un vrai talent, avec la forme et dans les proportions les plus convenables.

Dr VICTOR REVILLOUT.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

La jeune et la vieille thoracentèse.

Les vieilles méthodes sont, en général, comme les vieilles femmes; elles ne peuvent souffrir les jeunes et ne leur pardonnent pas lorsqu'elles se présentent pour leur disputer les suffrages de la foule. Ce qui se passe dans la presse et dans les sociétés savantes à l'occasion de l'empyème, en est la preuve. Si quelques plumes bienveillantes qui accueillent avec bonté les débuts de la jeune thoracentèse, combien d'autres ne lui trouvent que des défauts dignes de la faire délaisser! Les vieilles thoracentèses vantent les temps heureux où l'on ouvrait l'empyème thoracique avec le bistouri, avec le trépan, avec le feu, avec les gros trocarts ordinaires, avec le passage d'un drain, avec l'établissement d'une fistule thoracique, etc.

Peut-être, si leur poitrine devait être le champ de la bataille, seraient-elles moins audacieuses, et préféreraient-elles une simple piqûre d'aiguille creuse à une plaie de bistouri ou de trocart suivie de fistule; mais les vieilles méthodes ne raisonnent pas souvent de cette manière. Elles sont exclusives et ne veulent rien perdre de leurs avantages jusqu'au jour où l'évidence se tourne contre elles et oblige à les abandonner tout à fait.

La jeune thoracentèse, dans l'empyème, oppose aux mérites contestables de la vieille des avantages qu'on n'avait encore rencontrés dans aucune autre méthode. Elle permet de vider le pus deux ou trois fois la semaine par des aspirations pneumatiques au moyen d'une fine aiguille creuse, et cela vingt, trente et cinquante fois sans accident et sans fistule thoracique consécutive.

Après quatre observations qu'elle a publiées par mon organe dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1871 et de 1872, en voici une autre, la plus curieuse de toutes. C'est une pleurésie purulente d'hydro-pneumothorax et guérie par cinquante-six ponctions de la poitrine.

OBSERVATION. — *Pleurésie purulente avec ulcération de la plèvre du côté des bronches et du côté de la peau, de manière à former une double fistule pleurale et un pyo-pneumothorax. — Cinquante-six injections de teinture d'iode. — Guérison.*

En 1871, un garçon de 7 ans, V..., me fut adressé par le docteur Gaillard (de Montrouge), pour un épanchement pleurétique datant de trois mois et occupant tout le côté gauche de la poitrine.

L'enfant était extrêmement pâle, amaigri et d'une grande faiblesse, avec fièvre continue intense. Il était fort étouffé, toussait à peine et ne crachait pas.

Le côté gauche de la poitrine était fort dilaté, un peu œdématié, et les espaces intercostaux effacés. Le cœur, refoulé à droite, battait visiblement sous le mamelon droit. Matité absolue de la fosse claviculaire à la base, en avant comme en arrière; absence complète de vibrations thoraciques; disparition entière de tout bruit respiratoire et de retentissement vocal, si ce n'est en arrière, à la racine des bronches.

Je reconnus un épanchement considérable, et, à la partie moyenne du 5e et du 6e espace intercostal, je fis, par succion avec la seringue aspirante de Dieulafoy, la soustraction de 450 grammes de sérosité claire jaunâtre, qui se coagula au bout de quelques heures. Ce fut le 18 mars 1871.

Après l'opération, le cœur ne revint que faiblement vers sa place; on le voyait toujours battre à droite du sternum, mais la résonnance de la poitrine reparut partout, ainsi que la respiration vésiculaire normale.

L'enfant fut très-soulagé, mais l'épanchement se reproduisit rapidement. Je fis au même endroit une seconde ponction aspiratrice au bout de quatre jours, mais cette fois je *retirai du pus* blanc-jaunâtre crémeux. Il en fut enlevé 300 grammes environ. On cessa tout médicament, pour ne faire usage que *de bon vin et de viande rôtie*.

Huit jours après, dans le même espace intercostal, *troisième ponction*, par laquelle il sortit encore environ 300 grammes de pus.

L'enfant reprenait à vue d'œil, et il augmenta de poids, car il acquit 1 kilogramme. Il était toujours gêné à respirer, mais il avait assez de force pour se promener dans le jardin. L'amélioration était évidente.

Même régime alimentaire.

Huit jours après, aux environs du même point de la 5e côte, quatrième succion par la seringue aspirante ou *pyulque* de Dieulafoy, et je retirai 350 grammes de pus.

La semaine suivante, je fis la *cinquième succion* en retirant toujours à peu près la même quantité de pus. Après l'opération, revenaient la résonnance du thorax et le murmure vésiculaire en haut de la poitrine, en avant et en arrière, puis cela disparaissait au bout de deux jours, plus ou moins complétement, jusqu'à la pratique d'une nouvelle ponction.

Entre la 5e et la 6e évacuation du pus, l'enfant se mit à tousser d'une façon incessante, comme il ne l'avait jamais fait. La toux l'empêchait de dormir, et elle s'accompagnait d'une expectoration purulente assez considérable.

Je pensai que la plèvre s'était ulcérée du côté des bronches, qu'il s'était formé une *fistule pleuro-bronchique*, et que le pus de la plèvre passait en partie dans les bronches, pour être rejeté par la bouche.

Je fis néanmoins la *sixième ponction*, et je retirai encore 250 grammes de pus environ.

Quand on me ramena l'enfant, la toux était la même, toujours accompagnée d'expectoration purulente, et il y avait un peu plus de dyspnée que de coutume. Toute la partie postérieure du thorax, depuis la crête de l'omoplate jusqu'en bas, offrait une grande matité, mais le sommet était très-sonore. Par la *succussion*, on produisait le *bruit de fluctuation thoracique*, indice de l'hydro-pneumothorax, mais il n'y avait pas de tintement métallique. A la base du poumon, en arrière, point de bruit respiratoire; à la partie supérieure, souffle bronchique et broncho-égophonie prononcée. En avant, absence de bruit respiratoire.

Je fis une *septième succion* avec la seringue aspirante, et chaque fois que le vide était fait dans le corps de pompe, j'ouvrais le robinet de l'aiguille creuse, il sortait de la plèvre du pus et de l'air. Quelquefois même il ne montait dans la seringue que de l'air, qui pénétrait avec bruit. Cette fois, je ne retirai que 100 grammes de pus.

A la semaine suivante, *huitième ponction*, par laquelle je retirai encore de l'air et du pus en petite quantité, 80 à 100 grammes environ. Même état d'auscultation, de percussion et de fluctuation thoracique.

Entre la quatrième et la cinquième côte, à une petite distance des piqûres faites par l'aiguille de la seringue, il se fait un empâtement rouge, douloureux, indice d'un phlegmon intercostal qui va suppurer et produire une fistule cutanée pleurale. Cela me parut être le résultat d'une ulcération de la plèvre qui tapisse les côtes.

L'état général est toujours très-bon, et l'enfant a notablement engraissé. Il se promène un peu dans le jardin, mange avec appétit et n'a point de diarrhée. Le cœur est en partie revenu à sa place.

Quinze jours plus tard, on me ramène l'enfant, dont l'abcès intercostal s'est ouvert en produisant un écoulement continu purulent, d'origine pleurale. En même temps, il y a toujours de l'expectoration purulente avec fluctuation thoracique très-prononcée.

Comme la matité de la plèvre remonte en arrière jusqu'à la crête de l'omoplate, je pratique une *neuvième ponction*, qui me permet de retirer de l'air et environ 120 grammes de pus. Aussitôt, le niveau de la matité s'abaisse et on entend le murmure vésiculaire jusque au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate.

Par les mêmes motifs et sous l'indication des mêmes signes, je fis encore, la semaine suivante, une *dixième ponction*, qui me fournit les mêmes résultats, mais la quantité de pus fut peu considérable. La seringue semblait ne plus fonctionner aisément; son aiguille à succion semblait s'obstruer et faire obstacle à la sortie du pus.

Au bout de quinze jours, l'enfant ayant encore de la matité en arrière de la poitrine et en bas, je fis, entre la cinquième et la sixième côte, une *nouvelle ponction*, qui ne fut suivie d'aucun effet. Aussitôt je retirai l'aiguille, pour l'introduire dans l'espace intercostal situé au-dessus : même résultat infructueux; je tirais quelques gouttes de pus, puis la canule s'embarrassait, et je fus obligé de cesser. Il est probable que l'extrémité de l'aiguille plongeait au milieu de fausses membranes ou de coagulums purulents. En effet, le cœur était presque à sa place; la respiration vésiculaire s'entendait sous la clavicule et en arrière du sommet, à la partie moyenne de l'omoplate. En ce point, elle était un peu soufflante. La matité n'existait plus qu'à la base de la cavité pleurale, là où il y avait toujours absence de bruit respiratoire.

Je laissai l'enfant se reposer pendant quelques semaines, et quand je le revis, après neuf mois de maladie et six mois de traitement par dix opérations d'empième par succion, l'enfant avait repris beaucoup de force et d'embonpoint. L'ouverture de la peau ne jette plus, mais tous les trois ou quatre jours il crache du pus, qui s'est amassé dans la plèvre jusqu'au niveau de la fistule bronchique. Quand le liquide est arrivé au niveau de l'ouverture, il pénètre dans les bronches pour être expectoré. Quand il ne crache pas de pus, il n'y a pas de fluctuation thoracique; on entend le murmure vésiculaire au sommet du poumon en avant et en arrière, tandis qu'en bas il y a matité et absence de bruit respiratoire. Lorsqu'il va expectorer, le bruit de flot existe, et disparaît quand l'expectoration est terminée. C'est un hydro-pneumothorax intermittent, amenant de temps à autre une vomique pleurale, c'est-à-dire une vomique de pus provenant de la plèvre.

Comme l'épanchement persistait, je recommençai les ponctions avec aspiration pneumatique. On me conduit l'enfant deux fois par semaine, le mardi et le samedi. Chaque fois, je lui retire 3 ou 400 grammes de pus infect. De temps à autre, j'injecte de la teinture d'iode, à la dose de 30 grammes, ce qui enlève l'odeur. J'en suis à la *dix-huitième ponction*.

(*A suivre.*)

ENCÉPHALOCÈLE. — HYDRORACHIS. — BEC-DE-LIÈVRE OPÉRATION. — MORT

Par M. le docteur HENRI PERNET.

La femme Alph. L...., âgée de 26 ans, a eu quatre enfants venus à terme et bien portants. La femme L... est très-chétive, profondément anémiée, et, quoique jeune, a l'air d'approcher de la quarantaine.

Le 5 mars 1872, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et 12 heures après elle accouchait d'un gros garçon. Il y avait une hydropisie considérable de l'amnios, et à chaque tranchée il s'écoulait un flot de liquide vert et fétide, dont elle a perdu au moins une douzaine de litres. L'enfant présente à la face une tumeur bleuâtre, qui commence à la racine du nez, s'étend le long de cet organe et le dépasse de 1 centimètre; sa couleur, sa surface rugueuse, sa position, la font ressembler à une crête de dindon. La tumeur est trilobée, les deux lobes latéraux sont tessiles et le lobe central pédiculé. C'était un sac d'encéphalocèle, mais ne contenant pas de matière cérébrale, comme on put s'en assurer plus tard. Cette tumeur faisait hernie par la suture naso-frontale, immédiatement à droite de la racine du nez. Le nez, aplati et comprimé par la tumeur, était dévié à gauche.

A la région lombaire, il y avait un hydrorachis. La fissure vertébrale atteignait les trois dernières vertèbres lombaires. L'arc formé par les lames et les apophyses épineuses faisait défaut. La tumeur est dépressible et a le volume d'un œuf de pigeon; elle est de couleur brune et recouverte d'une membrane translucide. Le derme s'arrête brusquement à la circonférence de la tumeur.

A la mâchoire supérieure, les deux os incisifs sont légèrement écartés, indiquant un bec-de-lièvre rudimentaire.

Mon confrère le docteur Mathorel, appelé en consultation, fut d'avis, comme moi, qu'il y avait lieu de tenter une opération, ce que nous fîmes le 8 au matin.

La tumeur faciale fut enlevée par un écraseur, et l'hémorrhagie, assez abondante, fut arrêtée par le cautère actuel. Le spina bifida fut circonscrit par deux incisions elliptiques, et le tissu membraneux qui le constituait fut enlevé. Quatre épingles et une suture entortillée complétèrent l'opération.

Le 9, l'enfant a bien reposé, bien pris. Pas de vomissements, pas de soubresauts. Cinq selles, urine facilement; mais il a une paralysie complète de la jambe gauche.

Le 10, la paralysie a disparu. État satisfaisant à tous les points de vue. La plaie linéaire de l'hydrorachis est complétement recollée. J'enlève une épingle.

Le 11, l'enfant est assoupi. Quelques points de muguet sur la langue.

Le 12, déglutition difficile. Un muguet abondant s'est développé sur la langue, le palais et la muqueuse des joues. L'enfant succombe dans le coma à 5 heures du soir, sept jours après sa naissance, cinq jours après l'opération.

J'ai beaucoup regretté que l'état de santé de la mère s'opposât à ce qu'elle allaitât son enfant. Il est certain que l'allaitement artificiel dans un cas aussi précaire que celui-là a hâté la mort, s'il ne l'a actuellement causée. Il est à remarquer aussi que la mort a eu lieu dans un délai où elle arrive ordinairement dans ces cas laissés à eux-mêmes, et certainement aucun symptôme bien évident n'a suivi l'opération et ne peut lui être attribué. Le siége de l'encéphalocèle au front a été observé, mais est cependant rare, ces tumeurs faisant généralement hernie sur un point de la paroi postérieure de la boîte crânienne.

Au point de vue de l'étiologie, je ne vois rien à signaler, si ce n'est l'état de profonde anémie et de misère dans lequel était plongée la mère pendant sa gestation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 juillet 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en vertu duquel est approuvée l'élection de M. Bourdon, en remplacement de M. Blache, décédé.

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements du Puy-de-Dôme, du Lot et de la Corse pendant l'année 1871;

2° Un rapport de M. le docteur Dourif sur une épidémie qui a régné à Clermont-Ferrand en 1870 et 1871 (commission des épidémies);

3° Des rapports sur le service médical de Bains (Vosges), par M. le docteur Bailly, et de Bussang (Vosges), par M. le docteur Masson (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Massaloup, médecin à la 2e légion de la garde républicaine, sur un cas de superfétation apparente (commissaires : MM. Depaul, Blot et Jacquemier);

2° Une note de M. Michely, pharmacien à Paris, sur l'emploi du Xauthoxylum sorbifolium comme tonique et fébrifuge (commission des remèdes nouveaux et secrets);

3° Une lettre de remerciements de M. le docteur Vidal, médecin-major de 1re classe, lauréat de l'Académie;

4° Une lettre de M. le docteur Beaunis, professeur agrégé à l'ancienne Faculté de Strasbourg, demandant l'ouverture d'un pli cacheté déposé le 19 mai 1868. Ce pli cacheté est relatif aux injections interstitielles et à leur emploi en physiologie et en pathologie expérimentale.

M. DEPAUL offre en hommage à l'Académie la première partie de ses leçons de clinique obstétricale, rédigée par M. le docteur de Sagre.

M. DELPECH présente, de la part de M. le docteur Homo, une brochure intitulée : *Étude sur la prostitution dans la ville de Château-Gontier*.

M. BOUILLAUD présente, de la part de M. da Costa Alvarenga, une brochure intitulée : *Anatomie pathologique et pathogénie des communications entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur*, traduite du portugais par M. le docteur Bertheraud.

LECTURE

De l'isolement et du baraquement des varioleux. — M. LÉON COLLIN lit sur ce sujet une note dans laquelle il établit d'abord en principe que l'isolement des varioleux s'impose aujourd'hui comme une loi d'hygiène publique. Médecin en chef de l'hospice de Bicêtre, où mille varioleux ont passé durant le siége de Paris, il a été à même de voir que cette agglomération considérable de malades n'avait pas les inconvénients que l'on aurait pu supposer, soit par rapport aux malades, qui ne mouraient pas plus qu'ailleurs, soit par rapport au personnel médical et aux infirmiers. Un seul infirmier, sur près de deux cents, fut enlevé par l'épidémie.

Quant à la population environnant Bicêtre, le voisinage des varioleux a été incontestablement nuisible aux corps casernés non loin de là, et qui se trouvaient en libre communication avec un état-major installé au centre de l'hôpital. Au contraire, les marins cantonnés dans le fort de Bicêtre, et qui n'avaient aucun rapport avec cet état-major, ne furent pas atteints en plus grand nombre que les autres marins en garnison dans les divers forts de l'en-

ceinte de Paris, ce qui démontre que les miasmes de la variole ne sont pas facilement diffusibles et transportables par l'atmosphère.

Comme conclusion, M. Collin propose d'établir, pour les varioleux, des baraquements qu'on pourrait installer à peu de frais dans la zone des fortifications, et qui pourraient être brûlés, pour détruire les miasmes, au bout d'un certain temps, comme on le fait en Amérique.

Discussion sur la thoracentèse et l'empyème.

M. JULES GUÉRIN improvise un discours dont les traits principaux se résument ainsi : Toutes les fois que cette discussion s'est renouvelée devant l'Académie, en 1835, en 1865, comme aujourd'hui, on y a vu des orateurs préconiser chacun exclusivement sa méthode, tandis que d'autres faisaient de l'éclectisme sans indiquer dans quel cas chaque méthode était susceptible de réussir. Il importe surtout pourtant de bien savoir que le succès dépend d'un ensemble de causes, de conditions que l'on peut ramener à quatre chefs : 1° méthodes opératoires; 2° nature du liquide épanché; circonstances qui le modifient; 3° état des organes; 4° état du malade.

En ce qui touche les méthodes, il en existe quatre : 1° l'expectation, 2° l'incision, 3° les ponctions ordinaires, 4° les ponctions aspiratrices. Ces dernières, dit M. Guérin, je les ai le premier préconisées ; elles sont une des applications de la méthode sous-cutanée, et, dès 1841, elles me donnaient un succès complet, au dépôt de Saint-Denis, chez un homme âgé de 43 ans, atteint d'un épanchement séro-sanguin datant de deux mois.

Chez un second malade, la mort, survenue à la fin de l'année par suite d'une maladie du cœur, a permis de s'assurer que la guérison obtenue par la ponction aspiratrice, dans une pleurésie qui datait de deux mois et demi, était complète.

Un troisième malade, un carrier, âgé de 33 ans, employé aux carrières d'Arcueil, était atteint de pleurésie depuis trois mois et demi, lorsque je lui pratiquai, par la méthode sous-cutanée, une première ponction aspiratrice, dans le service de M. Récamier. L'observation fut recueillie par M. Dechambre. La guérison, obtenue à la suite de deux ponctions, ne se démentit pas jusqu'à la mort, qui survint plus de dix ans après, comme je l'ai appris par le frère de cet homme.

Une autre guérison, après deux ponctions aspiratrices, fut obtenue par moi dans le service de M. Louis, chez un homme de 60 ans.

Je citerai également une demoiselle de 16 ans, opérée pour une pleurésie purulente ; un enfant de 14 ans, qui avait un abcès pulmonaire ouvert dans la plèvre et que je n'eus à ponctionner qu'une seule fois pour le guérir ; un autre, dont j'ai déjà parlé, auquel je fis, en sept ou huit mois, cinq ponctions ; une série de vingt-deux ponctions faites au Val-de-Grâce sur des malades atteints de pleurésies chroniques. Les observations ont été recueillies par MM. Abeille et Tholosan, dans les services de MM. Lévy et Abeille. Sur ces vingt-deux opérations, il n'y a eu qu'un seul accident. Chez un malade, la plèvre pariétale, doublée de fausses membranes, avait acquis une telle épaisseur que le trocart la refoula et la décolla avant de la traverser. On constata le fait à l'autopsie. Sur onze malades traités ainsi au Val-de-Grâce par la méthode des ponctions aspiratrices, trois moururent, y compris celui dont il vient d'être question; trois guérirent rapidement après une seule ponction; trois autres après deux ponctions; enfin deux après plusieurs ponctions. L'épanchement était purulent dans deux cas dont un a guéri, séro-sanguin ou séreux dans les autres. Tous ces cas étaient très-chroniques, d'autant plus que les militaires n'entrent pas pour rien à l'hôpital.

J'ai opéré, en outre, un jeune homme atteint d'épanchement purulent, avec MM. Velpeau, Louis, Boinet; onze autres avec divers médecins; et un dernier tout récemment encore, avec MM. Danet et Desnos.

Bref, sur un total de 52 cas, il n'y a eu que deux fois des accidents. 4 opérés sont morts, dont 3 à l'hôpital et 1 en ville; ce dernier était tuberculeux. Les autres ont guéri.

Ces observations sont assez nombreuses pour prouver, contradictoirement à MM. Chassaignac et Sédillot, la possibilité, la réalité, l'efficacité de l'application de la méthode sous-cutanée aux épanchements de la plèvre.

Les ponctions aspiratrices, telles que je les pratique, se sont montrées innocentes et efficaces. Elles n'ont produit aucun des nombreux accidents que M. Sédillot énumère, et cela pour une bonne raison : c'est qu'elles ne se font nullement comme M. Sédillot le suppose. La seringue que j'imaginai dans ce but il y a une trentaine d'années, et qui a été si souvent imitée depuis, n'a pas pour but ni pour résultat de faire le vide dans la poitrine. Son large piston n'est attiré par moi que très-légèrement et de manière à suivre pour ainsi dire la sortie naturelle du liquide épanché. Sitôt que le piston arrive au point où l'a poussé le liquide sorti sans aucun effort, il subit l'influence de la pression atmosphérique, qui l'empêche d'aller plus loin. Ainsi le tableau que M. Sédillot vous a tracé, et le tableau encore plus sombre qu'il a tracé de ma méthode dans une communication à l'Institut où il préconisait, comme chose utile, la perforation d'une côte et l'établissement d'une canule à demeure dans la pleurésie purulente, tous ces tableaux sont de pure fantaisie. Je ne fais pas le vide dans la poitrine et je me garde bien de faire dans ma seringue le vide préalable au moment où je la mets en communication avec la cavité pleurale. Pour la ponction, je me sers d'un trocart assez gros, légèrement courbe, et qui est revêtu d'une canule à robinet, de telle sorte qu'en fermant le robinet après avoir retiré le trocart jusqu'à son niveau, j'empêche toute entrée de l'air.

Je fais à la peau un pli assez large qui détruit le parallélisme des ouvertures cutanées et pleurales, et qui surtout, par le glissement et le tassement du tissu cellulaire qui se déplace avec la peau, ferme très-efficacement le passage, à peu près comme le ferait une soupape.

Voilà quels sont les points essentiels de ma méthode. Maintenant, quand on l'applique, il peut se présenter des cas différents : 1° ou bien le poumon se déplisse graduellement à mesure que le liquide sort de la plèvre, et en procédant avec lenteur, sans aucun effort, on peut vider celle-ci jusqu'au bout; 2° ou bien le poumon ratatiné, carnifié, enfermé sous des fausses membranes solides, a perdu son pouvoir d'expansion, et alors on laisse dans la plèvre la quantité de liquide qui n'en pourrait sortir sans qu'on fît le vide. Dans ce dernier cas, l'insuccès ne peut pas être attribué à la méthode, mais à l'état même des organes.

Le premier cas peut se présenter comme le second, même lorsqu'il s'agit d'une pleurésie purulente, et alors ma méthode a sur celle du drainage une incontestable supériorité, puisqu'elle permet de rapprocher les surfaces granuleuses et d'obtenir ainsi la réunion immédiate secondaire, comme on l'obtient dans les abcès dont les surfaces se mettent en contact ; tandis que, au contraire, par le drainage, l'air qui pénètre mettant obstacle à l'expansion du tissu pulmonaire, on ne peut jamais obtenir la réunion que par un mécanisme beaucoup plus lent. Il y a souvent avantage à ne pas se borner à une aspiration momentanée et à établir, ce qui est des plus faciles avec les appareils que j'ai imaginés, une aspiration continue qui faisant sortir le liquide au fur et à mesure de sa production, maintienne les surfaces au contact. Cette aspiration continue favorise toujours, du reste, la production des sécrétions plastiques.

M. LARREY. Je n'ai qu'un seul point à contester dans le discours de M. Guérin. Notre honorable collègue a dit que les militaires n'entraient pas pour peu de chose à l'hôpital. Or le fait est que les médecins des corps doivent les envoyer à l'hôpital dès qu'ils constatent une maladie, quelque légère qu'elle soit, à plus forte raison une pleurésie.

M. GUÉRIN. Je ne mets pas en doute le zèle des médecins militaires; mais il arrive assez souvent qu'une pleurésie peut rester inaperçue, même dans la pratique civile, et, en tout cas, je puis affirmer que MM. Levy et Achille avaient essayé chez leurs malades

toutes les médications possibles avant de leur faire pratiquer la ponction.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juillet 1872 (1). — Présidence de M. TRÉLAT.

RAPPORT

Résection sous-périostée du coude. — Autopsie. — M. PAULET lit le rapport suivant sur ce sujet :

Messieurs, c'est au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier et Sée, commission dont vous m'avez nommé rapporteur, que je viens aujourd'hui vous entretenir d'une intéressante observation adressée, il y a quelques semaines, à la Société de chirurgie par M. le docteur Jasseron, chirurgien de l'hôpital civil d'Oran.

Résection sous-périostée du coude, tel est le titre de cette observation. Ce titre seul suffirait à appeler votre attention; mais ce qui accroît singulièrement l'intérêt du fait rapporté par notre confrère, c'est que, le malade ayant succombé à la variole quatorze mois après l'opération, il a été possible de constater, pièces en main, les résultats éloignés d'une résection sous-capsulo-périostée pratiquée chez l'homme adulte. Vous le savez, messieurs, les pièces de ce genre sont encore très-rares, et, bien que la fonction ostéogénique du périoste ne fasse plus doute pour personne aujourd'hui, au moins en ce qui touche l'expérimentation sur les animaux, nous ne sommes pourtant pas en mesure de répondre catégoriquement à ces diverses questions de chirurgie pratique : La reproduction du tissu osseux par le périoste, chez l'homme adulte, est-elle la règle ou l'exception? Le périoste est-il susceptible de reproduire seulement *de l'os*, ou bien peut-il reproduire *des os* comparables aux os préexistants, sous le rapport de la forme et de l'utilité? Le périoste ou les tissus fibreux qui en jouent le rôle peuvent-ils créer à nouveau des extrémités osseuses articulaires et reconstituer sur son type primitif une articulation détruite par l'opérateur?

Voici sommairement le fait dont il est question dans ce travail, et dont votre rapporteur, alors en Algérie, a pu suivre *de visu* les principales périodes.

Le malade est jeune encore; il a 24 ans, l'âge où l'accroissement du système osseux est bien près d'être terminé, quand il ne l'est déjà. La lame d'un hache-paille vient de lui ouvrir l'articulation du coude droit, en faisant au tégument une plaie oblique longue de 7 centimètres, et en séparant du reste du cubitus une notable portion de l'olécrane, le quart environ. Il entre dans le service de M. Jasseron, qui, dès le début, 21 août 1869, surveille l'arthrite traumatique, tout en employant, pour l'enrayer, un traitement antiphlogistique énergique. Tout semble d'abord marcher à souhait, mais bientôt la situation se complique, trois abcès péri-articulaires nécessitent une incision, suivie de l'introduction de tubes à drainage. Malgré l'intervention du chirurgien, la fièvre devient continue, l'appétit se perd. Au bout d'un mois, le patient va de mal en pis; il est exténué par une diarrhée incoercible et succombera prochainement, selon toute probabilité.

C'est alors que M. Jasseron conçut le projet de tenter la résection sous-périostée du coude malade, et me fit l'honneur de me demander mon avis, qui fut, du reste, entièrement conforme au sien.

L'opération fut donc pratiquée d'après le procédé décrit par M. Ollier et en utilisant la plaie primitivement faite par l'instrument tranchant.

Nonobstant l'origine traumatique de la lésion, il nous semble que, si l'on a plus tard à faire figurer ce fait dans une statistique, c'est parmi les cas pathologiques que l'on devra le ranger. En effet, l'article avait suppuré pendant un mois, les os, dépouillés de leur cartilage, étaient déjà sensiblement altérés dans leur texture, et le périoste épaissi s'en laissa aisément détacher, ce qui rendit l'opération beaucoup plus facile que l'on n'eût été tenté de le supposer *à priori*. L'hémorrhagie fut insignifiante, et le nerf cubital ne fut pas même aperçu. Aucune insertion tendineuse n'avait été compromise, sauf celle du triceps détaché, au moment de l'accident, par la lame du hache-paille, et la gaîne périostéo-capsulaire avait été conservée aussi intacte que possible. Le fragment huméral enlevé mesurait 7 centimètres, le fragment cubital 5 centimètres, et le fragment radial 2 centimètres seulement; mais, comme les deux os de l'avant-bras avaient été sectionnés à peu près au même niveau, la somme d'écartement entre les extrémités osseuses s'élevait, en tout, à 9 centimètres.

Les suites immédiates de cette résection furent des plus satisfaisantes. Grâce au large débridement pratiqué par l'opération, toutes les complications alarmantes disparurent rapidement; l'état général du malade s'améliora d'une façon vraiment surprenante, la vaste plaie du coude se mit à bourgeonner et se ferma sur plusieurs points; en un mot, la guérison définitive paraissait très-probable, sinon prochaine. Toutefois, le chirurgien ne put empêcher la formation et la persistance de quelques ouvertures fistuleuses par lesquelles plusieurs petites esquilles furent successivement éliminées. Quand les premières indications eurent été ainsi remplies, la principale préoccupation de M. Jasseron fut de chercher à prévenir l'ankylose. Il avait placé le membre opéré dans une gouttière coudée à 120°; dès que la cicatrisation des parties molles fut assez avancée, il essaya de communiquer à l'avant-bras de légers mouvements de flexion et d'extension; mais ses efforts échouèrent, et il dut céder devant la pusillanimité et le mauvais vouloir d'un malade inintelligent qui ne voulut rien souffrir ni rien entendre. L'auteur nous dit, en terminant cette première partie de son travail : « L'opéré sort de l'hôpital huit mois après l'opération, porteur d'un tube à drainage en avant du coude et de trois fistules situées en dehors et en arrière; ces fistules, à l'exploration, ne laissent reconnaître aucun séquestre. A ce moment (juin 1870), les mouvements de flexion du coude ne sont guère que de 25°, ceux de pronation de 45°. »

Le 17 octobre suivant, nous voyons le malade rentrer à l'hôpital. Son état s'est aggravé; les fistules persistent, les mouvements de pronation et de supination sont encore de 45°, mais il n'y a plus de flexion, et le coude paraît définitivement ankylosé à angle droit. Le chirurgien essaye de ramener quelques mouvements dans la jointure; il échoue d'abord, puis parvient à rompre l'ankylose, et au moment où il espère profiter de cette circonstance pour obtenir une pseudarthrose utile à son opéré, celui-ci succombe, rapidement emporté par une variole confluente, le 21 novembre 1870, quatorze mois après la résection.

L'observation de M. Jasseron se trouve complétée par une description succincte des lésions rencontrées à l'autopsie du membre opéré. De ces lésions, celles relatives aux parties molles présentent quelques particularités peu importantes que je passe à dessein sous silence. Cependant, je ne saurais omettre ce que dit l'auteur à propos des insertions musculaires péri-articulaires : « L'insertion radiale du biceps est la seule qui n'ait pas été detruite; le triceps, le brachial antérieur et les masses musculaires de l'avant-bras s'incèrent circulairement sur une surface fibreuse formée par le périoste et des expansions aponévrotiques, sans qu'il soit possible, au milieu des cicatrices, des fongosités et des irrégularités osseuses, de distinguer leurs insertions. »

C'est principalement sur l'examen des os que se concentre tout l'intérêt de la nécropsie. La pièce anatomique que M. Jasseron a bien voulu me confier et que j'ai l'honneur de placer sous vos yeux va nous permettre d'apprécier les résultats obtenus. Et d'abord, y a-t-il eu reproduction de tissu osseux? Il suffit de considérer un instant les os que je vous présente pour répondre affirmativement à cette question. La reproduction paraissait d'ailleurs plus que probable pendant la vie de l'opéré, car les mensurations, prises quelques jours avant la rupture de l'ankylose, donnaient 73 centi-

(1) Fin. — Voir les numéros des 20 et 23 juillet 1872.

mètres comme longueur du membre malade, la longueur du muscle sain étant de 75 centimètres, soit une différence en plus de 2 centimètres pour ce dernier. Or, vous n'avez sans doute pas oublié que la résection avait retranché une longueur d'os égale à 9 centimètres, et vous voudrez bien admettre que s'il y a eu erreur dans les mesures prises, cette erreur ne doit guère s'être élevée au delà de 5 à 6 millimètres. Je ne crois pas que nous devions revenir sur une vieille question et nous demander si le périoste seul a servi à faire le nouvel os, ou si les divers tissus entourant la solution de continuité ont pris part à cette reproduction. Peu nous importe. Il y a eu de l'os reproduit, voilà le fait que je veux d'abord me borner à constater. Notons encore que le nouvel os est fragile, aréolaire, et qu'il perd peu à peu ces caractères en se rapprochant de l'os ancien, avec lequel il se confond sans que l'on puisse dire exactement où commence l'un et où finit l'autre.

Mais, allons plus loin, et examinons successivement, en détail, chacune des trois extrémités osseuses qui constituent l'articulation du coude. L'*humérus* paraît avoir regagné la presque totalité de ce qu'il avait perdu. Dans la portion qui correspond au corps, le nouvel os représente suffisamment un humérus normal; il est toutefois beaucoup plus arrondi que celui-ci et sensiblement moins aplati dans le sens antéro-postérieur. Mais si l'on examine la partie libre, celle qui devait être en rapport avec les os de l'avant-bras, il n'est vraiment pas possible d'y reconnaître rien qui ressemble à l'extrémité articulaire que nous connaissons tous. Ce sont partout des stalactites d'une configuration bizarre, échappant à toute description, s'entre-croisant dans différents sens, et formant, en somme, une espèce de cage qui se prolonge, par une arrière-cavité, jusque dans le corps du nouvel os, et qui retient prisonnier un séquestre fourni par l'extrémité inférieure de la diaphyse humérale réséquée. En dedans, pas trace d'épitrochlée. En dehors, *quelque chose* qui peut, à la rigueur, passer pour un épicondyle; et, au-dessous de ce *quelque chose*, une sorte de longue apophyse recourbée qui allait rejoindre le cubitus, et qui s'est brisée sous les efforts d'extension exercés pendant la vie du malade.

Du côté du *radius*, nous ne trouvons plus ni col, ni tête, ni cupule; la portion régénérée ne représente qu'un tubercule resté sans connexion avec l'humérus. Ce résultat n'a rien qui doive nous surprendre; tous les expérimentateurs ont observé que les extrémités osseuses recouvertes de cartilage d'encroûtement ne se reproduisent jamais; et M. Ollier lui-même faisait remarquer, dans votre séance du 6 juin 1866, qu'il ne fallait pas compter sur la reproduction de la cupule radiale, car, pour cette extrémité osseuse, la résection ne devient sous-périostée que lorsqu'on arrive au col. La pièce de M. Jasseron confirme pleinement cette assertion.

L'extrémité supérieure du cubitus s'est reproduite partiellement, mais avec une configuration très-irrégulière et bien différente de la forme normale. En avant, une forte apophyse, aplatie transversalement, représente, à n'en pas douter, l'apophyse coronoïde; elle s'unissait aux stalactites de l'humérus. En dedans, une épine saillante et pointue, dirigée de bas en haut, n'aurait certes pas manqué de s'opposer au rétablissement des mouvements du coude; aussi s'était-elle fracturée lors de la rupture de l'ankylose. En arrière, nous constatons l'absence presque complète de l'olécrâne, ce qui est en contradiction apparente avec la plupart des faits observés jusqu'à ce jour. Vous n'ignorez pas, en effet, que les expérimentateurs ont noté, chez les jeunes sujets, l'aptitude remarquable du périoste olécrânien à reproduire du tissu osseux. Dans tous les cas de résections sous-périostées du coude cités par M. Ollier, la reproduction de l'olécrane est des plus manifestes; à tel point que le chirurgien de Lyon a cru utile de formuler quelques préceptes, afin d'éviter que, par une ossification trop rapide et trop abondante, le périoste olécrânien ne donnât naissance à un crochet recourbé pouvant gêner l'extension. Eh bien! messieurs, quelque paradoxal que cela puisse paraître de prime abord, la non-reproduction de l'olécrâne sur la pièce de M. Jasseron est, selon moi, la meilleure preuve que toutes les portions osseuses dont nous venons de constater la régénération ont été reproduites par le périoste seul, à l'exclusion des autres tissus péri-articulaires. Et vous partagerez sans peine cette opinion, si vous voulez bien vous souvenir que le périoste olécrânien avait été dilacéré et en partie détruit par l'instrument tranchant qui a causé la lésion initiale, et que la portion restante a dû perdre presque totalement sa propriété ostéogénique après un mois de suppuration à ciel ouvert. En résumé, dans les points où existait du cartilage d'encroûtement, dans les points où le périoste a manqué, pas de reproduction; partout ailleurs, régénération osseuse, mais régénération irrégulière et ne rappelant en rien le type primitif de l'articulation détruite. Quant au résultat fonctionnel, vous avez tous pu apprécier combien il laissait à désirer.

Sans aucun doute, c'est quelque chose que de pouvoir apprécier les faits, mais cela ne suffit pas, il faut encore les interpréter, et nous devons maintenant nous demander quelle part d'éloge ou de blâme revient à la méthode opératoire suivie. Après une résection du coude, sous-périostée ou non, deux écueils sont à éviter. Il importe de ne point laisser à son malade un avant bras flottant et réduit à l'impuissance par son excès de mobilité. D'autre part, on doit, autant que possible, viser au rétablissement de la fonction et conserver au coude la flexion et l'extension qui lui sont si nécessaires, en un mot, on doit prévenir l'ankylose. Le premier de ces résultats est de beaucoup le plus mauvais. Il est juste de reconnaître que la méthode sous-périostée tend à en diminuer la fréquence; mais il ne faudrait pas croire que la conservation du périoste assure toujours la solidité de l'articulation: témoin le nombre relativement élevé d'avant-bras ballottants constatés par M. Lœffler après la guerre des duchés de 1864. D'un autre côté, la méthode sous-périostée, en ménageant tous les tissus fibreux péri-articulaires, expose, toutes choses égales d'ailleurs, à l'ankylose plus que la méthode ancienne. Toutefois, d'après M. Ollier, lorsque la perte osseuse égale 7 à 8 centimètres, le canal périostéo-capsulaire serait trop long pour que les ossifications nouvelles pussent se rejoindre, et l'ankylose ne serait point à craindre; mais vous avez pu voir combien cette assertion est loin d'être justifiée par les faits, puisque, dans l'observation de M. Jasseron, malgré l'ablation de 9 centimètres de longueur d'os, les ostéophytes se sont soudés. Est-ce à dire qu'il faille, dans ce cas, attribuer l'ankylose à la conservation du périoste? A coup sur, personne ne le pensera. La vraie raison en est dans l'immobilité indéfiniment prolongée de l'article, immobilité déplorable dans ses conséquences, mais dont le chirurgien et la méthode sont tout à fait irréprochables.

Admettons, pour un instant, que le malade, moins récalcitrant, se fût prêté à la mobilisation méthodique et rationnelle dont on voulait le faire bénéficier, il resterait à savoir quel eût été, dans ce cas, le résultat définitif. Que les mouvements normaux de l'articulation se fussent rétablis, c'est ce qu'il est permis de supposer, mais c'est ce que votre rapporteur se garderait bien d'affirmer. En faveur de l'hypothèse, nous avons les précédents; en effet, si l'on examine le tableau statistique dressé par M. Ollier, on y voit que sur les neuf opérés survivant aux douze résections pratiquées, l'ankylose n'a pas été notée une seule fois. Mais, contre l'hypothèse, nous avons le fait même dont il est question, c'est-à-dire des ostéophytes disposés sans ordre apparent, et un séquestre dont la présence n'a certainement pas été étrangère à cette disparition des stalactites osseuses.

En somme, le fait de M. Jasseron tend à démontrer que la résection sous-capsulo-périostée du coude ne présente, sur le vivant, aucune difficulté particulière d'exécution, et que cette opération permet d'espérer, chez l'homme adulte, la reproduction presque intégrale — comme longueur — des os enlevés, dans tous les points où le périoste aura été laissé intact! Mais on n'en saurait conclure que les extrémités articulaires se reproduiront avec une forme approchant de la forme normale, ni que la jointure se constituera sur son type physiologique primitif. Quoi qu'il en soit, ce fait a paru intéressant à votre commission, qui vous propose, en conséquence, d'adresser des remerciments à l'auteur, et de faire figurer son ob-

servation dans vos bulletins, et, si le bulletin est très-chargé, de la déposer très-honorablement dans les archives. (Adopté.)

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Fistule urinaire ombilicale, due à la persistance de l'ouraque. — M. GUÉNIOT fait constater le résultat du traitement qu'il a employé contre cette affection, chez l'enfant qu'il a déjà présenté, le 5 juin dernier, à la Société. Cet enfant, aujourd'hui âgé de près d'un an, est complétement guéri : tumeur et fistule ont disparu, et l'ombilic se rapproche sensiblement de la conformation normale. M. Guéniot donnera les détails de l'observation dans une communication prochaine sur ce sujet.

Paralysie des muscles du bras, consécutive à une compression du cou. — M. GUÉNIOT présente un homme de 45 ans qui, à la suite d'une forte pression exercée par une machine sur la région antéro-latérale gauche du cou, a eu le bras correspondant subitement frappé de paralysie. L'accident date de huit jours. Une cicatrice superficielle se remarque au point qui a subi la violence et qui répond au muscle sterno-mastoïdien, vers le milieu de la longueur de ce muscle. Le bras est pendant et immobile sur le côté du tronc; tous ses muscles sont paralysés; ceux de l'avant-bras, au contraire, conservent leur motilité, et la sensibilité est restée intacte. C'est un fait du même ordre que ceux qu'on observe quelquefois sur les enfants nouveau-nés qui ont été extraits à l'aide du forceps, et dont M. Guéniot a relaté, en 1867, une observation devant la Société. Dans l'un et l'autre cas, la paralysie est due à une contusion du plexus brachial au niveau du cou.

Trichiasis double. — M. TRÉLAT présente une jeune fille de 20 ans, opérée pour un *trichiasis des deux paupières* supérieures occupant au moins les deux tiers du bord libre, avec commencement d'ectropion.

A droite, l'opération a été faite par le procédé de William et Pagenstescher; à gauche, par le procédé d'Anagnostakis. La comparaison des deux opérations sur le même sujet est tout à l'avantage du procédé d'Anagnostakis, qui a permis la restitution absolue des formes normales à l'œil gauche.

COMITÉ SECRET

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre les communications relatives aux publications de la Société.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

Erratum. — Par un scrupule d'exactitude que l'on trouvera peut-être excessif, mais qui n'en fera que davantage contraste avec les procédés d'un autre journal, nous tenons à dire que dans notre premier-Paris de mardi dernier, intitulé : *Une question de bonne foi*, à la page 674 de la *Gazette des Hôpitaux*, un déplacement de guillemets a été fait à l'imprimerie dans la 1re ligne du 7e alinéa. Les six mots « *sur cette question de M. Dechambre* » introduisaient le texte cité et n'en faisaient pas partie; mais les correcteurs ne se sont pas bien rendu compte des doubles guillemets qui venaient à la suite, et ils ont disposé ces guillemets d'une façon plus satisfaisante au point de vue typographique. Ce changement de place, du reste, est, bien entendu, sans aucune espèce d'importance. Il ne peut modifier évidemment en rien le sens du texte, et n'influe, cela va sans dire, absolument en rien sur la démonstration du point de fait que nous établissions. Nous l'indiquons donc seulement pour le principe.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Étude sur l'isolement, considéré comme moyen de traitement dans la folie, par le docteur B. LASSERRE, ancien interne de l'Asile d'aliénés de Bordeaux. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la gastrotomie dans les étranglements internes, par le docteur DELAPORTE. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

8e Ambulance de campagne de la Société de secours aux blessés (campagnes de Sedan et de Paris). Rapport historique, médical et administratif, par le docteur A. TARDIEU. In-8°. — Prix : 2 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital San Spirito, par le docteur GUIDO BACELLI, traduites de l'italien, par Louis JULIEN, interne des hôpitaux de Lyon. 2e fascicule de l'empyème vrai de la fièvre subcontinue. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU
SULFUREUX POUILLET
(POUDRE SULFUREUSE)

Seul produit approuvé par l'Académie de médecine; *admis dans les hôpitaux civils, autorisé pour le service des hôpitaux militaires*, pour la préparation instantanée des *eaux minérales sulfureuses* et des *bains sulfureux dits de Baréges.*

L'eau sulfureuse obtenue avec la **poudre Pouillet** se confond entièrement par ses propriétés physiques et thérapeutiques avec les eaux naturelles prises à la source. Préparée au moment de la prendre, elle est toujours identique et active au même degré.

Les **bains sulfureux Pouillet** jouissent de propriétés très-actives, ont une *composition déterminée* et un *degré de sulfuration constant.* Cette poudre est sans odeur avant son contact avec l'eau et peut être maniée sans inconvénient.

Expédition par la poste. — **Prix** : la boîte de Poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse 2 fr. 50.— Le flac. de poudre pour 1 bain : 1 fr.; 6 flac. : 5 fr.—Pharm. CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

ÉPILEPSIE. — HYSTÉRIE. — NÉVROSES.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode des bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ST-HONORÉ-LES-BAINS (Nièvre).

Eau sulfureuse sodique

analogue à celle des Pyrénées. Admise dans les hôpitaux de Paris. Souveraine dans les maladies du larynx et des bronches, asthmes, catarrhes ; affections cutanées, lymphatisme et maladies des enfants.

ÉTABLISSEMENT THERMAL COMPLET

Bains et douches ; piscine à eau courante, 32°. — Site magnifique. — Vie à bon marché.

Au DÉPÔT CENTRAL, 60, rue Caumartin, Paris.

RHUMATISMES, GOUTTE
NÉVRALGIES, PARALYSIES, ETC.

Thermes de Dax, à 15 heures de Paris, près de *Pau* et *Biarritz.* **Boues minérales sulfurées chaudes.** Station unique en *Europe* pour traiter ces maladies. — On y reçoit des Pensionnaires et des Externes toute l'année.

S'adresser au *médecin en chef* des Thermes.

VIN BI-DIGESTIF DE CHASSAING
A LA PEPSINE ET A LA DIASTASE

(Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris, le 29 mars 1864.)

Le rôle que chacun de ces deux ferments joue dans l'acte de la digestion étant bien distinct, les médecins comprendront la nécessité qu'il y avait d'unir dans un même excipient la Pepsine, qui dissout et rend assimilables les aliments azotés, à la Diastase, dont l'action se porte sur les aliments féculents pour les transformer en glycose et les rendre ainsi propres à la nutrition.

Ils trouveront donc dans nos préparations un médicament capable à lui seul de dissoudre le bol alimentaire et le remède le plus rationnel pour combattre les affections des voies digestives.

Paris, 2, rue de la Coutellerie. — Ci devant, 2, Avenue Victoria (maison incendiée).

ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES.

CARBONATE ET CITRATE DE LITHINE EFFERVESCENTS
DE CH. LE PERDRIEL

employés avec succès contre la **Goutte**, les **Douleurs rhumatismales** et la **Gravelle**.

GRANULOIDES OU PETITES DRAGÉES DE CARBONATE ET DE CITRATE DE LITHINE

Dosés à **0,05** *centigrammes.*

Exiger le vrai cachet LE PERDRIEL. — Vente en gros : 54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie.

Détail : 70, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-BROMO-PHOSPHORÉE

De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :

A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Ce, r. Vivienne, 8.

SIROP ET DRAGÉES
DE DESPINOY

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui accompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéïques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital la **Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies

TAMAR INDIEN

Fruit laxatif rafraîchissant

Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

N° 87. — SAMEDI 27 JUILLET 1872. 45° ANNÉE. SAMEDI 27 JUILLET 1872. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — Revue clinique hebdomadaire. Du traitement de la pneumonie. — Promenade dans les hôpitaux : Polype nasal; opération; effet de la nausée sur le pouls. Opération de hernie étranglée; liquide intestinal limpide; délire guéri par les alcooliques. — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — Société de chirurgie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la pneumonie.

(Deuxième article.)

Nous avons vu que dans la pneumonie le développement des lésions locales se rattache à l'état de la circulation de la manière la plus intime : à tel point que, dans certains cas, comme l'a constaté Wunderlich dans ses études thermoscopiques, dès qu'on a fait tomber la fièvre inflammatoire par des moyens appropriés, la phlegmasie est enrayée d'une façon définitive, et le malade entre en convalescence.

« La conséquence immédiate d'une abondante perte de sang, dit Wunderlich, est presque toujours un fort abaissement thermique ; mais, suivant les cas, cet abaissement tournera en défervescence définitive, ou sera suivie d'une nouvelle ascension ; dans cette dernière modalité, la marche thermique se rapproche plus ou moins complétement du type récurrent (type à rechutes). Le tartre stibié agit à l'égal de la perte de sang ; l'action de la digitale et de la vératrine est un peu plus lente. »

Ainsi le thermomètre ne contredit pas ceux qui sont convaincus d'avoir *jugulé* la pneumonie chez tel ou tel malade.

Et si l'on sait maintenant que l'abus des saignées est souvent des plus dangereux dans la pneumonie, ce n'est pas l'emploi de cet instrument qui en a fourni les meilleures preuves.

Les meilleures preuves, ceux qui les ont données, ce sont les médecins qui avaient adopté la méthode expectante.

Ils ont montré qu'en ne faisant rien, on avait plus de chance de voir guérir les adultes que les vieillards, les sujets un peu forts que les sujets trop faibles. En d'autres termes, ils ont appris que le danger était double, et que les lésions locales pouvaient aussi bien acquérir une plus grande gravité par l'affaissement général que par l'excès d'activité du système circulatoire.

Ceci a conduit à préconiser, dans la pneumonie, les toniques, et en particulier les alcooliques.

C'est un genre de médcication qui a ses indications, comme la digitale, comme l'émétique et comme la saignée.

Toute la difficulté consiste à bien saisir ces indications ; car si, par exemple, on administre les alcooliques à doses excitantes dans les commencements d'une pneumonie étendue chez un adulte, sobre d'habitude, très-vigoureux, en pleine fièvre inflammatoire, on fera tout autant de mal que si l'on saigne abondamment, après quelques jours de pneumonie, un pauvre vieillard, qui n'a plus de force vitale et qui s'affaisse.

C'est donc surtout l'état général qui doit décider du traitement dans la pneumonie.

Si cet état général est bon, si la fièvre n'est pas trop vive, bien que le sujet soit robuste, si le pouls n'est pas trop développé, dur, vibrant, si l'oppression est peu de chose, si les crachats ne sont pas trop sanglants au début, trop difficiles à détacher un peu plus tard, on peut s'abstenir de toute médication active. Il faut nourrir légèrement le malade, mais de manière à ne pas exiger un trop grand travail digestif. Le jus rose exprimé de côtelettes ou de biftecks à peine cuits, ce jus qui représente, entre autres choses, le contenu de globules sanguins dont les enveloppes ont été brisées par le premier effet de la chaleur, est un des meilleurs aliments qu'on puisse choisir.

Tels sont les cas les plus simples de tous. Ils n'exigent pas forcément une intervention médicale, puisqu'ils doivent guérir d'eux-mêmes, presque toujours; et cependant, bien que la durée en soit naturellement courte, comme elle n'a rien d'absolument fixe, il peut y avoir encore avantage à l'abréger par une intervention bien entendue.

Cette intervention, ici de luxe pour ainsi dire, est loin de l'être dans les deux classes des cas extrêmes.

Elle devient un devoir pour le praticien, lorsque, par les phénomènes généraux, l'oppression croissante, l'élévation rapide de la température, la plénitude et la tension du pouls, etc., et par le développement de lésions locales étendues, il reconnaît un travail phlegmasique envahissant et grave ; ou lorsqu'il se trouve en présence d'un sujet épuisé, qui, par lui-même, n'aurait plus la force de mener à bien jusqu'au bout l'évolution morbide.

Parmi les moyens à employer dans le premier groupe de faits, nous trouvons d'abord ceux dont Wunderlich a parlé dans le passage cité plus haut, la saignée, l'émétique et la digitale. Nous devons commencer par les examiner brièvement en eux-mêmes.

Les résultats de la thermoscopie sont ici parfaitement d'accord avec les autres résultats de l'observation clinique.

Une abondante saignée agit très-vite. Faite au début d'une pneumonie envahissante, elle paraît amender d'abord tous les

symptômes: l'oppression est moins forte, les crachats moins sanglants, le pouls moins plein, la peau moins chaude.

Cet arrêt de la maladie peut quelquefois être définitif. M. Bouchut, qui combat encore assez souvent la pneumonie par la saignée chez les enfants de son service, nous a fait voir des tracés thermiques parfaitement d'accord avec les données de Wunderlich, et qui montraient, après une première saignée, la défervescence définitive et le début de la convalescence.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi. Très-fréquemment on voit ce que Wanderlich appelle le type à rechutes. Après une amélioration de quelques heures, la maladie reprend sa marche; la phlegmasie recommence à s'étendre, la fièvre se rallume, et l'on se trouve avoir perdu tout le terrain que l'on croyait gagné. Si l'on en revient alors aux émissions sanguines, on peut obtenir de nouveau des temps d'arrêt; mais tandis que l'espoir de juguler le mal commence à s'évanouir, le sujet s'affaiblit et d'autres causes de danger le menacent.

Ainsi les émissions sanguines, surtout lorsqu'elles sont abondantes, ont une action immédiate et puissante, mais trop souvent momentanée, et il en peut naître des dangers qui persistent après la prompte disparition de leurs avantages.

Si la tendance à la syncope agit sur la circulation d'une manière immédiate et directe, il en est de même de la nausée.

Quand il produit d'une façon un peu durable la nausée, l'émétique amène la défervescence presque aussi vite qu'une émission sanguine des plus copieuses.

Il a encore une autre action comme hyposthénisant direct du système circulatoire, même alors qu'il est toléré parfaitement par le tube digestif, mais cette action est certainement bien moins rapide que l'action réflexe dont le point de départ est l'estomac.

Nous reviendrons sur le tartre stibié dans un prochain article, puis nous parlerons de la digitale dont nous avons fait spécialement une étude clinique approfondie, des alcooliques, et enfin du choix des moyens à mettre en usage dans la pneumonie à chacune de ses périodes.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Polype nasal. — Opération. — Effet de la nausée sur le pouls.

Nous venons de dire que la nausée agit très-rapidement sur la circulation. Nous en avons eu récemment encore un exemple frappant dans les circonstances suivantes :

M. Trélat avait à opérer un jeune malade atteint d'un énorme polype nasal. Ce polype, dont le point de départ était situé très-profondément dans la narine gauche, probablement au voisinage de la trompe d'Eustache, n'était ni de nature muqueuse, ni de nature fibreuse, car le microscope y révélait la présence de corpuscules de cartilage. Il avait émis des prolongements considérables jusque dans le sinus maxillaire et dans la fosse ptérygo-palatine, et saignait très-abondamment au moindre contact.

M. Trélat, après avoir passé en revue les diverses méthodes qui eussent pu permettre d'atteindre ce polype jusqu'à la base, se décida pour le procédé de B. Langenbeck : c'est-à-dire qu'il se résolut à séparer la paroi externe du maxillaire supérieur à l'aide de trois coups de scie, dont l'un pénétrait dans la fosse nasale, un autre suivait le bord de l'orbite, et le troisième passait au-dessus du bord alvéolaire; puis, après avoir divisé l'apophyse zygomatique, à écarter en dehors cette paroi externe du maxillaire supérieur revêtue des parties molles; après cela, pour se donner plus d'espace, il réséqua toutes les parties d'os qui séparaient le sinus maxillaire des fosses nasales.

Pendant toute cette opération, pendant la division des parties molles de la face au niveau des points où on devait faire passer la scie, mais surtout pendant l'arrachement des divers fragments du polype, il s'écoula beaucoup de sang.

Le malade, d'abord endormi par le chloroforme, commençait à se réveiller, lorsque tout à coup il dit d'une voix nette : « Réveillez-moi, réveillez-moi vite tout à fait, car je vais mourir. »

En ce moment, en effet, je sentis le pouls s'affaiblir au point de devenir presque filiforme.

On fut très-effrayé, on crut à un accident chloroformique, et on s'empressait autour du malade, lorsqu'un abondant vomissement du sang qu'il avait avalé durant l'opération donna l'explication de cette sensation étrange qu'il accusait et de la chute du pouls: c'était tout simplement l'effet de la nausée causée par la présence du sang dans l'estomac et qui avait précédé le vomissement. Le pouls se releva ensuite, et le malade put être reporté dans son lit après qu'on eut cautérisé avec le fer rouge toute la surface d'implantation de la tumeur, que l'on avait laborieusement détachée, et après qu'on eut remis en place la paroi extérieure du maxillaire et réuni les parties molles par quelques points de suture.

Opération de hernie étranglée. — Liquide intestinal limpide. Délire guéri par les alcooliques.

Quand nous étudierons l'action de l'alcool dans la pneumonie, nous aurons à nous demander jusqu'à quel point cette action dépend des habitudes alcooliques du sujet.

La même question se présente lorsqu'il s'agit d'un accès de délire que l'alcool a pu calmer, comme c'est le fait chez une malade opérée dernièrement par M. Richet pour une hernie étranglée.

Voici en peu de mots l'histoire de cette malade, qui a présenté des particularités curieuses à connaître pour le praticien.

Elle était entrée dans le service pour une hernie crurale du côté gauche datant déjà d'un certain temps, qu'elle contenait habituellement avec un bandage, et qui s'était récemment étranglée. Du volume d'un œuf, marronée et dure, cette hernie ne put être réduite par le taxis, et M. Richet allait procéder à l'opération, lorsqu'on lui proposa d'essayer l'effet d'une ponction aspiratrice à l'aide de l'appareil de M. Dieulafoy. Comme ce genre de ponction a peu d'inconvénients, et comme on en a récemment vanté les grands avantages, M. Richet consentit à en faire l'essai.

Une aiguille creuse fut enfoncée dans la tumeur, et elle donna d'abord issue à quelques gouttes de sérosité sanguinolente, provenant évidemment du sac herniaire; puis quand cet écoulement fut tari, en faisant pénétrer l'aiguille un peu plus loin, on retira, cette fois, un liquide bien différent du premier, filant et poisseux, semblable par la consistance à du sirop de sucre, assez limpide et absolument sans odeur.

Ces caractères empêchèrent, au premier instant, M. Richet de croire que ce liquide pût provenir de l'intestin, et, assez intrigué, il laissa cette malade, après avoir prescrit quelques cuillerées d'eau de Sedlitz à administrer de temps en temps pour provoquer des contractions intestinales, et après avoir fait, dans le même but, recouvrir de glace la tumeur herniaire. Il espérait que cette tumeur, dont le volume avait diminué de beaucoup par la ponction aspiratrice, pourrait peut-être rentrer d'elle-

même, et, sachant que le taxis réussit rarement dans les hernies crurales, il avait d'autant moins de tendance à insister sur cette pratique, qu'il voulait laisser aux piqûres possibles de l'intestin le temps de se refermer complétement avant de soumettre cet organe à une pression un peu forte.

La hernie ne se réduisit pas, les vomissements fécaloïdes persistèrent, et le lendemain matin il était évident que l'opération devenait urgente.

Avant de la faire, M. Richet dit aux assistants que, après y avoir réfléchi, il s'était persuadé que le liquide filant, extrait en second lieu la veille par la ponction aspiratrice, était un liquide intestinal.

L'absence d'odeur fécaloïde, la limpidité relative, ne pouvaient prouver le contraire, car dans une anse intestinale isolée du tube digestif par un étranglement qui l'aurait surprise alors qu'elle était complétement vide, il devait se faire, sous l'influence de l'irritation, une sécrétion qui, n'étant nullement mélangée avec les détritus de l'alimentation, ne devait ressembler en rien aux matières fécales.

S'il en était ainsi, rien ne devenait plus facile à expliquer que la succession de deux liquides : l'un contenu dans la cavité du sac herniaire et qui avait un aspect séro-sanguinolent ; l'autre renfermé dans la cavité de l'anse intestinale isolée par l'étranglement, et qui était filant et onctueux comme une sécrétion glandulaire ou muqueuse.

Que faudrait-il supposer autrement ? La préexistence d'un kyste ? Mais la malade s'en serait sans doute aperçue, et puis, aux dépens de quoi ce kyste se serait-il développé ? D'un ganglion lymphatique ? Dans l'espèce, c'était chose assez peu probable.

Tout conduisait donc à admettre que la ponction, en devenant un peu plus profonde, avait pénétré dans la tumeur intestinale et l'avait vidée.

Il y aurait eu peut-être quelque chance de faire rentrer l'intestin si on eût pratiqué le taxis avec une certaine force immédiatement après la ponction, alors que la tumeur était réduite au plus petit volume. Mais maintenant il ne s'agissait plus que d'opérer sans aucun retard.

M. Richet saisit cette occasion de bien faire comprendre des élèves chacun des temps qui se succèdent dans l'opération d'une hernie crurale étranglée. Voici le résumé de sa démonstration :

« On ne sait jamais d'avance, en pareil cas, dit-il, à quel niveau siége l'étranglement; si c'est au niveau du fascia crébririforme, ou du ligament de Gimbernat. Peu importe, du reste, puisque le principe est de débrider sur le point qu'on trouve étranglé, quel qu'il soit. On n'est pas, non plus, bien certain d'avance de trouver un sac proprement dit. L'important est donc de procéder avec assez de prudence pour ne pas s'exposer à blesser l'intestin. La peau doit être soulevée en un large pli, et ce pli doit être traversé à sa base par le bistouri, dont le tranchant regarde en haut, de telle sorte que la section de la peau soit achevée de la face profonde à l'extérieur. Lorsque la tumeur est ainsi mise à découvert, il faut examiner avec soin ce qui se présente. Ici, ce n'est pas l'intestin, mais la paroi du sac. Un point de cette paroi étant soulevé avec des pinces et fendu, on passe une sonde cannelée par cette ouverture, qui livre passage à un peu de sérosité sanguinolente, semblable à celle qui s'écoula en premier lieu par la ponction aspiratrice avec l'appareil Dieulafoy. Maintenant que le sac est divisé dans toute sa longueur, nous sommes en présence de l'anse intestinale étranglée, dont la surface est d'un rouge violacé. Sur cette surface, on remarque un point qui ressemble à une ulcération superficielle; c'est sans doute par là que l'aiguille a pénétré hier. Il s'agit à présent de trouver le point où siége l'étranglement. Il est assez superficiel. Nous débridons largement en bas, et, après ce débridement, l'ouverture se trouve assez large pour qu'il soit possible d'introduire par là le doigt dans le ventre. Pourtant, comme l'intestin est un peu altéré et qu'il est bon de ne pas avoir à le presser beaucoup, nous débridons également en haut, et l'intestin rentre sans peine. Il ne reste plus qu'à rapprocher les bords de la plaie externe par quelques érignes. »

Les suites de l'opération furent très-heureuses : les vomissements cessèrent, les matières fécales reprirent leur cours.

Mais, le lendemain, il s'était produit une complication qui effrayait beaucoup les personnes de service : la malade était en plein délire ; cependant le pouls était calme, la peau fraîche ; et, constatant qu'on obtenait encore des réponses sensées par des questions courtes et précises, en un mot qu'on avait affaire à une forme de subdélirium qui d'ordinaire ne se rencontre pas dans le délire inflammatoire, M. Richet fit mettre cette malade au vin opiacé, convaincu qu'elle devait avoir des habitudes alcooliques.

Le vin opiacé calma le délire ; mais la femme nie énergiquement qu'elle soit adonnée à l'usage des liqueurs fortes. Jamais, dit-elle, elle n'a bu d'eau-de-vie, ni d'alcool sous aucune forme ; à peine lui arrive-t-il de boire une verre ou deux de vin par mois.

Est-ce néanmoins le cas de répéter le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes ?*

Dr VICTOR REVILLOUT.

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION (1)

Par le docteur GEORGES DIEULAFOY.

OBS. VI. — *Kystes hydatiques du foie et de la plèvre. — Trois cents aspirations. — Effets de l'époque cataméniale.*

3 octobre. Une ponction est faite, avec l'aiguille n° 2, dans le sixième espace intercostal droit, un peu en arrière de l'aisselle, et on retire 900 grammes d'un liquide aussi limpide que celui qui avait été retiré du premier kyste hépatique. Avions-nous affaire à un kyste de la plèvre ou de la face supérieure du foie ? Question difficile à résoudre. Après l'opération, la dyspnée est moins forte, mais la fièvre persiste, et, le lendemain, la malade se plaint d'un point de côté au niveau du sein gauche ; l'auscultation fait percevoir, à la base de la poitrine et du côté gauche, un bruit de frottement extrêmement accentué, tandis que rien d'analogue ne se passe du côté droit.

On applique sur ce point un vésicatoire. Julep morphine. La malade est alimentée avec du lait et du bouillon. Cependant, la tumeur de la partie antérieure faisant des progrès, on aspire 150 grammes de pus situé profondément dans le foie.

Le 8. Les frottements du côté gauche ont en partie disparu, mais la dyspnée est violente, et on perçoit, à l'auscultation du poumon droit, un souffle amphorique et une respiration à timbre métallique, dont le maximum est à la partie médiane de la fosse sous-épineuse ; de plus, la malade rend quelques crachats purulents et teintés de sang mélangé avec des débris de fausses membranes ; la toux est incessante. Cette femme est donc atteinte d'un pneumothorax à droite, précédé d'une pleurésie sèche à gauche et coïnci-

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 27, 29 juin, 2, 4, 6 et 13 juillet 1872.

dant avec la purulence d'un nouveau kyste du petit lobe du foie. Mais, ce pneumo-thorax, quel était son point de départ? Le poumon était-il en communication avec le foie et la cavité pleurale, ou seulement avec la plèvre? Ce qui est certain, le kyste initial du foie ayant été tari, la collection hépatique purulente de nouvelle formation ne paraît avoir aucune communication avec les bronches; il est donc probable que le foie n'entre pas en cause dans le pneumothorax.

1er novembre. A part l'extrême faiblesse de la malade et la toux qui la fatigue sans cesse, l'état général n'a pas empiré, et, sous l'influence d'aspirations nombreuses répétées quatre ou cinq fois par semaine, la collection purulente du foie diminue. Mais l'organe augmente de nouveau de volume, et des ponctions pratiquées en différents points et profondément, démontrent qu'il y a plusieurs collections en voie de formation et distinctes les unes des autres. En effet, suivant que les piqûres étaient pratiquées vers le petit lobe du foie ou vers le bord inférieur, on retirait des liquides d'aspects et de coloration différents, purulents ou hématiques.

On prit alors l'habitude de pratiquer tous les jours des aspirations multiples, exactement comme on pratique, chez certains malades, des piqûres avec la seringue de Pravaz. Plusieurs centaines d'aspirations furent ainsi faites avec les aiguilles n° 2 et n° 3, et souvent l'aiguille allait chercher le pus à 5 et 6 centimètres de profondeur, ce qui indiquait que le foie était pris dans une très-grande étendue.

En résumé, cette seconde phase de la maladie fut caractérisée par un pneumo-thorax qui mit pendant plusieurs jours la vie de cette femme en danger, et par la formation de nouveaux abcès en différents points du foie.

1er décembre. Le pneumo-thorax est resté fort limité, sans complication d'épanchement liquide, et le poumon respire dans toute sa partie supérieure; les abcès multiples du foie tendent à se réunir en un foyer unique profondément situé et aspiré fréquemment. La malade ne rejette presque plus de détritus de fausses membranes.

Au 1er janvier, quand je quittai l'hôpital Beaujon pour aller dans le service de M. Tardieu, à l'Hôtel-Dieu, M. Axenfeld, avec son extrême bienveillance habituelle, m'engagea à prendre cette malade pour suivre jusqu'à la fin son intéressante observation. Mais il arriva que les ponctions faites avec l'aiguille n° 3 ne laissaient plus passer le pus; celle-ci s'oblitérait à chaque instant, ainsi que le n° 4, et cette oblitération était due à de petites concrétions blanchâtres, qu'au premier aspect on eût prises pour du phosphate de chaux, mais qui, analysées par M. Yvon, interne en pharmacie, donnèrent comme éléments constituants des agglomérations de margarine et de cholestérine. Devant cet accident imprévu, il fallait prendre une détermination, de façon à donner issue par une voie plus large au pus qui s'accumulait tous les jours. Nous n'avions pas à nous préoccuper d'établir des adhérents, car la quantité de piqûres qui avaient été accumulées sur un même point avait déjà obtenu ce résultat.

Une sonde en gutta percha de 10 centimètres de longueur et de 5 millimètres de diamètre fut introduite et laissée à demeure. Tous les matins on appliquait l'aspirateur sur l'ouverture de cette sonde, et l'on pouvait ainsi vider le pus à mesure qu'il se formait et nettoyer la cavité en injectant et en aspirant un liquide composé d'eau et de quelques grammes d'alcool. Grâce à cette manœuvre, rendue extrêmement commode par l'aspirateur à crémaillère, on put retirer une assez grande quantité de concrétions blanchâtres, et peu à peu la cavité diminua de capacité.

2 février. L'amélioration semblait être définitive, lorsque, dans la matinée du 2 février, après l'aspiration du liquide, qui ce jour-là avait été retiré teinté de sang, la malade fut prise d'un long frisson avec tremblement suivi de chaleur et de sueur et prostration complète de forces. Dans la soirée un nouveau frisson se déclara; le lendemain, en faisant l'aspiration, je remarquai que le liquide retiré du foie était mal lié, sanguinolent, d'odeur fétide; la face de la malade était fort altérée, le pouls petit, et la première impression, bien naturelle d'ailleurs, fut que nous étions aux prises avec les symptômes initiaux d'une infection purulente.

Toutefois, malgré une gravité aussi apparente, je ne portai pas un pronostic fâcheux, espérant que ces accidents se calmeraient le soir ou le lendemain. On administra 1 gramme de sulfate de quinine. Un nouveau frisson survint dans la journée, puis la malade fut prise de congestion pulmonaire avec hémoptysie légère, qui dura deux jours; les accès de fièvre ne reparurent pas, et, après cette secousse, l'amélioration reprit sa marche lente et progressive.

Que s'était-il passé? Je pensai, dès le début, qu'il ne s'agissait pas d'infection purulente, mais que ces symptômes, en apparence si graves, avaient été déterminés par l'approche de l'époque cataméniale avortée. J'avais d'autant plus de raison pour formuler une telle opinion que j'avais été témoin d'un cas analogue chez une jeune fille à laquelle nous donnions nos soins avec M. le docteur Linas pour une pleurésie purulente traumatique. Chez cette jeune fille, et à deux reprises différentes, à un mois de distance, la maladie, qui était en parfaite voie de guérison, avait été brusquement enrayée dans sa marche par des accès de fièvre simulant le début de l'infection purulente et coïncidant avec une hémorrhagie de la cavité pleurale. La malade était réglée par la plèvre.

Même chose sans doute se passait chez notre femme, et les accidents généraux qui venaient d'accompagner l'hémoptysie et l'hémorrhagie du kyste devaient, suivant toute apparence, se répéter le mois suivant. C'est, en effet, ce qui arriva.

Le 28. Alors que la cavité du kyste contenait à peine 60 grammes de liquide, de nouveaux frissons apparurent, avec une nouvelle hémorrhagie par le kyste et par les bronches. Mais, connaissant exactement la cause de ces troubles, ils ne nous effrayèrent pas outre mesure, nous promettant de les atténuer, le mois suivant, en établissant, au moment voulu, une dérivation salutaire au moyen de sangsues et par l'administration d'aloès pendant plusieurs jours consécutifs.

Au mois d'avril, la malade a quitté l'hôpital pour commencer chez elle sa convalescence; je l'ai revue depuis cette époque, et, bien que l'amélioration marche lentement, elle se lève et peut s'occuper de son ménage. Toute trace de pneumo-thorax a disparu; le foie a presque retrouvé ses dimensions normales, et la malade peut sortir et marcher sans fatigue.

En résumé, on pourrait diviser cette observation en trois phases. Dans la première, un énorme kyste est épuisé par des aspirations successives; dans une seconde période surviennent des accidents nouveaux : pleurésie, pneumo-thorax, formation d'abcès multiples; dans la dernière période, réunion de ces abcès en une seule collection purulente, concrétions de margarine et de cholestérine, introduction d'une sonde en gutta-percha, lavage du kyste et accidents occasionnés par la déviation des périodes cataméniales. Ces accidents, particuliers à la femme, doivent nous engager à considérer le pronostic plus grave chez elle, en même temps qu'ils augmentent la difficulté du traitement.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juillet 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — *Bulletin général de thérapeutique*; — l'*Art dentaire*; — le *Journal d'ophthalmologie*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette médicale de*

Strasbourg. — *Pansements à l'ouate*, par Raoul Hervey, interne des hôpitaux. — *Observation d'ovariotomie*, par le docteur Chapplain (de Marseille).

M. LARREY présente, au nom de M. Charles B. Brigham, un ouvrage intitulé : *Quelques observations chirurgicales*.

M. LABBÉ présente, au nom de M. le docteur Amédée Tardieu, un ouvrage intitulé : 8e *Ambulance de campagne de la Société de secours aux blessés*.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Nouvelle note sur les injections intra-veineuses de chloral. — **M. LABBÉ** lit le travail suivant de M. Oré (de Bordeaux), membre correspondant. (*Sera publié.*)

M. Oré a pour but de renvoyer le lecteur à son mémoire, qui doit être publié prochainement et que la mention du procès-verbal ne faisait que signaler. Les expériences de M. Oré, intégralement reproduites, seront mises sous les yeux des lecteurs.

Cette note a pour objet de répondre aux discours de MM. Forget et Verneuil, dont les objections ont été inscrites au procès-verbal de la séance du 29 mai.

M. VERNEUIL. M. Oré réclame la priorité de la démonstration de l'antagonisme de la strychnine et du chloral; je n'ai rien à dire, le public jugera.

Quant à mes paroles de 1870, alors que j'aurais dit que *un* gramme de chloral aurait arrêté un tétanos strychnique, j'ai cité O. Liebrich. J'ai induit ensuite de ce fait que le chloral était bon contre le tétanos, sans toutefois vouloir me donner des droits à la priorité de l'emploi du chloral contre le tétanos. Langenbeck, en effet, avait écrit avant moi qu'on avait obtenu de bons effets du chloral contre le tétanos.

J'ai dit que les injections de chloral contre le tétanos seraient plus pratiques si elles étaient faites dans le tissu cellulaire. J'en ai déjà fait l'expérience pour des névralgies hystériques; elles n'offrent pas les dangers des injections intra-veineuses, et elles sont suivies d'un effet certain.

M. FORGET. M. Oré dit, dans sa nouvelle note, qu'il ne donne pas le chloral en même temps que la strychnine. Il y a eu un intervalle de temps entre les deux injections, soit, mais de là à conclure que le tétanos se comporterait comme l'empoisonnement par la strychnine, il y a loin. Une maladie de l'économie humaine ne saurait être identique à un empoisonnement d'un animal, qui n'a ni la structure intime ni les fonctions de l'homme.

RAPPORTS

Des eaux minérales d'Aix pour les blessures de guerre. — **M. FORGET** lit un rapport sur un travail de M. le Dr Léon Brachet (d'Aix), sur l'*efficacité du traitement thermal aux eaux d'Aix* (*Savoie*) *dans les lésions consécutives aux plaies par armes de guerre*.

Le travail de M. Brachet, collègue aux eaux d'Aix de M. Davat, membre correspondant, qui nous a lu ici un travail, traite du même sujet et arrive à des conclusions identiques sur les effets incontestables du traitement thermal dans les fractures anciennes, compliquées de fistules ossifluentes avec séquestres ou corps étrangers, dont il provoque l'élimination. Ses bons effets se montrent également à l'endroit des pseudarthroses, des rétractions musculaires et des paralysies traumatiques.

L'accord parfait entre nos deux collègues, placés tous les deux dans le même champ d'observation, me dispense de vous faire l'analyse détaillée du mémoire de M. Brachet, qui confirme en tous points.

Du mémoire de M. Brachet, je me bornerai à extraire une seule observation, qui se recommande à votre attention.

Plaie de la région sterno-claviculaire du côté gauche par un éclat d'obus. — Ostéite suppurée. — Hydro-pneumothorax. — Fistule pulmonaire communiquant avec le foyer de la fracture.

G..., caporal au 44e, fut blessé, le 21 août, à la bataille de Servilly, près Metz, par un éclat d'obus qui lui fractura la clavicule gauche, le sternum et les première et deuxième côtes.

Le 10 décembre, trois mois après l'accident, G... fut admis à l'ambulance d'Aix, en Savoie.

A cette époque, le blessé éprouve une dyspnée intense. A la simple vue, on constate une immobilité relative du tiers supérieur du thorax, à gauche. Les mouvements respiratoires sont fortement saccadés; il existe un bruit de frôlement très-marqué dans la région sus-mammaire.

Vibrations vocales modifiées, devenues bronchophoniques; résonnance amphorique à la partie antéro-supérieure; toux sèche, fréquente; prostration des forces; anorexie, insomnie.

Il existe dans la région sterno-claviculaire une double fistule s'ouvrant au-dessous de la clavicule, à un centimètre du sternum. L'une a un trajet de trois centimètres, l'autre est un peu moins étendue.

La première, horizontalement dirigée, traverse une série d'os nécrosés, dont le stylet reconnaît la disposition irrégulière. La deuxième, dirigée de bas en haut, conduit sur un plan osseux, lisse, qui n'est autre que la clavicule. La suppuration est très-abondante.

Après trois mois de la médication thermale, inhalations et douches locales de vapeurs, qui donnèrent lieu à l'élimination de plusieurs esquilles dont l'extraction paraissait soulager le malade, son état s'améliora sensiblement; il reprit de l'appétit, de l'embonpoint; les symptômes pleurétiques avaient cédé en partie. La dyspnée persiste, à un degré moindre, ainsi que la modification de la voix.

Le malade était assez bien pour qu'on songeât à l'envoyer à Hautecombe, lieu de convalescence.

Il y était depuis quelques jours, lorsque, à la suite de promenades sur le lac du Bourget, pendant lesquelles il avait manœuvré les rames du bateau, il éprouva une recrudescence formidable des symptômes qu'il avait présentés antérieurement.

Les fistules s'enflammèrent; la suppuration devint très-abondante; M. Brachet dut extraire une esquille volumineuse. Des injections, dirigées dans le foyer purulent, déterminèrent de violents accès de toux et furent rejetées par expuition. Le pneumothorax prit rapidement des proportions considérables, et la mort survint le 23 mars.

A l'*autopsie*, la cavité pleurale est remplie d'un liquide purulent, épais, mélangé d'une notable quantité d'air; les divisions bronchiques en contiennent également beaucoup, et le poumon est très-adhérent au niveau du point qui correspond au siége de fracture par des bandes membraneuses et qui confondent entre eux les deux feuillets de la séreuse. L'examen des os démontre l'existence, à la face intérieure de l'extrémité interne de la clavicule, d'un foyer assez large, circonscrit par des stalactites osseuses dont la longueur, la forme en crochet et en aiguilles acérées, la direction surtout vers le sommet du poumon, peuvent rendre raison de la phlegmasie viscérale, qui a eu pour conséquence la perforation des bronches par une sorte de traumatisme dû à l'action, en queque sorte mécanique, des processus osseux consécutivement développés.

La clavicule, en effet, comme on peut le voir sur la pièce que je place sous vos yeux, présente, dans son tiers interne et à sa face inférieure une ostéoïde informe, volumineuse, faisant complétement corps avec l'os physiologique, sans qu'on puisse retrouver le point précis de l'adhérence entre l'un et l'autre. Cette ossification singulière me paraît le résultat de la fracture comminutive de l'extrémité sternale de la clavicule, de la portion contiguë du sternum et de l'arc osseux de la première côte.

La régénération osseuse, en ce cas, implique la conservation du périoste sur des fragments détachés et isolés par la cause vulnérante. La destruction du périoste eût transformé ces fragments en séquestres dont l'élimination eût été nécessaire pour que la guérison pût s'effectuer. Consolidés et soudés les uns aux autres dans la position vicieuse et irrégulière où le traumatisme les avait placés, ces fragments, comme on a pu le voir, sont devenus, pour le

viscère qui leur était contigu, un agent vulnérant dont les effets funestes étaient presque inévitables.

C'est donc à ce point de vue anatomo pathologique que cette observation de M. Brachet se recommande surtout à votre attention.

Votre commission, en terminant, vous rappelle que ce confrère instruit et laborieux vous a adressé depuis quelques années d'autres travaux intéressants : 1° un cas de tétanos traumatique traité avec succès par la médication thermale; 2° une observation du myome intra-vaginal compliquant la grossesse et opéré avec succès au moment de l'accouchement; 3° une pièce d'anatomie pathologique (myome utérin) d'un volume énorme.

Votre commission vous propose de maintenir son nom sur la liste des candidats à la place de membre correspondant, et de déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

M. GIRALDÈS. Le mémoire de M. Brachet et le rapport de M. Forget ont pour titre : *De l'efficacité des eaux minérales d'Aix dans le traitement des blessures de guerre.* Rien dans le rapport ne témoigne de la supériorité des eaux d'Aix sur les autres eaux minérales sulfureuses.

M. PAULET. Il est au moins difficile de prouver l'efficacité des eaux d'Aix d'après le rapport, puisque celui-ci ne porte que sur une autopsie d'un malade qui a été traité dans cette station minérale.

M. FORGET dit qu'il n'avait pas l'intention d'établir de comparaison entre les différentes eaux minérales.

Contagion de l'érysipèle. — M. SÉE, au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Panas et Sée, lit un rapport sur une observation d'érysipèle contagieux transmis à divers membres d'une même famille, par M. le docteur Deharme (de Chatou) :

La divergence d'opinions qui s'est manifestée au sein de la Société de chirurgie, relativement à la contagion de l'érysipèle, a porté M. le docteur Deharme à vous communiquer une observation par laquelle il a « la prétention légitime, ce sont ses expressions, de répondre à toutes les exigences possibles, parce que, dit-il, elle est l'expression pure et simple d'un fait capital et authentique, à savoir un cas sans précédent d'inoculation érysipélateuse. » Voici presque textuellement les détails principaux de cette observation :

Un homme de 25 ans, en aidant à décharger des pierres, fut blessé au bras droit, et reçut, pendant cinq jours, des soins à l'hôpital Beaujon. Il rentra ensuite chez lui, et fut traité par le docteur Deharme. Dès le lendemain, il fut pris d'*érysipèle phlegmoneux*, suivi de fusées purulentes, dont il ne fut guéri qu'après deux mois de suppuration.

Vers la fin du deuxième septenaire du traitement, le docteur Deharme, venant un jour de panser son blessé, fut pris de fièvre, accompagnée « de tous les prodromes d'une affection sérieuse »; puis les symptômes s'aggravèrent, et, après deux jours d'incubation, il parut un érysipèle de la face : il y avait de la rougeur et du gonflement d'une des ailes du nez, un engorgement douloureux des ganglions sous maxillaires, de la céphalalgie ; le pouls était à 120 ; les urines sanguinolentes.

Le docteur Deharme, à ce moment, regardant sa main, retrouva sur un doigt la trace d'une piqûre d'aubépine qu'il s'était faite peu avant. La petite blessure n'était point douloureuse, mais elle était entourée d'une auréole brunâtre, sorte d'indice d'un commencement d'infection locale. On cautérisa ce point suspect, trop tard bien entendu, la petite porte, un instant ouverte, ayant livré passage au pus virulent dont les mains de M. le docteur Deharme, en fonction de pansement, s'étaient imprégnées dix minutes après la piqûre. L'érysipèle gagna le cuir chevelu et détermina une fièvre intense avec délire ; après les tortures d'un anthrax concomitant, le malade se rétablit ; mais trois enfants et un de ses neveux qui était venu le soigner, furent successivement atteints d'érysipèles, à forme plus ou moins grave. Il en conclut que cette maladie est essentiellement contagieuse, et qu'elle est transmissible en toute circonstance par voie d'insertion endermique et par voie d'émanation miasmatique.

Ces conclusions n'ont pas paru à votre commission découler aussi naturellement que semble le croire M. Deharme des faits dont il a été à la fois le témoin et la victime. Outre que la lecture de l'observation presque sommaire de M. le docteur Deharme laisse des doutes sur la nature des accidents qui ont suivi la blessure de l'homme soigné d'abord à l'hôpital Beaujon, il est difficile d'admettre qu'un érysipèle de la face doive être attribué à l'inoculation d'un poison septique par une piqûre d'un doigt. On ne saurait voir non plus un fait de contagion dans l'érysipèle de la plus jeune des filles de M. Deharme, à propos duquel l'auteur dit : « J'étais à peine alité, je ne portais aucun signe extérieur d'érysipèle, que, déjà, ma plus jeune enfant, âgée de 16 ans, tombait malade, contagiée d'un érysipèle qui, fort heureusement, se bornait au visage. L'évolution, assez remarquable, s'en était opérée avant l'apparition chez moi de tout érythème, avant la période encore fort éloignée de la desquammation, à laquelle on fait jouer un rôle si important, et peut-être trop, dans la transmission des fièvres éruptives. » On voit que l'auteur assimile l'érysipèle à une fièvre éruptive, ce que personne n'admet plus de nos jours, et qu'il lui applique à tort ce qui n'appartient qu'à la scarlatine.

Il faudrait aussi une forte dose de bonne volonté pour voir un érysipèle dans le fait relatif à la fille cadette de M. Deharme, dont le père dit : « Une fille cadette, bien que fort éprouvée par de vieilles et de longues fatigues physiques et morales, ne ressenti pourtant qu'une influence minime de l'infection : un malaise général, sentiment de lassitude durant quelques jours, lié, comme symptôme caractéristique, à un engorgement des ganglions du cou : ce fut une sorte d'érysipèle restreint. » Là encore il y a une vague réminiscence de ce qui a lieu pour la scarlatine.

Quant à la fille aînée et au neveu de M. Deharme, ils paraissent effectivement avoir été atteints d'érysipèle ; mais on voudrait trouver dans l'observation quelques détails, au moins, sur la marche de cette maladie.

En résumé, l'observation communiquée par M. le docteur Deharme est trop écourtée pour qu'il soit possible de porter sur elle un jugement certain. Dans tous les cas, elle ne paraît pas à votre commission de nature à constituer une preuve en faveur de la thèse que soutient l'auteur. Nous vous proposons, en conséquence, d'adresser des remercîments à M Deharme pour sa communication, et de déposer son travail aux archives.

M. DESPRÉS. Je partage l'avis de la commission sur les observations de M. le docteur Deharme. J'ajoute que ces faits ne prouvent nullement la contagiosité de l'érysipèle, mais qu'ils ne sont ni moins ni plus probants que les faits affirmés par d'autres, Wells, Duncan, et plus tard MM. Fenestre et H. Martin et les autres partisans de la propriété contagieuse de l'érysipèle.

M. MARJOLIN. Il est nécessaire de produire les observations contradictoires devant le public ; je demande l'insertion au bulletin du rapport de M. Sée.

M. CHASSAIGNAC. Mais les observations rapportées par M. Gosselin dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* sont probantes.

M. LE PRÉSIDENT met aux voix l'insertion du rapport dans les bulletins. (Adopté.)

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — *Prix Édouard Laborie.* — Le prix Édouard Laborie est annuel et d'une valeur de 1,200 francs. Il est décerné au meilleur travail sur un sujet quelconque de chirurgie ; toutefois, la Société de chirurgie choisit tous les six ans un sujet spécial. Le sujet est indiqué une année à l'avance. Les mémoires, écrits en français, en anglais, en allemand ou en latin, doivent être adressés au secrétariat général de la Société de chirurgie, *avant le 1er novembre de chaque année.*

Cette année, il n'y a pas de sujet désigné; la Société, n'ayant pas décerné de prix en 1870 et 1871, aura à décerner, en janvier prochain, non-seulement le prix annuel, mais elle aura à disposer d'une somme de 2,100 francs pour distribuer des encouragements s'il y a lieu.

Le secrétaire général : G. Guyon.

— Société de biologie. — *Prix Godard.* Les membres du Bureau de la Société de biologie rappellent aux personnes qui voudraient concourir pour le prix Godard, que leurs mémoires manuscrits ou imprimés, traitant d'un sujet se rattachant à la biologie, pourront être adressés au secrétaire général de la Société jusqu'au 31 août 1872.

Le prix Godard sera décerné dans le mois de janvier 1873 et sera de 1,000 francs.

Le siége de la Société de biologie est rue de l'École-de-médecine, 15, à Paris.

— L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques vient d'arrêter le sujet des prix qu'elle se propose de décerner en 1873-74 ; en voici le programme :

1re Question. — Un prix de 500 francs sera décerné à l'auteur du travail qui, sous la forme d'une nouvelle, d'un conte, de sentences ou de publications illustrées pouvant être mis entre les mains de personnes de tout âge et de tout sexe, présentera le tableau le plus saisissant des dangers de l'ivrognerie.

2e Question. — Rechercher les moyens pratiques de substituer, dans les habitudes des populations, en France, l'usage de boissons, non-seulement inoffensives, mais encore salutaires, telles que le thé et le café, à celui des liqueurs alcooliques.

Le prix sera également de 500 francs.

3e Question. — Déterminer à l'aide de l'analyse chimique, de l'observation clinique et de l'expérimentation, les analogies et les différences qui, sous le double rapport de la composition et des effets sur l'organisme, existent entre l'esprit de vin et les alcools de toute provenance livrés au commerce des boissons et des liqueurs.

Le prix sera de 1,500 francs.

Les deux ordres de faits très-distincts qu'embrasse cette 3e question pourront être traités isolément.

Les mémoires devront être adressés, pour les deux premières questions, au plus tard, le 31 mars 1873, et, pour la dernière, le 31 décembre de la même année, au secrétariat général de l'œuvre, rue Jacob, 52, à Paris, où sont également reçues les adhésions des personnes qui veulent s'associer à nos efforts dans la lutte que nous avons entreprise contre l'ivrognerie.

Le secrétaire général, Dr L. Lunier.

Le président, Hippolyte Passy.

— La Société de médecine tiendra sa prochaine séance vendredi, 2 août 1872, à 3 heures et demie très-précises, au palais du Luxembourg.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; — 2° Continuation de la discussion du rapport de M. Duroziez sur les travaux de M. Sentex ; — 3° Vote sur la candidature de M. Reliquet au titre de membre titulaire ; — 4° Vote sur la candidature de M. Sentex au titre de membre correspondant.

— On demande un médecin pour une position avantageuse dans le département de Seine-et-Oise. — S'adresser à M. Guilbert, économe à l'hôpital de la Pitié.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ※, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Étude sur la pathologie des plantes sébacées, par le docteur Misset. In-8° accompagné de 4 planches lithographiées. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, par le docteur Louis Sentex. (Mémoire couronné par l'Académie de médecine de Paris.) In-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la cystite du col et de ses divers modes de traitement, et en particulier des instillations au nitrate d'argent, par le docteur Pouliot. In-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Poucin, quai Voltaire, 13.

N° 88. — MARDI 30 JUILLET 1872. 45e ANNÉE. MARDI 30 JUILLET 1872. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. La jeune et la vieille thoracentèse (M. Bouchut). — Nouvelle note sur les injections intra-veineuses de chloral (M. Oré, de Bordeaux). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés : Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie (M. Ed. Fournié). — Nouvelles. — Questions et réponses. — Bibliographie.

L'ACTUALITÉ PRATIQUE

Les chaleurs extrêmes que nous subissons depuis quelques jours ont eu pour conséquence naturelle l'apparition de diarrhées saisonnières qui, lorsqu'elles s'accompagnent de vomissements, ce qui n'est pas rare cette année, peuvent effrayer beaucoup par une certaine ressemblance avec le choléra.

Jusqu'à présent, elles n'ont pas de gravité chez les adultes, du moins à Paris, où l'on signale seulement cette semaine quatre décès par *choléra nostras*. Cependant la léthalité en paraît être beaucoup plus forte à Londres et à Lille, bien qu'il puisse rester quelque doute, puisque dans ces deux villes le bulletin des décès ne distingue pas encore la diarrhée des adultes de la diarrhée cholériforme des très-jeunes gens.

Quoi qu'il en soit, du reste, le traitement des diarrhées est à l'ordre du jour.

Or, dans ce traitement, l'élément le plus essentiel est le régime.

Il faut surtout porter son attention sur le choix des boissons par lesquelles le malade s'efforce d'étancher sa soif.

Il est d'observation constante qu'en général, plus les liquides sont rafraîchissants, et plus ils nuisent. Il faut peu boire.

L'eau albumineuse, faite au moyen de blancs d'œufs frais battus sous l'eau, sucrée à peine, ne surexcite pas la diarrhée.

Le vin de Bordeaux de bonne qualité et encore un peu jeune, très-peu sucré, coupé largement d'eau bouillante et bu le plus chaud possible, est aussi plutôt favorable.

Mais ce qui réussit surtout, c'est le vin de Champagne, pris par petites gorgées comme unique boisson, soit pendant les repas, soit dans l'intervalle. Le vin de Champagne agit à la fois par son acide carbonique et par son alcool.

Comme aliment, rien ne convient mieux, en pareil cas, que les œufs frais, à peine cuits, bus à la coque, sans pain ni sel, en quantité proportionnelle à l'appétit.

Je recommande ce régime, car je l'ai vu souvent suffire pour arrêter avec une très-grande rapidité l'affection régnante, et dans tous les cas singulièrement aider à l'action des remèdes, tels que sous-nitrate de bismuth et préparations opiacées à faibles doses.

Dr Victor Révillout.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

La jeune et la vieille thoracentèse (1).

Février 1872. — Le malade, pendant ce mois, fut amené deux fois par semaine, et, selon que l'épanchement était plus ou moins considérable, je lui faisais une ponction. Il en a été fait *huit*, par lesquelles l'aspiration enlevait 30 à 50 grammes de pus. Trois fois il a été injecté de l'iode, ce qui détermine quelques heures d'ivresse. Je suis ainsi arrivé à la *vingt-sixième aspiration pneumatique*.

La toux est très-fréquente et accompagnée d'une expectoration puriforme, parfois très-abondante et infecte. Au dire de la mère, on ne peut rester près de l'enfant, et il faut que toutes les fenêtres soient ouvertes quand il crache ainsi en abondance.

On entend souvent le *bruit de flot*, et l'enfant le produit lui-même pour s'amuser. La matité de la base de la poitrine est complète, ainsi que l'absence de respiration dans les points correspondants. Au niveau de l'omoplate, il y a du souffle et de l'égophonie.

L'état général est bon ; l'enfant mange avec appétit sa viande crue sans avoir de diarrhée, et avec cette viande il prend de la viande cuite, du jambon, du porc frais et autant de graisse qu'il est possible d'en avaler.

Même régime, et à l'intérieur de l'acide thymique, *vingt-cinq* centigrammes en solution dans de l'eau.

Mars 1872. — Pendant le mois de mars, cet enfant m'a été amené à l'hôpital huit fois, et il a été fait *huit ponctions*, suivies d'injections de *soixante* grammes de teinture d'iode pure. Cela en porte le nombre à trente-quatre. La fistule pleuro-cutanée reste close ; mais la fistule pleuro-bronchique persiste ; car, de temps à autre, quand la plèvre se remplit de pus et d'air, le *bruit de flot hippocratique* se fait entendre, et l'enfant crache le pus avec abondance. Ce pus est toujours infect, mais moins odorant depuis les injections iodées.

Comme nourriture, l'enfant prend de la purée de viande crue en abondance, du pain beurré et salé, et du vin.

Comme médicament, de l'acide thymique, *vingt-cinq* centigrammes par jour.

Ses forces se maintiennent ; il engraisse visiblement ; mais le côté gauche de la poitrine se rétracte et s'aplatit d'une façon considérable.

Avril 1872. — Pendant le mois d'avril, j'ai vu l'enfant sept fois. Il vient avec la plèvre, tantôt remplie jusqu'à la troisième côte,

(1) Fin. — Voir le numéro du 25 juillet 1872.

tantôt jusqu'à la cinquième, et alors la matité monte plus ou moins haut; il y a du souffle bronchique et de l'égophonie au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, avec du bruit vésiculaire normal au sommet, en avant et en arrière. Il y a ou il n'y a pas de *bruit de flot*, selon la quantité de pus. L'expectoration continue à se montrer abondante et intermittente, un peu moins fétide; elle se produit par accès ainsi que la toux, tous les deux ou trois jours, quand le foyer purulent de la plèvre se vide par la fistule bronchique.

L'état général est toujours excellent, car le malade sort à pied, peut courir et jouer avec ses camarades.

Il lui a été fait six ponctions ce qui fait quarante. Deux d'entre elles ont été suivies d'injections iodées pures. Chaque injection est toujours suivie de quelques heures d'agitation et d'ivresse. On a continué l'acide thymique à l'intérieur.

Mai 1872. — Huit fois, le malade est venu à l'hôpital pendant ce mois. Il tousse et crache toujours, plus ou moins abondamment, du pus un peu fétide.

La respiration s'entend bien au sommet en avant et en arrière, mais à partir de l'angle de l'omoplate et sur le côté, il y a du souffle bronchique et de la matité. Le *bruit de flot* a disparu, et on ne doit plus l'entendre. Le cœur a repris sa place, et la poitrine s'aplatit d'avant en arrière de plus en plus, surtout sous la clavicule gauche.

Sept ponctions, *jusqu'à la quarante-septième*, ont été faites, et deux ont été suivies d'injections iodées. Chaque fois, je retire de 30 à 80 grammes de pus.

Même traitement et même régime.

Juin 1872. — Pendant ce mois, l'enfant a été amené sept fois, et on l'a vu courir sans peine dans l'avenue de l'hôpital. Il a pu même, de chez lui à Montrouge, venir à Notre-Dame et revenir à pied à sa maison. Son état général est excellent, mais son état local est le même. Il conserve toujours un peu d'épanchement à la base du poumon gauche, ce que révèlent la matité, le souffle à l'angle de l'omoplate, et l'absence de bruit respiratoire à la base du poumon gauche. La fistule pleuro-bronchique persiste, car il y a toujours de l'expectoration intermittente, comme celle d'une vomique qui s'échappe, mais il n'y a plus de bruit de flot.

Le cœur est à sa place, et la poitrine est très-aplatie et plus étroite à gauche qu'à droite.

A chaque visite, c'est-à-dire sept fois, je pratique une nouvelle aspiration, qui enlève plus ou moins de pus, 20 à 50 grammes, selon la facilité plus ou moins grande de l'aspiration.

Cela fait cinquante-quatre ponctions.

Même régime, et l'enfant engraisse visiblement.

Juillet 1872. — En juillet, je n'ai eu à faire que deux ponctions, *ce qui porte le nombre total à cinquante-six*. Lorsque l'enfant est revenu à la date du 13, j'ai constaté une bonne résonnance de tout le côté gauche de la poitrine, le cœur étant bien à sa place et laissant voir ses battements au lieu habituel. Le murmure vésiculaire s'entend par tout le poumon, et l'enfant, qui ne tousse plus depuis deux jours, n'a plus aucune expectoration, ce qui atteste que sa fistule pleuro-bronchique est fermée.

La poitrine, mesurée à la base, donne 36 centimètres à droite et 32 à gauche; au niveau du mamelon, 34 du côté sain et 32 du côté malade; enfin sous l'aisselle, 34 à droite et 32 à gauche. Dans son épaisseur, avec un compas, elle offre un diamètre antéro-postérieur de 15 centimètres à droite, tandis que du côté malade elle n'en a que 11. Avec cette déformation, la colonne vertébrale reste droite et il n'y a aucune déviation de la taille.

L'enfant est définitivement guéri. On le ramène quelques jours après, et je constate, avec tous les assistants qui ont suivi le malade depuis plusieurs mois, que la guérison est complète.

Réflexions. — Dans cette observation de quinze mois, on voit une pleurésie aiguë simple du côté gauche, qui s'est transformée en pleurésie purulente, laquelle a été suivie d'hydro-pneumo-thorax ouvert dans les bronches et entre les côtes, en formant ainsi deux fistules, l'une pleuro-bronchique, et l'autre pleuro-cutanée.

L'épanchement de la plèvre était des plus considérables, car il remplissait toute la cavité et refoulait le cœur sous le mamelon droit.

Le traitement par cinquante-six aspirations pneumatiques unies à des injections de teinture d'iode dans la plèvre, et faites de semaine en semaine, a guéri cet enfant.

L'enfant était malade depuis trois mois lorsque je fis la première opération, qui donna passage à de la sérosité fibrineuse limpide; mais quatre jours après, lors de ma seconde opération, je retirai du pus. La pleurésie purulente était constituée.

Au cinquième mois de la maladie, une expectoration quotidienne de pus infect annonce la communication du foyer pleurétique avec les bronches, ce qu'indique d'ailleurs le bruit de succussion hippocratique sans tintement métallique. Cet état dura plusieurs mois, pendant lesquels je continuai à faire des aspirations pneumatiques, par lesquelles je retirai le pus et le gaz de ce pyo-pneumothorax.

Un mois plus tard, une ulcération intercostale au-dessus et en arrière des ponctions s'ouvrit au-dehors, et mit en communication le foyer pleurétique avec l'air extérieur, de sorte qu'il y eut au même instant un pyo-pneumothorax communiquant avec les bronches et avec la peau.

Dans cette situation, comme les deux fistules étaient insuffisantes pour l'écoulement du pus sécrété dans la plèvre, je continuai les aspirations pneumatiques. Je les fis une ou deux fois la semaine, puis tous les quinze jours. De temps à autre, j'injectai de la teinture d'iode pure dans le foyer, ce qui produisait pendant dix à douze heures une ivresse très-caractérisée avec titubation, colère et changement d'humeur insupportables pour la mère de l'enfant.

La toux, accompagnée d'une expectoration abondante et infecte, continuait; elle variait de quantité, comme son odeur, que les injections iodées de la plèvre et l'acide thymique à l'intérieur atténuaient un peu; mais cette odeur était quelquefois si forte qu'elle infectait tout l'appartement et qu'on ne pouvait rester près du malade.

Au neuvième mois de la maladie, la fistule de la peau se ferma tout à fait, mais la fistule bronchique dura jusqu'au douzième. Alors il n'y eut plus de gaz dans la plèvre. Le bruit de succussion cessa de se faire entendre, l'expectoration continua et toute odeur disparut. Il ne restait plus qu'un peu de pus dans la plèvre, que je continuai d'enlever, toutes les semaines, par des aspirations pneumatiques.

C'est de cette façon, avec patience et persévérance, que, avec l'action corroborante d'un bon régime et de l'exercice en plein air, je suis arrivé à triompher de tous les accidents qui empêchaient la guérison de mon malade. Il a fallu quinze mois pour y arriver, mais ce n'est pas trop encore pour un cas de ce genre.

En résumé, une pleurésie séreuse devenant purulente, formant un hydro-pneumothorax, engendrant une fistule bronchique et une fistule de la peau, a été guérie à l'aide de cinquante-huit aspirations pneumatiques. C'est là un très-beau résultat qui plaide en faveur des nouveaux procédés de thoracentèse dans l'empième.

NOUVELLE NOTE

SUR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CHLORAL

Par M. L. Oré (de Bordeaux)
(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 17 juillet 1872, par M. Labbé).

« Dans les expériences de la première catégorie, dit M. Forget, la strychnine a été administrée par l'estomac, etc., etc. » Si mon honorable collègue avait lu avec soin mon travail, avant de le discuter, il aurait pu se convaincre qu'il n'y est nulle part question de strychnine administrée par l'estomac. Le chloral ne peut donc pas avoir donné d'insuccès dans une opération qui n'a pas été faite.

Plus loin, en parlant de mes expériences, où le chloral et la strychnine ont été injectés simultanément dans les vaisseaux, M. Forget ajoute :

« Or, il résulte de ce mélange de deux substances, qui a pour effet d'affaiblir, d'annihiler en partie la propriété toxique de la strychnine, que celle-ci devient impropre à produire sur l'organisme les effets physiologiques auxquels le chloral doit remédier.

« Ces expériences ne prouvent donc pas que le chloral ait guéri un tétanos strychnique qui n'a pas existé; elles ne prouvent qu'une chose qu'il était facile de prévoir : c'est qu'affaiblie, altérée, modifiée par son mélange avec le chloral, la strychnine, ainsi devenue impure, perd sa propriété tétanogène. »

M. Forget énonce une hypothèse gratuite et que l'expérience condamne. La strychnine affaiblie, altérée, modifiée par son mélange avec le chloral, devenant impure par suite de ce mélange et perdant, dès lors, toutes ses propriétés tétanogènes ! Il faudrait la preuve expérimentale de toutes ces assertions. Le chloral et la strychnine, en s'unissant, ne forment pas une combinaison, c'est-à-dire un corps nouveau, mais un simple mélange, dans lequel, suivant la loi de tous les mélanges, chaque substance conserve ses propriétés caractéristiques. Les expériences suivantes le prouvent.

1° Qu'on injecte dans la veine crurale d'un chien pesant 7 à 8 kilogrammes, *sept* milligrammes de strychnine, dix ou quinze secondes après, on assistera au développement du tétanos strychnique, qui se terminera par la mort après trois ou quatre minutes.

2° Qu'alors, on mélange *sept* milligrammes de strychnine avec *un* gramme de chloral, et qu'on injecte ce mélange dans la veine crurale d'un chien du même poids, on assistera, après dix ou quinze secondes, au développement d'un tétanos strychnique absolument semblable au précédent. L'animal passera par des crises alternatives de contractures, de relâchement musculaire et de sommeil; mais finalement, la strychnine l'emportera, à cause de l'insuffisance dans la dose du chloral, et l'animal succombant, prouvera que le mélange de cet alcaloïde avec le chloral ne lui a fait perdre, en aucune façon, ses propriétés tétanogènes.

3° Que l'on augmente alors la dose de chloral, qu'on se place dans les conditions où je me suis placé moi-même dans les deux dernières expériences de mon mémoire, on verra les mêmes phénomènes de contractures et de relâchement musculaire, mais le chien survivra.

Le mécanisme par lequel s'opère cette neutralisation est tout à fait physiologique; le voici : la strychnine et le chloral possèdent des propriétés essentiellement opposées. Tandis que la première détermine un véritable tétanos, l'autre paralyse le pouvoir excito-moteur de la moelle et suspend par suite, momentanément, l'action mortelle de la strychnine. Je dis momentanément, parce que le chloral s'éliminant plus vite que la strychnine, les effets physiologiques de cette dernière apparaîtront de nouveau dès qu'il (le chloral) aura disparu de l'organisme. Or, en faisant des injections fréquentes de chloral pendant toute la durée de l'expérience, on donne à la strychnine le temps de s'éliminer la première Il en résulte qu'à un moment donné, l'organisme étant débarrassé de ce puissant alcaloïde, les phénomènes propres au chloral se manifestent seuls.

L'expérience suivante mettra ce mécanisme en lumière, en même temps qu'elle répondra à la dernière objection de M. Forget : « Ces expériences ne prouvent pas que le chloral ait guéri un tétanos strychnique qui n'a pas existé. »

Expérience. — *Injection sous-cutanée de un centigramme de strychnine à un chien de 8 kilos. — Tétanos strychnique. — Injections intra-veineuses et répétées de chloral commencées seulement après le développement bien tranché des convulsions. — Guérison de l'animal.*

Des expériences multipliées m'ayant appris que *un* centigramme de strychnine, injecté dans le tissu cellulaire d'un chien du poids de 8 kilos, amène constamment la mort, par suite du tétanos strychnique, j'ai fait sur un jeune chien pesant 8 kil. 200 gr. l'expérience qui suit :

2 heures 22 minutes. — Injection sous-cutanée de *un* centigramme de strychnine.

2 heures 50 minutes. — L'animal est inquiet, sa marche difficile, convulsive.

2 heures 52 minutes. — Crise tétanique violente, trismus, opisthotonos. A ce moment, le tétanos strychnique étant parfaitement accentué, j'injecte dans la veine crurale droite *deux* grammes de chloral. Aussitôt le calme revient, les convulsions diminuent, s'arrêtent, et l'animal s'endort.

3 heures. — Nouvelles convulsions, pendant lesquelles le sommeil n'est pas interrompu. La respiration est rapide, bruyante, l'animal fait entendre quelques cris intermittents.

3 heures 4 minutes. — Les convulsions s'accentuent de plus en plus. Nouvelle injection intra-veineuse de *cinquante* centigrammes de chloral.

Le calme reparaît; sommeil profond, respiration régulière; cet état dure jusqu'à 3 h. 21 minutes.

3 h. 21 minutes. — Les convulsions recommencent; elles sont plus longues; opisthotonos.

Troisième injection de *cinquante* centigrammes de chloral par la même ouverture et par la même veine.

Depuis ce moment, jusqu'à 6 heures 5 minutes, les alternatives de contraction et de relâchement musculaire n'ont pas cessé; tantôt l'animal a paru plongé dans un sommeil profond avec paralysie des mouvements et de la sensibilité; tantôt, au contraire, il a présenté tous les phénomènes du tétanos strychnique; or, chaque fois que ces derniers ont paru devoir l'emporter sur les autres j'ai injecté une nouvelle dose de *cinquante* centigrammes de chloral. C'est ainsi que j'ai fait pénétrer dans la veine crurale huit injections de cette substance, représentant une dose totale de *cinq* grammes *cinquante* centigrammes.

A 6 heures 5 minutes, le chien a une crise convulsive générale, suivie d'une suspension momentanée de la respiration, qui n'a pas tardé à se rétablir naturellement. Ce fut la dernière crise. La strychnine avait été entièrement éliminée. L'animal, qui a parfaitement survécu qui a même servi à une autre expérience, est resté, à partir de ce moment, sous l'influence du chloral, qui s'est prolongée pendant plusieurs jours.

J'espère qu'après le récit de cette expérience, qui, répétée cinq fois, m'a toujours donné les mêmes résultats, M. Forget ne persistera pas à dire que j'ai guéri avec le chloral un tétanos strychnique qui n'a pas existé.

J'arrive aux observations de M. Verneuil.

Première observation. — « L'antagonisme du chloral et de la strychnine n'est pas nouveau; O. Liebreich l'avait bien indiqué. Les expériences de M. Oré ne nous apprennent donc rien à cet égard. » (*Union médicale*, t. LXXII, p. 886, année 1872.)

Précédemment, M. Verneuil avait dit :

« C'est donc à la physiologie que nous devons nous adresser pour avoir l'explication des phénomènes. Or la physiologie nous avait déjà enseigné, entre autres, que le plus puissant antagoniste de la strychnine est précisément le chloral : celui-ci administré à la dose d'*un* gramme, fait cesser les convulsions provoquées par la strychnine, et cela dans huit ou dix minutes. » (*Bulletin de la So-*

ciété de chirurgie pendant l'année 1870, t. II, 2e série, 1er fascicule, p. 118.)

Voici ma réponse : Je demanderai d'abord à M. Verneuil si l'expérience où, à l'aide d'*un* gramme de chloral, on a arrêté les convulsions déterminées par la strychnine, a été faite par lui, ou s'il s'est contenté de la rappeler d'après O. Liebreich, en en prenant la responsabilité. Dans le premier cas, il faudrait la répéter, en se plaçant dans les conditions suivantes : Qu'on prenne un chien pesant 8 kilogrammes, auquel on fera une injection sous-cutanée d'*un* centigramme de strychnine (dose mortelle pour un chien de ce poids); qu'on attende que le tétanos strychnique se soit franchement manifesté, qu'alors on cherche à l'arrêter, à empêcher la mort en administrant à l'animal *un* gramme de chloral; j'affirme qu'après huit ou dix minutes on le verra succomber infailliblement. Dans le second cas, si M. Verneuil n'a fait que répéter ce qui avait été dit par un autre, je dirai que l'expérience est aussi inexacte, pour la même raison, que les expériences à l'aide desquelles M. O. Liebreich a essayé de démontrer que la strychnine est l'antidote du chloral. J'ai prouvé ce dernier fait dans trois notes successives que j'ai adressées récemment à l'Académie des sciences.

Que le chloral employé contre des convulsions occasionnées par une dose non mortelle de strychnine paraisse avoir contribué à empêcher, en quelques minutes, une terminaison fatale qui ne serait pas arrivée sans lui, j'en suis convaincu; mais qu'après avoir constaté par l'expérience quelle est la quantité de strychnine nécessaire pour tuer un animal d'un poids déterminé, on essaye d'empêcher la mort avec *un* gramme de chloral, si l'alcaloïde a été administré à dose toxique, j'affirme qu'on n'y parviendra jamais.

Du reste, les deux expériences que je vais rapporter lèveront tous les doutes à cet égard.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 juillet 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

COMMUNICATIONS

Greffes animales transplantées sur l'homme. — M. DUBRUEIL. J'ai, il y a peu de temps, esssayé de greffer sur des plaies ou des ulcères en bon état des lambeaux de peau empruntés à des animaux.

Sur un premier malade atteint d'un ulcère de jambe, j'ai greffé cinq petits lambeaux de peau de cochon d'Inde. La face profonde de ces lambeaux avait été dépouillée avec soin des parcelles de tissu graisseux, qui lui étaient demeurées adhérentes; chaque lambeau pouvait avoir 1 centimètre carré. Ces fistules de peau ainsi transplantées et maintenues à l'aide de bandelettes de diachylon, ont contracté des adhérences avec les parties sur lesquelles elles ont été appliquées, et ont continué à vivre dans leur portion dermique.

Quant à l'épiderme, il s'est détaché au bout de quelques jours, entraînant avec lui les poils.

Sur une femme âgée, portant à la partie supérieure de la joue droite une plaie résultant de la cautérisation d'un ulcère épithélial, j'ai appliqué un lambeau allongé ayant à peu près 3 centimètres de long sur 1 centimètre de haut, lambeau emprunté à la paroi abdominale d'un jeune chien.

Cette portion de peau, un peu trop petite pour couvrir toute l'étendue de la perte de substance qu'elle était destinée à combler, n'en permettra pas moins d'éviter l'ectropion et la rétraction de la commissure labiale qui étaient imminents. Ici, comme pour le premier malade, il y a eu chute de l'épiderme.

La peau de chien, surtout celle prise sur la paroi abdominale, me paraît bien préférables pour ces sortes de greffes à celle de cochon d'Inde.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

M. FORGET demande à M. Dubrueil si le lambeau adhérait à la surface couverte de bourgeons charnus, le cinquième jour après que l'épiderme du lambeau fut détaché.

M. DEMARQUAY. J'ai voulu voir si les greffes épidermiques pouvaient prendre sur les surfaces cancéreuses. Des expériences que j'ai faites, il résulte que ces greffes pouvaient prendre, et je me suis demandé si l'on ne pouvait pas les mettre en usage pour les *noli me tangere*.

M. PAULET. Il y a une thèse de M. Lintilhac, publiée en 1848 environ, et qui traite des transplantations de peau sous le nom d'Hétéroplastie.

M. TRÉLAT. Un auteur anglais, Howard, je crois, a fait de ces transplantations.

M. DESPRÉS. Les travaux de M. Bert sur les greffes animales ont été l'origine de ces expériences.

M. BLOT. Les greffes de M. Bert étaient pratiquées sur l'animal lui-même. Les mémoires de la Société de biologie en font foi.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Pénitis. — M. DEMARQUAY présente un fait rare de suppuration des corps caverneux. Voici l'observation :

M. X..., âgé de 38 ans, négociant, entre le 17 avril 1872 à la Maison de santé, dans le service de M. Demarquay.

Antécédents. — D'une constitution appauvrie par toutes sortes d'excès, cet homme souffre depuis longtemps des voies urinaires. Il contracta quatre blennorhagies aiguës (la dernière, il y a sept ans, compliquée d'uréthrite), et fut soigné ensuite pour un catarrhe vésical.

Quelques semaines avant son entrée dans le service, M. X... fut pris de rétention d'urine avec ténesme. En même temps, il se forma *une petite tumeur au périnée*, en avant de l'anus. Celle-ci suppura, fut incisée, mais décolla ultérieurement les téguments à une certaine profondeur, en arrière du bulbe. M. Demarquay diagnostiqua *un abcès ayant pour point de départ les glandes de Cooper*. Les parties décollées furent largement incisées, et on laissa une sonde à demeure dans le canal. La cicatrisation se fit mal; malgré l'application de la sonde, l'urine suintait parfois par la plaie. Finalement, le malade présenta successivement, du côté de la verge, les symptômes suivants :

1er juin. — La peau de la verge est rouge, tendue et douloureuse, à la partie inférieure.

2 juin. — Le malade a un violent frisson, et le soir nous trouvons une fièvre intense. Le pus s'est collecté à la partie inférieure de la verge, un peu à gauche et en arrière. Une incision donne issue à du pus assez épais et crémeux. Le malade est soulagé momentanément.

On retire la sonde en caoutchouc qu'on laissait à demeure, et à laquelle on est tenté d'attribuer les derniers accidents. La miction est possible, quoique pénible et douloureuse.

5 juin. — Le pénis présente dans sa totalité un volume énorme; il semble dans l'état d'érection.

Au toucher, on perçoit une sensation de dureté plutôt que d'empâtement. La pression est médiocrement douloureuse; le malade a des douleurs spontanées, sourdes, mais peu prononcées.

La peau de la verge est rouge et légèrement tuméfiée.

La miction est devenue très-douloureuse, la fièvre est modérée. M. Demarquay diagnostique une *pénitis*.

Le surlendemain, le malade fut pris tout à coup d'accidents fort graves : frissons violents, pâleur, puis teinte subictérique de la peau; embarras de la respiration, avec tous les signes d'une pleurésie gauche.

Bientôt survinrent du délire loquace, du hoquet. Le malade ne tarda pas à tomber dans le coma et succomba dans la matinée du 10 juin.

L'autopsie fut refusée, et l'on dut se contenter d'enlever la verge.

Voici les résultats de l'examen de ces parties :

1. Corps caverneux. — a. *Gauche.* Les altérations portent principalement sur la partie moyenne. Là, nous noterons d'abord un véritable foyer purulent formé par la destruction complète des cloisons. Il est rempli d'un pus crémeux et verdâtre dans lequel flottent des débris de cloisons sous forme de minces filaments. Le foyer présente une longueur de 6 centimètres. Il est plus large en avant qu'en arrière. A sa périphérie, se trouvent plusieurs petites cavernes, également remplies de pus, mais où la destruction des cloisons est moins avancée.

b. *Droit.* Les lésions sont à peu près les mêmes; nous trouvons également un foyer purulent. Celui-ci ne présente que 4 centimètres en longueur, mais il est plus large; de plus, les trabécules sont détruites complétement et ne persistent même plus à l'état de minces filaments.

En arrière, vers la racine du corps caverneux, se trouve un second foyer, peu étendu, et rempli de pus concret.

2. Urèthre. — a. *Muqueuse.* Vascularisation assez intense dans le tiers antérieur; pâleur prononcée postérieurement. Au voisinage du bulbe, nous trouvons du pus collecté dans le tissu sous-muqueux, et présentant l'aspect de gros grains de chènevis déprimés.

b. *Portion spongieuse.* A 4 centimètres en arrière du gland, le canal est disséqué par un abcès dans ses parties postéro-latérales.

c. *Bulbe.* Présente une infiltration purulente rappelant celle des corps caverneux.

Examen histologique. — Destruction des trabécules centrales; infiltration purulente des trabécules pariétales et des espaces caverneux; résistance spéciale des artères, des fibres musculaires, ainsi que des éléments fibreux ou élastiques du tissu conjonctif, tels sont, d'après M. Nepveu, les traits caractéristiques de la lésion.

M. Paulet demande comment peut être expliquée l'érection croissante.

M. Demarquay. Par la compression de la substance spongieuse de l'urèthre.

M. Lannelongue ne croit pas à la suppuration primitive des trabécules de la substance spongieuse des corps caverneux. Il pense que la suppuration s'est établie consécutivement autour d'épanchements sanguins.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : Armand Després.

VARIÉTÉS

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal, d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie. (1)

Par le Dr Ed. Fournié, médecin-adjoint à l'Institut des sourds-muets.

II

Dans un second livre, M. Fournié étudie la matière fonctionnelle de la fonction cérébro-motrice, et toujours guidé par l'analyse comparative, guidé aussi par cette considération essentielle que la matière fonctionnelle n'est autre chose que le produit de la vie d'un organe mis en mouvement dans un but déterminé, guidé enfin par cette notion que les produits de la vie organique sont ou des produits chimiques ou des instruments dynamiques d'une nature variable, il arrive à démontrer ce fait que le produit de la vie organique du cerveau fournit des *perceptions actuelles* ou de *souvenir*, et que ces perceptions ou autrement dit ces choses *senties* deviennent *matière fonctionnelle* quand, sous l'influence de l'excitant fonctionnel, elles se présentent sous forme *d'impulsions motrices.*

(1) Suite. — Voir le numéro du 23 juillet 1872.

Ce chapitre, consacré à la matière fonctionnelle, est vraiment remarquable par l'analyse et le classement organique et physiologique de toutes les impressions senties. A lui seul ce chapitre est une véritable révolution. On lira avec beaucoup d'intérêt le classement des *impressions de souvenir*, et à ce propos la théorie organique et physiologique de la mémoire. Cette théorie repose sur ce fait entièrement neuf que la perception simple se produit exclusivement dans les couches optiques, tandis que les cellules de la périphérie corticale du cerveau représentent simplement les acquisitions cérébrales sous forme de modalité dynamique *in passu.* Cette modalité peut, en entrant en jeu, réveiller à son tour les couches optiques et déterminer ainsi une perception de souvenir. C'est la seule théorie possible au point de vue anatomique et physiologique.

La matière fonctionnelle resterait éternellement lettre morte si elle ne se manifestait pas d'une manière expressive par les mouvements fonctionnels.

Ce dernier terme de toute fonction est très-important ici, on le devine. Aussi, avant de l'aborder, M. Fournié a voulu suivre le mouvement résultant de la fonction *cérébro-motrice* dans le cervelet sous le nom de fonction cérébello-motrice, et dans la moelle, sous le nom de fonction médullo-motrice.

Les trois fonctions : cérébro-motrice, cérébello-motrice, médullo-motrice, forment ce que M. Fournié désigne sous le nom de fonctions intrinsèques du système nerveux. Ces fonctions commencent et finissent à un élément nerveux, et nous ne connaîtrions jamais ni leur action, ni leur mécanisme, si leur résultat ne se transmettait pas à d'autres tissus qui peuvent, en remplissant une fonction plus sensible à nos sens, traduire, par un grossissement, le mécanisme intime des actions nerveuses. Cette action des fonctions intrinsèques sur les autres fonctions a été étudiée de la façon la plus complète par M. Fournié, et il a donné surtout au sujet des rapports du système nerveux avec le système musculaire, des notions qui règlent d'une manière définitive la question de l'irritabilité musculaire, livrée depuis Haller à de nombreuses controverses.

L'étude du système nerveux dans ses rapports soit avec la vie organique, soit avec la vie fonctionnelle des autres organes, a permis à M. Fournié de considérer les fonctions intrinsèques associées aux fonctions des autres organes, et il donne à ces ensembles les noms de fonctions composées : 1° fonctions cérébro-motrices de nutrition (défécation, urination, déglutition, mastication, etc.); 2° fonction cérébro-motrice de reproduction (invagination, copulation); 3° fonctions de relation, parmi lesquelles la plus importante, la fonction *cérébro-motrice du langage.* C'est ainsi que l'auteur est parvenu à débrouiller ce chaos qui aboutissait à faire confondre par les auteurs les fonctions intrinsèques avec les fonctions composées.

Ce soin était indispensable avant d'aborder l'étude des mouvements fonctionnels de la fonction cérébro-motrice, et ce n'est qu'après l'avoir rempli que M. Fournié a abordé l'étude de ces derniers.

III

Un livre, consacré aux mouvements fonctionnels, est aussi neuf que les précédents.

M. Fournié divise ces mouvements en deux classes : les mouvements instinctifs et les mouvements intelligents. Les premiers sont communs à l'animal et à l'homme; les seconds sont spéciaux à ce dernier. En ne séparant pas les mouvements fonctionnels de l'excitant fonctionnel et de la matière fonctionnelle, M Fournié a pu remonter à leur cause, à leur origine, à leur genèse, et les distinguer entre eux par des caractères réellement physiologiques. Jusqu'ici, on n'était pas parvenu à classer les mouvements; ce *desideratum* disparaît désormais. Le caractère essentiel qui distingue les mouvements instinctifs des mouvements intelligents est le per-

fectionnement. M. Fournié démontre en effet que tout mouvement intelligent est un mouvement instinctif perfectionné, et il va chercher jusque dans la substance cérébrale les conditions anatomiques de ce caractère qui, disons-le, n'est pas dans l'élément qui provoque directement le mouvement, mais dans l'élément qui perçoit de manière à pouvoir provoquer des mouvements perfectionnés.

Après avoir développé à un point de vue essentiellement physiologique chacun des éléments qui entrent dans toute fonction : l'excitant fonctionnel, la matière fonctionnelle, les mouvements fonctionnels, M. Fournié entre dans un autre ordre d'idées, qui, malgré sa ressemblance avec la psychologie pure, n'en est pas moins un sujet, peut-être, des plus intéressants de la physiologie. Il désigne cet ordre d'idées sous le nom de rapport du principe de détermination avec la matière fonctionnelle cérébro-motrice. Naturellement un premier chapitre est consacré à l'animal, un second à l'homme.

Dans le chapitre consacré au principe de détermination de l'animal, M. Fournié démontre qu'il n'y a qu'un seul principe de vie, et que ce principe se manifeste dans le cerveau sous forme de *sensibilité*, parce que là seulement ce principe, uni aux cellules des couches optiques, peut *sentir* ou *percevoir*. Le sentiment, dans le cerveau, comme l'a très bien démontré l'auteur, est l'analogue du phénomène *sécrétion-bile* dans le foie, du phénomène *contractilité* dans le muscle : dans toutes ces circonstances, c'est la *vie agissante* se manifestant d'une manière différente, selon l'organe qu'anime le principe de vie. Cette définition nouvelle de la sensibilité était indispensable dans un moment où les hommes les plus autorisés, depuis Bichat, mettent la sensibilité un peu partout : les causes impressionnantes, on a raison; mais le phénomène sentiment (ou autrement dit la sensibilité) n'est que dans le cerveau. Pour éviter toute confusion, on n'a qu'à se rappeler que la *sensibilité* n'est autre chose que le principe de vie lui-même, modifié dans le cerveau par une cause impressionnante.

Après ces préliminaires indispensables, M. Fournié aborde la question de l'instinct par un aperçu historique et critique, dans lequel il démontre avec beaucoup de sens que ni Descartes, ni Buffon, ni Leibnitz, ni Cuvier, ni Flourens, n'avaient pu se faire une juste idée de l'instinct et de l'intelligence, par cette raison bien simple qu'ils ne possédaient pas les notions indispensables pour arriver à cette connaissance.

L'instinct, selon l'auteur, n'est autre chose que la sensibilité représentée par la matière fonctionnelle cérébro-motrice dans ses rapports, d'un côté avec les sources impressionnantes actuelles ou de souvenir, de l'autre avec les instruments que la nature a départis à chaque animal. Cette question si obscure, si controversée jusqu'ici, emprunte aux observations de l'auteur une clarté qui équivaut à l'évidence. M. Fournié a justement consacré un article spécial aux instincts de l'homme.

Comme les animaux, ce dernier possède des instincts généraux et particuliers. L'instinct particulier de l'homme est le langage; mais, comme l'observe très-bien l'auteur, cet instinct serait peu de chose, si l'intelligence n'intervenait pas dans son développement avec ses sublimes prérogatives, et ne transformait pas l'acte purement instinctif en acte intelligent. Ces distinctions, si délicates et si profondes, découlent naturellement des caractères que M. Fournié a assignés aux mouvements instinctifs et aux mouvements intelligents.

Le chapitre consacré au principe des déterminations de l'homme dans ses rapports avec la matière fonctionnelle cérébro-motrice est un des plus importants du livre de M. Fournié, et cela tant au point de vue physiologique qu'au point de vue psychologique. En effet, persuadé que le langage est l'instrument indispensable de l'intelligence dans ses manifestations les plus nobles, M. Fournié a décrit la fonction *cérébro motrice du langage*, dont la parole n'est qu'une forme, avec des développements qui ne laissent rien à désirer et qui imposent désormais cette fonction à tous les livres de physiologie. La partie physiologique est irréprochable comme description; mais ce qui frappe le plus, ce sont les attributs psychologiques qui découlent de cette fonction et que M. Fournié déduit, sous forme de corollaires, avec une logique désespérante pour nos philosophes. On s'était bien douté de tout temps de l'importance du langage dans les opérations de la pensée, mais on n'avait pas pu établir jusqu'à présent les vrais rapports, les rapports physiologiques, qui existent entre la parole et la pensée, et il est inouï de constater avec M. Fournié le nombre d'erreurs psychologiques que cette méconnaissance avait engendrées. Il est temps que MM. les philosophes étudient cette question, qui assurément doit servir de base à une psychologie nouvelle. Nous leur recommandons surtout les articles consacrés à la *volonté*, à la *conscience de l'être sensible* et à la *conscience de l'être intelligent*; c'est de la psychologie physiologique la plus neuve, la plus raisonnable, la plus pure.

Après avoir signalé et démontré l'importance que le principe de vie de l'homme (intelligence dans le cerveau) emprunte à la fonction-langage, M Fournié complète les caractères qu'il faut attribuer à ce principe; il passe en revue les idées matérialistes et spiritualistes sur ce sujet, et il arrive à cette conclusion que, scientifiquement, le spiritualisme ni le matérialisme n'ont pas leur raison d'être, et que seule la vérité physiologique est digne de notre attention et de nos recherches. C'est avec cette conviction que M. Fournié cherche à se faire une idée physiologique de l'âme et de ses facultés, et il y parvient en considérant que l'âme ne se voit qu'en acte et ne peut être constituée que par l'ensemble des perceptions et des actes qui, depuis la naissance jusqu'à la mort, concourent à former l'individu intellectuel et moral.

Comme corollaire de ce qui précède, l'auteur s'est livré à une verte critique de la théorie de Darwin, où il démontre, entre autres choses, que la physiologie a fait complétement défaut aux moyens de persuasion de l'illustre novateur. La conclusion de M. Fournié est que l'instinct et l'intelligence ne sauraient être des degrés l'un de l'autre, et par conséquent le résultat de la transformation l'un de l'autre.

Le dernier chapitre de ce grand travail est consacré à l'explication physiologique du sommeil ou, comme le dit l'auteur, au repos de la vie fonctionnelle du cerveau. Cette explication nouvelle découle de l'analyse physiologique des mouvements de la vie telle que l'a comprise M. Fournié, et repose sur ce fait, que la matière fonctionnelle étant fournie par les produits de la vie organique, il arrive un moment où la dépense fonctionnelle a si bien épuisé les produits de la vie organique, que la fonction cesse faute d'aliment. Faute d'huile, la lampe cesse de brûler, dit justement l'auteur, et rien n'est plus juste quand on se place au point de vue des fonctions du cerveau.

Le rêve, le somnambulisme, les hallucinations empruntent à cette manière de voir la clef de leur explication physiologique.

Après cette analyse, aussi fidèle que possible, de l'important travail de M. Fournié, avons-nous besoin de conclure et de dire que cette œuvre est magistrale et doit être lue par tous ceux qui n'ont pas d'idées préconçues ? Il est impossible que ce livre passe inaperçu, et nous le recommandons vivement aux méditations de nos confrères, comme un des plus originaux qui aient été écrits depuis longues années.

Dr E. Le Sourd.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 20 au 26 juillet 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	1	2	3	2
Rougeole	15	4	19	23
Scarlatine	3	»	3	4
Fièvre typhoïde	11	3	14	10
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	5	9	14	8
Bronchite aiguë	22	3	25	21
Pneumonie	26	17	43	23
Dysentérie	2	2	4	2
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	21	2	2*	17
Choléra nostras	3	1	4	3
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	5	1	6	8
Croup	9	5	14	10
Affections puerpérales	3	4	7	5
Autres affections aiguës	186	56	242	244
Affections chroniques	232	65	297**	226
Affections chirurgicales	30	16	46	58
Causes accidentelles	22	2	24	32
Totaux	596	192	**788**	696

LONDRES. — Population, 3,311,298 h. — Décès du 14 au 20 juillet 1872 1,467

Variole, 29. — Rougeole, 12. — Croup, 13. — Coqueluche, 60. Fièvre typhoïde, 13. — Diarrhée, 258. — Choléra nostras, 17. Bronchite, 66. — Pneumonie, 53.

* Dont 16 enfants au-dessous de 6 mois, 3 de 6 mois à un an, 4 de 1 an à 2 ans.

** Sur ce chiffre de 297 décès, 141 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

— A céder de suite, pour cause de santé, excellente clientèle médicale. S'adresser à M. Ledebdt, 3, rue Mazagran, de 10 h. à midi.

— Clientèle médicale à céder dans Seine-et-Oise. S'adresser à M. Guilbert, à l'hôpital de la Pitié.

QUESTIONS ET RÉPONSES

A une question qui nous est adressée, nous répondons que, suivant la jurisprudence, un médecin qui exerce seul dans un chef-lieu de canton ne peut pas refuser d'obtempérer à la réquisition du juge de paix qui le commet pour une expertise médico-légale.

Si, sur son refus, le juge de paix l'a condamné, comme dans l'espèce par exemple, à 1 franc d'amende, il n'a aucune chance de faire réformer ce jugement par un recours en cassation.

— Une autre question, se rapportant également à la médecine légale, nous a été posée par un honorable confrère, auquel on alloue un chiffre d'honoraires véritablement dérisoire pour une expertise et un long rapport.

Il faut reconnaître que les tarifs applicables aux médecins légistes ne sont pas rémunérateurs par eux-mêmes. Dans les grandes villes on le sait, et, en pratique, on s'en écarte, comme on s'écarte, du reste, en pratique, de tous les tarifs judiciaires; mais il n'y a pas de recours ouvert contre les juges qui les veulent appliquer.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le vol. Paris, chez Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 89. — JEUDI 1er AOUT 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 1er AOUT 1872. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Hôpital Rothschild. Péritonite par propagation à la suite d'un abcès périnéal (M. Worms).—Nouvelle note sur les injections intra-veineuses de chloral (M. Oré, de Bordeaux). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion sur la thoracentèse et l'empyème nous paraît toucher à sa fin.

Les questions de personnes qui l'encombraient d'abord commencent à être écartées : la lumière se fait.

Devant le nombre considérable de guérisons d'empyèmes par incision qui sont publiées de toutes parts, il devient impossible de prétendre que cette méthode est inefficace, et que, pour guérir, il faut recourir absolument au drainage. Les faits rapportés par M. Béhier étaient concordants avec tant d'autres, que les critiques de M. Chassaignac avaient perdu tout intérêt avant qu'il y fût répondu.

M. Jules Guérin, bien qu'ayant à soutenir une méthode personnelle, s'était toujours gardé d'être trop exclusif. Aussi s'est-il plu à reconnaître que l'empyème remplit certaines indications.

M Béhier a montré sans peine que le grand nom du grand Hippocrate n'avait rien à faire dans tout ceci. Les conseils qu'Hippocrate donnait pour arriver au diagnostic sont notoirement insuffisants. Ses propositions les plus formelles sont depuis longtemps démenties par l'expérience, et on se demande ce qui peut rester de sa pratique, si ce n'est l'opération de l'incision considérée en elle-même.

On est également à peu près d'accord sur les indications principales du drainage, de la thoracentèse sans vide préalable et sans introduction de l'air, suivant la méthode de M. Guérin, et enfin de l'aspiration, principalement dans la ponction exploratrice.

Si la question n'était pas surtout chirurgicale, la regardant comme épuisée autant que possible aujourd'hui, on serait donc tenté de demander la clôture. Mais il est bon qu'un chirurgien autorisé pose lui-même les conclusions et parle le dernier.

M. le professeur Richet s'est inscrit pour mardi prochain.

Dr Victor Révilleut.

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. WORMS.

Péritonite par propagation à la suite d'un abcès périnéal.

Observation recueillie par M. A. WEILL, interne du service.

Jacques L..., homme de peine, âgé de 36 ans, se présente à l'hôpital le 29 novembre au soir. Depuis cinq jours, il souffre à l'anus, au périnée et jusque dans le rectum, de douleurs qui, faibles et modérées d'abord, ont pris depuis deux jours une intensité extrême avec moments paroxystiques de tiraillements et d'élancements tout à fait insupportables. Depuis deux jours aussi, il y a constipation et rétention d'urine absolue. Pas d'accélération du pouls ni élévation de température; l'appétit est conservé; le sommeil est bon, si les souffrances le permettent. Il n'y a pas d'antécédents hémorroïdaires; il n'y a eu ni chute ni violence extérieure d'aucune sorte sur la région affectée.

Un premier examen fait découvrir à la marge de l'anus, à gauche et s'étendant à 1 ou 2 centimètres le long du repli ano-scrotal, un point d'induration très-sensible à la pression. Une sonde introduite dans la vessie, après une vive douleur causée à son passage dans la portion prostatique de l'urèthre, donne issue à une quantité d'urine considérable, n'offrant rien de particulier comme coloration et comme composition chimique.

Frictions d'onguent mercuriel belladoné et cataplasme sur le périnée : une pilule d'extrait thébaïque de *quinze* centigrammes.

30 septembre. — A la suite du cathétérisme le malade a uriné plusieurs fois dans la nuit, facilement et sans souffrances. Le toucher rectal, assez douloureux, ne présente de marquant qu'une augmentation de volume de la prostate. L'induration à la marge de l'anus s'est étendue et a fait place à de l'empâtement sans fluctuation. Un coup de bistouri en fait sortir quelques gouttes de sang, mais pas de pus. Le malade se trouve notablement soulagé dans la journée.

1er octobre. — La constipation persiste. Anorexie; la langue est blanche et chargée, le pouls s'accélère. Un lavement purgatif étant resté sans effet, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz pour le lendemain matin.

2 octobre. — Pas de garde-robe. La fièvre est plus vive aujourd'hui; plusieurs frissons répétés dans la journée. Le soir, la température est montée à 40,6 et le pouls est à 124.

3 octobre. — *Trente* grammes d'huile de ricin pris le matin amènent plusieurs selles; mieux sensible le soir. Néanmoins le pouls et la température sont les mêmes qu'au matin.

4 octobre. — Le ventre est un peu ballonné. Douleur vive à la pression, principalement dans la fosse iliaque droite; vésicatoire sur cette région.

P. M. 96. S. 104. T. 39.2. 40.

5 octobre. — Tout l'appareil de la péritonite aiguë généralisée : la face grippée, les yeux enfoncés et cerclés de noir, hoquets, vomissements porracés, ventre fortement météorisé et très-doulou-

reux partout; respiration courte et anxieuse, pouls fréquent, petit et dépressible à 120, T. 40 matin et soir. La miction pourtant est toujours facile depuis le premier jour; des traces d'albumine dans l'urine. Rien de particulier dans le thorax.

On prescrit : onctions mercurielles sur le ventre; boissons glacées; *quinze* centigrammes d'extrait thébaïque en potion.

6 octobre. — Même état.

7 octobre. — Matin, T. 39.2. P. 96. Dans la journée, tous les symptômes s'amendent. Les vomissements cessent; le ventre s'affaisse un peu. Le pouls, en même temps qu'il perd de sa fréquence, reprend de l'ampleur. Du pus en assez grande quantité sort par la petite incision faite au périnée il y a quelques jours. Il existe là un trajet fistuleux de 3 à 4 centimètres de long, dont il est impossible de trouver une issue en dedans ou une communication quelconque avec un des organes du bassin.

S. P. 92. T. 38.6.

8 octobre. — Malgré la rémission de tous les symptômes aigus, et principalement la disparition de la tuméfaction et de la sensibilité du ventre, le malade semble s'affaiblir beaucoup.

P. M. 80, S. 88, T. 37°,6, 38°.

9 octobre. — Rougeur fortement érysipélateuse dans la fosse iliaque gauche. Par la petite plaie, sort, en même temps que du pus, un liquide incolore d'odeur forte et pénétrante de la nature duquel on n'a pas pu se rendre compte. Est-ce de l'urine? Est-ce un liquide fécaloïde? Provient-il d'un lavement qu'on vient d'administrer? Est-ce une sérosité d'une origine toute particulière? Le ventre est de nouveau ballonné davantage; les douleurs spontanées et à la pression redeviennent plus violentes; depuis quatre jours il n'y a pas eu de selles. Les bords de la petite plaie sont de nouveau plus indurés et sensibles.

P. M. 100, S. 104; T. 37°, 37°6.

Prescription. Larges onctions mercurielles sur le ventre; calomel à l'intérieur, *dix* centigrammes en doses fractionnées.

10 octobre. — Agitation et souffrances extrêmes; un peu de délire. Pas de selles par le calomel ni après un lavement simple donné encore le soir. Les urines continuent d'être faciles et abondantes; plus d'albumine.

P. M. 108, S. 120, T. 37°,8, 38°,2.

11 octobre. — L'agitation a fait place à une adynamie profonde qui s'accuse de plus en plus.

Prescription. Potion de Todd. *Dix* centigrammes de calomel restent encore une fois sans résultat.

12 octobre. — Un lavement purgatif a produit une diarrhée qui devient bientôt une véritable incontinence de matières fécales. Le ventre s'est un peu excavé, mais les fosses iliaques offrent toujours de la tuméfaction et une grande sensibilité. Le pouls devient de plus en plus fréquent et petit; il ne descend plus au-dessous de 120. (Il n'a plus été possible de prendre la température à cause de l'agitation du malade.)

13 octobre. — La diarrhée continue; l'état général empire constamment.

14 octobre. — La diarrhée s'est arrêtée, mais l'urine s'écoule spontanément. Souffrances excessives. Pression très-douloureuse dans les fosses iliaques et au périnée, surtout à l'entour de la petite plaie, à bords très indurés. Les téguments de la fosse iliaque gauche ont repris leur coloration normale, mais la rougeur érysipélateuse revient à droite.

15 octobre. — Cette coloration est encore plus prononcée, en même temps que l'empâtement qu'on constatait déjà hier. Incontinence d'urine et de matières fécales. Le pouls, tout à fait filiforme, bat 144 fois par minute; l'amaigrissement est arrivé au dernier degré.

16 octobre. — Après une agonie de plusieurs heures, le malade s'éteint dans le coma, à 2 heures de l'après-midi.

L'autopsie, faite dans les quarante-huit heures après la mort, n'a porté que sur les organes de l'abdomen. Toute la région sus-ombilicale est parfaitement saine et sans altération, mais, dans la région sous-ombilicale, on constate toutes les lésions pathologiques de la péritonite; la séreuse est molle et se déchire facilement; il existe de nombreuses fausses membranes; les intestins sont agglutinés entre eux et descendus dans le bassin, où l'on trouve une quantité assez forte d'un liquide tout à fait purulent. La vessie et le rectum sont sains; il en est de même de la prostate, qui n'est que fortement hypertrophiée. Quant au tissu cellulaire sous-péritonéal qui entoure les organes du bassin, il ne consiste plus qu'en une vaste nappe de pus qui baigne les parois musculaires, qui sont même comme macérés en plusieurs endroits. Il n'a pas été possible, plus que pendant la vie, de découvrir une communication entre le trajet fistuleux du périnée et le bassin avec ses organes.

NOUVELLE NOTE

SUR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES DE CHLORAL (1)

Par M. L. Oré (de Bordeaux)

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 17 juillet 1872, par M. Labbé).

Première expérience. — Chien du poids de 8 kilogrammes. Injection sous-cutanée d'*un* centigramme de strychnine (dose mortelle). L'injection faite à 5 heures 15 minutes, le tétanos strychnique se montre à 5 heures 20 minutes. J'introduis aussitôt *un* gramme de chloral dans le tissu cellulaire des parois abdominales. Trois minutes après, l'animal succombe au milieu des convulsions strychniques les mieux caractérisées.

Deuxième expérience. — Chien pesant 14 kilogrammes. Injection sous-cutanée de *treize* milligrammes de strychnine (dose mortelle pour un chien de ce poids), faite à 2 heures 30 minutes. Apparition bien tranchée du tétanos strychnique à 2 heures 40 minutes. Alors, injection de *trois* grammes de chloral dans la veine crurale droite. Aussitôt, les convulsions s'arrêtent, le relâchement musculaire lui succède, ainsi que le sommeil. Cet état dure, avec quelques contractions générales intermittentes, pendant quarante-cinq minutes, c'est-à-dire jusqu'à 3 heures 25 minutes.

3 heures 25 minutes. — Crise tétanique générale, qui dure deux minutes.

Injection sous-cutanée de quatre *grammes de chloral.* — Les crises se multipliant, je fais, à 3 heures 50 minutes, une nouvelle injection sous-cutanée de *deux* grammes de chloral.

L'animal succombe, à 3 heures 57 minutes, au mileu d'une forte crise tétanique.

Si l'on compare entre elles ces deux expériences, il est impossible de ne pas reconnaître qu'elles ont été faites dans les mêmes conditions. Les deux chiens avaient reçu des doses mortelles de strychnine, et l'on a attendu la manifestation du tétanos pour introduire le chloral. Cependant, dans le premier cas, le chien est mort en huit minutes; dans le second, il a survécu une heure dix-sept minutes. D'où provient cette différence? Elle provient de ce que, dans le second cas, j'ai eu le soin de faire d'abord une injection intra-veineuse de chloral, qui a suspendu momentanément l'action de la strychnine. Mais cette dose de *trois* grammes était insuffisante pour la neutraliser d'une manière définitive. Aussi, malgré les deux nouvelles injections sous-cutanées de *six* grammes de chloral, ce qui porte à *neuf* grammes la quantité introduite dans l'organisme, la mort est arrivée avec tous les phénomènes tétaniques. Si j'eusse continué les injections intra-veineuses, l'animal aurait survécu, ainsi que je l'ai démontré plus haut.

Je connais les travaux de M. O. Liebreich, et je n'ignore pas qu'il a parlé de l'antagonisme du chloral et de la stychnine. Mais en quels termes en a-t-il parlé? « Le chloral diminue l'action de la strychnine, à la condition d'être donné très-promptement après l'administration de l'alcaloïde. » (*Comptes rendus de l'Acad. des sc.*,

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

t. LXX, p. 404, 1870). Le chloral *diminue*, d'accord ; mais non pas *neutralise, annihile, rend inoffensive*, ainsi que je l'ai démontré.

Garnier, faisant allusion à cet antagonisme, dit : « Expérimenté avec la strychnine, l'hydrate de chloral en arrête les symptômes tétaniques en maintenant la vie plus longtemps, mais sans empêcher la mort. » (*Dictionn. des progrès des sc. méd.*, 1870, 6e année, p. 107).

Dans sa thèse, à propos des substances antagonistes du chloral, M. Camboulive, après avoir rapporté les recherches d'O. Liebreich tendant à démontrer que la strychnine est l'antidote du chloral, termine ainsi : Si la strychnine est l'antidote du chloral, peut on dire réciproquement que le chloral soit l'antidote de la strychnine ? Évidemment non, et la meilleure raison que l'on en puisse donner, c'est qu'il n'exerce son action qu'un quart d'heure ou une demi heure après avoir été ingéré, tandis que la strychnine tue au bout de dix ou quinze minutes. (*Hydrate de chloral*, th. de Paris, n° 15, 1871, t. II, p. 47.)

A propos de cette première observation de M. Verneuil, je suis donc amené à conclure :

1° Ou la quantité de strychnine administrée à un animal est suffisante pour donner la mort, ou elle ne l'est pas. Si elle l'est, jamais ni *un* gramme, ni *deux* grammes, ni *dix* grammes de chloral, injectés soit dans l'estomac, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, ne conjureront la terminaison fatale, qui arrivera bien avant que le chloral ait eu le temps d'être absorbé. M. Verneuil a affirmé un fait qui, à mon sens, repose sur une expérience défectueuse à son point de départ.

2° L'injection intra-veineuse de chloral à doses fractionnées et répétées pourra seule, à cause de sa rapidité d'action, neutraliser, annihiler les effets si promptement toxiques de la strychnine, par le mécanisme que j'ai indiqué.

3° Je me crois autorisé à affirmer que je suis le premier expérimentateur qui ait prouvé que le chloral est véritablement l'antidote de la strychnine.

4° J'arrive à la seconde observation :

« Il y a, continue M. Verneuil, une grosse objection à adresser aux injections de chloral dans les veines : c'est qu'elles ne sont pas faciles à pratiquer. »

J'avoue mon étonnement, à moins que, par faciles à pratiquer, M. Verneuil veuille dire dangereuses à pratiquer. S'il en est ainsi, je répondrai que, dans sa longue et remarquable thèse (*Histoire des injections dans les veines, depuis leur découverte jusqu'à nos jours*, Paris, 1870, n° 43), M. Ladovi-Roche, après avoir rapporté fidèlement tous les faits connus d'injections intra-veineuses, conclut de la sorte :

« Les injections de médicaments dans les veines sont dans la pratique médicale depuis bientôt trois siècles. Toutes les fois que l'on y a eu recours, elles ont apporté un soulagement sensible aux malades, et souvent la guérison complète. Il n'y a point d'exemple de mort, soit subite, soit plus ou moins éloignée, qui puisse leur être directement imputée. »

Voilà pour le danger. Quant à la difficulté opératoire, elle est à peu près la même, mais à un moindre degré, que pour la saignée du bras. J'en parle avec connaissance de cause, puisque j'ai pratiqué l'injection intra-veineuse sur l'homme dans un cas de rage. On place une ligature autour du membre, de manière à faire gonfler la veine choisie pour l'opération ; on la pique avec la canule d'une seringue à injection hypodermique, et l'on passe la solution d'hydrate de chloral dans le vaisseau. Il s'agit, en définitive, d'une simple piqûre des parties molles et des parois vasculaires, qui sont ainsi beaucoup moins divisées que par l'extrémité d'une lancette.

3° M. Verneuil ajoute une autre considération : « Le chloral doit être administré quelquefois à des doses considérables et surtout répétées. Les tétanos qui guérissent par le chloral durant en moyenne vingt-cinq jours, il faut, pour maintenir le malade dans la narcose, revenir au chloral cinq ou six fois par jour. Serait-il pratique de faire cinq ou six injections dans les veines pendant vingt-cinq jours? »

J'ai établi dans une première série d'expériences que le chloral, injecté directement dans les veines, exerçait sur l'organisme une action très-rapide, immédiate, dont la durée est habituellement fort longue. C'est ainsi que j'ai vu des chiens et des lapins rester sous l'influence d'une dose assez élevée pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit, soixante heures. Administré par l'estomac ou la voie hypodermique, les effets sont naturellement plus lents, souvent incertains, et se dissipent plus vite. De là l'obligation où s'est trouvé M. Verneuil lui-même d'employer plus de 200 grammes de chloral pour guérir un tétanos.

Si M. Verneuil avait employé chez son malade l'injection intra-veineuse, mes expériences m'autorisent à penser qu'avec huit ou dix injections, pendant vingt-cinq jours, il aurait obtenu le même résultat. On objectera peut-être qu'il n'est pas sans danger de piquer huit ou dix fois une ou plusieurs veines. A cela je répondrai qu'à l'époque où régnait en souveraine la méthode sanglante des saignées coup sur coup, on n'hésitait pas, dans l'espace de quatre à cinq jours, à ouvrir six, huit, dix fois la médiane basilique ou la céphalique. Si cette méthode est aujourd'hui abandonnée, ce n'est ni à la phlébite, ni à d'autres accidents qui lui incombent que l'on doit l'attribuer, mais à l'anémie profonde et aux convalescences sans fin auxquelles elle a donné lieu.

J'arrive enfin à la dernière observation de M. Verneuil. Je l'emprunte à l'*Union médicale*, le procès-verbal officiel n'en faisant qu'une simple mention.

« M. Verneuil espérait que M. Oré se serait occupé de rechercher expérimentalement quelles sont les meilleures conditions de l'administration du chloral pour obtenir de ce médicament des effets physiologiques et thérapeutiques ; quelles sont les causes qui font que, dans certains cas, le chloral ne produit aucun effet ; si cela tient à la mauvaise qualité du médicament ou à sa non-absorption. » (*Union médicale*, année 1872, p. 886.)

Que M. Verneuil me permette de lui répondre que je n'ai pas fait autre chose, dans toutes mes expériences, que de rechercher les meilleures conditions de l'administration du chloral ; or, de la comparaison entre l'absorption digestive, hypodermique, intra-veineuse, il résulte que celle-ci m'a paru infiniment supérieure aux deux autres. Comme lui, j'ai observé, tant sur l'homme que sur les animaux, que le chloral, donné par les voies ordinaires, est un médicament infidèle, par suite d'une absorption quelquefois insuffisante. Or, ce défaut d'absorption ne saurait exister quand il est mis directement en contact avec le sang. De là les effets thérapeutiques constants, bien accentués et durables ; de là surtout les effets si inattendus sur la sensibilité. Des expériences nombreuses, variées, fréquemment répétées, m'ont appris, en effet, ainsi que je le dirai prochainement, que le chloral injecté dans les veines constitue le plus puissant de tous les anesthésiques. Il suffit alors de *deux, trois, quatre, six* grammes, suivant le poids de l'animal, pour le plonger immédiatement dans un état d'insensibilité tel qu'aucun excitant, à part les courants électriques, n'est capable de faire cesser. Cette insensibilité, qui ressemble à celle du cadavre, dure pendant une, deux, trois, cinq heures ; et, alors que toutes les fonctions de l'axe cérébro-spinal sont momentanément anéanties, la respiration continue, calme et régulière. Il est pour moi expérimentalement démontré aujourd'hui que le chloral est un anesthésique chirurgical bien supérieur au chloroforme : d'abord parce que l'insensibilité qu'il produit est infiniment plus complète et plus durable, ensuite parce qu'il ne détermine, du côté du bulbe, aucun de ces phénomènes asphyxiques inquiétants qui s'observent si fréquemment à la suite du chloroforme.

Je crois avoir répondu à toutes les objections faites à mon mémoire. Je terminerai par une dernière réflexion.

Si la physiologie expérimentale n'est pas une illusion ; si l'on est autorisé à conclure des expériences sur les animaux à l'homme, les injections intra-veineuses de chloral constitueront le meilleur

le plus sûr moyen de combattre les empoisonnements par la strychnine, en même temps qu'elles sont appelées à donner des résultats tout à fait inattendus dans le traitement des tétanos et des affections convulsives.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juillet 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Un mémoire manuscrit sans nom d'auteur sur le vaccin et la vaccination (commission de vaccine) ; — 2° le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de la Lozère (commission des épidémies).

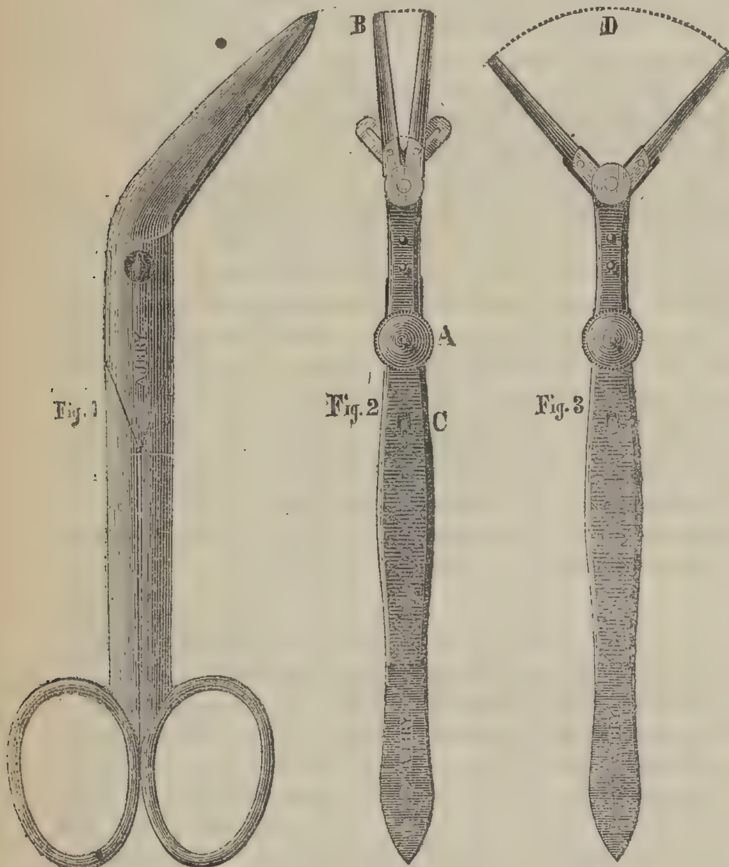
M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret, à la date du 23 juillet, approuvant l'élection que l'Académie a faite de M. Tarnier, en remplacement de M. Danyau, décédé.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail de M. Gérard de Cailleux, membre correspondant de l'Académie de médecine, sur les eaux minérales thermales de Salins, de Brives et de Bourbon-Lancy ; — 2° un pli cacheté de M. le docteur Luton, de Reims. (Accepté.)

M. BÉCLARD présente, de la part de M. Laurenço (de Bahia), une pince qu'il a fait exécuter par M. Aubry, fabricant d'instruments



de chirurgie, pour faciliter l'opération d'agrandissement de l'angle interne de l'œil.

M. GUBLER présente une *Notice historique du château de Bourbon-l'Archambault*, par M. le docteur Périer, médecin inspecteur.

M. LARREY présente, de la part de M. Léon Le Fort, un livre intitulé : *La chirurgie militaire et les sociétés de secours.*

M. HÉRARD offre en hommage, de la part de M. Moutard-Martin, une brochure sur la *Pleurésie purulente et son traitement.*

M. BRIQUET présente deux brochures de M. Dagout, l'une intitulée : *De la stupeur dans les maladies mentales et de l'affection désignée sous le nom de stupidité* ; l'autre intitulée : *Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive.*

Discussion sur la thoracentèse et l'empyème.

M. BÉHIER commence par rappeler quelle est l'origine de ce débat, dont il a été la cause à la fois volontaire et involontaire : volontaire en ce qu'il a porté spontanément devant l'Académie la question des ponctions capillaires, employées comme moyen de traitement de la pleurésie récente ; involontaire, car c'est d'un mot prononcé incidemment qu'est sortie la discussion sur le traitement de la pleurésie purulente.

Posant en fait que ces deux questions doivent rester distinctes, l'orateur commence par défendre les observations qu'il a rapportées contre les critiques acerbes de M. Chassaignac, et aux arguments tout personnels de ce chirurgien, il oppose des arguments non moins personnels.

Puis, en venant au discours de M. Sédillot, il s'attache à montrer que tout n'est pas bon dans Hippocrate. « D'ailleurs, dit-il, il y a, ce me semble, une certaine confusion dans les indications d'Hippocrate, et il est difficile de bien séparer dans ce qu'il dit ce qui a trait à la pleurésie séreuse et ce qui se rapporte à la pleurésie purulente. En effet, la règle établie par l'école grecque et répétée par l'honorable M. Sédillot, de ne pas opérer avant le quinzième jour, se rapporte à la pleurésie séreuse, car, au bout de quinze jours, le pus est rarement produit dans la plèvre ; cependant M. Sédillot nous donne cela comme se rapportant à ce qu'il appelle le pyothorax. Il y a là une confusion à laquelle on a remédié depuis longtemps, et je ne vois pas l'avantage de la rétablir même au nom d'Hippocrate. La pratique actuelle de la thoracentèse dans les premiers septenaires de la pleurésie est en opposition, nous dit M. Sédillot, avec l'observation hippocratique. Cela est possible ; mais j'avoue qu'il m'importe fort peu qu'il en soit ainsi, s'il m'est démontré que la thoracentèse doit guérir plus tôt que ne le croyait le divin maître ; et les faits se sont chargés de montrer qu'il en était ainsi. Hippocrate prescrit de vider lentement la poitrine, afin de donner au poumon le temps de revenir sur lui-même ; qu'ai-je besoin de me conformer à son opinion quand je vois le poumon reprendre sa place et sa fonction, alors que j'évacue d'une seule fois le liquide ? Eh bien ! ce précepte d'Hippocrate, reléguant au troisième septenaire l'opération et prescrivant une certaine lenteur dans l'évacuation de l'épanchement, me paraît une règle de valeur médiocre et seulement capable de favoriser ou de consolider l'emprisonnement du poumon par des fausses membranes, ce qui correspond peut-être à ce qu'il appelait la dessiccation du poumon. Je suis, je l'avoue, encore à chercher les démonstrations, certaines suivant M. Sédillot, qui, d'après la science moderne, montrent l'importance du précepte hippocratique, suivant lequel la mort est la conséquence de l'évacuation totale de l'épanchement.

« M. Sédillot a aussi insisté sur le tableau des désastres qui accompagnent l'évacuation de la poitrine faite en une seule fois, et il a parlé des conséquences de cette évacuation, faisant un appel de liquide comme le ferait l'application d'une ventouse avec suintement de sérosité plus ou moins mêlée de pus. Il a prétendu que les néoplasmes frappés d'hémorragies interstitielles se gonflent, se détachent, forment des lambeaux gangréneux, et que les malades meurent d'inflammations ou d'épanchements rapidement reproduits si on ferme la plaie, et d'infections putrides, etc., si on la laisse ouverte. Je dois l'avouer, ce tableau me paraît assez forcé pour le moment où nous vivons. Nous avons tous vu, et en assez grand nombre, des thoracentèses faites avant le vingt et unième jour, et nous n'avons pas vu, même alors que par malheur l'épanchement se reproduisait, les désastres dont M. Sédillot nous a fait le tableau ; et la plaie laissée ouverte n'a pas non plus amené tant de malheurs quand la plèvre a été bien soignée par des moyens qui diffèrent assez de l'huile et du vin injectés par Hippocrate. »

Après avoir discuté les propositions de M. Sédillot, M. Béhier répond à M. Jules Guérin. Il reconnaît les avantages de la thoracentèse sous-cutanée quand elle est applicable, mais tel n'est pas le cas quand il existe d'énormes paquets de fausses membranes qui exigent l'incision pour sortir.

Cette incision suffit, du reste, sans qu'il soit besoin d'introduire un drain dans la poitrine, comme l'a fait M. Gosselin.

En résumé, le traitement de la pleurésie purulente est surbordonné à des indications que l'on peut indiquer en quelques mots.

Les faits, il y a déjà longtemps, ont prouvé que le traitement purement médical est absolument impuissant pour amener la guérison de ces épanchements purulents de la plèvre : vésicatoires, cautères, diurétiques et révulsifs, de tout siége et de toute nature, sont insuffisants dans la plupart des cas.

Les indications précises sont surtout :

L'évacuation du pus, dès qu'il est formé ou reformé;

L'opposition attentive à l'altération de ce liquide ou à celle des produits organiques contenus dans la cavité pleurale.

Plus ces indications seront remplies promptement, à partir de la formation du pus, plus la guérison sera facile et solide.

La thoracentèse sous-cutanée a donc dû réussir et a réussi dans un certain nombre de cas, quand elle était faite de bonne heure, alors que le retour du poumon est plus facile et la purulence moins puissante.

Quand, une première ponction ayant donné du pus, on voit l'épanchement se reproduire, l'injection iodée conseillée par M. Hérard devient une ressource précieuse. Mais c'est l'état même du malade et la manière dont il supporte l'épanchement purulent qui doivent décider, en pareil cas, du choix entre l'emploi de la thoracentèse avec injections iodées ou celui de méthodes beaucoup plus radicales capables de permettre l'écoulement permanent et continu du pus. Parmi ces méthodes, figurent et le drainage et l'incision. L'un et l'autre doivent être aidés de lavages répétés quotidiennement à l'aide d'un procédé quelconque. La méthode par incision est plus prompte, plus sûre, et a l'avantage de permettre rapidement l'évacuation complète des produits solides qui peuvent exister dans les épanchements de cette nature. Dans les épanchements purulents, l'introduction de l'air dans la cavité pleurale n'a pas le danger qu'on lui a longtemps attribué. Bon nombre d observations le démontrent.

En ce qui touche la pleurésie séreuse, on a beaucoup exagéré les dangers de la thoracentèse. M. Roger a particulièrement insisté sur la fréquence de la blessure du poumon. Souvent, en effet, il s'est écoulé par les bronches un liquide séreux peu de temps après la thoracentèse. Mais il se pourrait que ce ne fût pas toujours là une preuve de blessure du poumon faite par le trocart. Un fait récent tend à en faire douter. Chez un malade atteint d'anasarque par suite d'une affection du cœur, les deux plèvres contenaient déjà une assez grande quantité de liquide; on eut recours à la thoracentèse aspiratrice pour procurer un peu de soulagement; la ponction, faite du côté droit, donna issue à environ 800 grammes de sérosité. A la suite de l'opération, le poumon avait repris sa place, la respiration s'entendait jusqu'à la base; aucune trace de pneumothorax; le malade semblait très-soulagé, lorsqu'une heure environ après, le malade fut pris d'une toux opiniâtre, à la suite de laquelle il rendit par gorgées assez fortes une sérosité mousseuse un peu plus jaune, mais, à cela près, entièrement semblable à celle que la ponction avait retirée. Il s'en écoula à peu près 800 grammes. Or, l'auscultation pratiquée le lendemain montra que les choses étaient restées dans le même état dans le poumon droit, où la respiration s'entendait toujours jusqu'à la base, mais que l'épanchement avait diminué du *côté gauche*, lequel évidemment n'avait pas pu être blessé par la canule.

Chez ce malade, l'épanchement s'étant reproduit des deux côtés, on eut encore à faire trois autres ponctions, cette fois du côté gauche, et toujours on vit un écoulement de sérosité par les bronches se produire après l'opération et s'accompagner d'une notable diminution dans l'épanchement de l'*autre côté*.

Ce fait est extrêmement curieux. Est-ce que quatre fois, à droite comme à gauche, on a eu la male chance de blesser le poumon? C'est peu supposable. L'explication reste encore incertaine. Mais s'il y avait eu lésion pulmonaire, cela prouverait au moins l'innocuité de cette lésion.

Si la thoracentèse capillaire est innocente, elle ne doit pas être négligée, car des épanchements pleurétiques, d'abord médiocres, finissent souvent par n'en pas moins devenir mortels, comme le prouvent beaucoup d'exemples bien connus. D'ailleurs, dans le cas même où la pleurésie, traitée autrement, aurait pu finir par la guérison, ce n'en est pas moins rendre aux malades un très-grand service que de les guérir d'une façon beaucoup plus rapide, car l'emploi de vésicatoires et de diurétiques pendant plusieurs mois n'est pas sans quelques inconvenients pour le sujet qui y est soumis.

M. JULES GUÉRIN. Je reconnais que l'empyème devient nécessaire lorsque la plèvre contient de volumineux paquets de fausses membranes, qu'il serait impossible d'extraire autrement. Mais je me demande si la production de ces masses pseudo membraneuses au sein du liquide n'est pas souvent un fait secondaire, une sorte de précipitation occasionnée par l'entrée de l'air dans les opérations antérieures.

Je tiens aussi à faire remarquer que lorsqu'on renouvelle la ponction sous-cutanée, on voit changer la nature du liquide; de franchement purulent il devient séro-purulent, puis presque séreux, et c'est ainsi que la guérison s'effectue, de même, du reste, que dans les abcès traités par la même méthode.

M. MAROTTE. Je voudrais savoir de M. Béhier par quelle loi physique il peut expliquer la sortie, à travers les bronches, d'une sérosité fibrineuse caogulable, renfermant des leucocytes, à la suite de la ponction d'une cavité pleurale renfermant le même liquide, s'il n'admet pas que le poumon ait été blessé par le trocart?

M. BÉHIER. Il peut se faire spontanément une fistule bronchique séreuse, comme une fistule purulente, et ce qui me fait croire qu'il en était ainsi dans le cas en question, c'est que le liquide a diminué dans la plèvre gauche après l'expulsion de ce liquide, à la suite de la ponction de la plèvre droite, et *vice versa*.

M. MAROTTE. Il faut remarquer qu'il s'agissait d'un hydropique, et que, une fois la respiration rendue plus libre par l'evacuation du liquide pleurétique d'un seul côté, la résorption a pu faire diminuer rapidement le liquide renfermé dans l'autre plèvre.

M BÉHIER. La résorption n'agit pas si rapidement. Mon chef de clinique, qui était là, a vu le liquide diminuer du côté gauche au fur et à mesure de son expulsion par les bronches.

M. HÉRARD. Je crois qu'on pourrait expliquer non-seulement sans plaie du poumon, mais même sans fistule bronchique spontanée, le fait rapporté par M. Béhier. Lorsque le poumon a été longtemps comprimé et qu'il reprend ses dimensions normales, il peut s'y faire une poussée séro-sanguine avec expulsion de sérosité par les bronches. C'est ainsi que j'expliquerais pour ma part la sortie de 800 grammes de sérosité par les bronches quelque temps après une ponction qui a eu pour résultat de développer complétement le poumon et de faire entendre la respiration dans toute la poitrine.

M. BARTH. Je voudrais savoir si quelqu'un des membres de l'Académie a vu quelquefois, chez des malades chez lesquels on avait constaté l'existence d'un épanchement pleural, la ponction rester inutile et ne faire sortir aucun liquide. J'ai eu connaissance de faits de cette nature.

M. RICHET. Je dois justement en raconter dans la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 5 avril 1872. — Présidence de M. Gros, président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Le numéro du *Marseille médical* du mois de mars dernier ;

2° Une brochure du docteur E. Debout, médecin inspecteur des eaux de Contrexéville intitulée : *Observation de gravelles rares*. Cette brochure est accompagnée d'une lettre de l'auteur, dans laquelle il annonce son intention de faire acte de candidature ;

3° Le discours prononcé, au nom de la Société, par M. le docteur Perrin, sur la tombe de notre honoré collègue, M. Deville ;

4° Une brochure intitulée : *Recherches statistiques sur l'action du seigle ergoté dans la parturition*, par M. Deville ;

5° *Recherches sur le rapport existant entre le nombre des mort-nés et celui des décès, à Paris, de 1846 à 1858*, par M. le docteur Deville ;

6° *Histoire médicale du choléra-morbus dans le quartier de l'Hôtel de Ville, en 1832*, par M. le docteur Deville ;

7° Mémoire adressé au préfet de la Seine sur la mortalité, dans Paris, pendant 24 ans, de 1840 à 1863, par M. le docteur Deville ;

8° Une notice biographique sur notre regretté président, M. Simonot, par le docteur Collineau.

LECTURE

M. le docteur Gilette, candidat à la place de membre titulaire, donne lecture d'un travail sur les tumeurs fibro-plastiques de l'orbite.

Une commission, composée de MM. Lagneau, Collineau et Forget, rapporteur, est nommée pour faire un rapport sur le travail de M. Gilette.

M. DUCHENNE (de Boulogne) désire faire connaître à la Société ses nouvelles recherches sur une maladie que le premier il a décrite sous le nom de *paralysie pseudo hypertrophique* ou *myo-sclérosique* et dont la Société a eu la primeur en 1868. M. Duchenne possède cinq nouveaux cas ; il espère pouvoir lire son mémoire complémentaire dans la prochaine séance ou du moins l'envoyer à la société si son état de santé ne lui permet pas d'assister à la séance.

Sur l'observation de quelques membres de la Société qu'il serait regrettable que M. Duchenne ne fût pas présent pour répondre aux objections qui pourraient être faites à son travail, notre collègue entre dans quelques détails sur ses nouvelles recherches sur la paralysie pseudo-hypertrophique.

Dans les cinq nouveaux cas qu'il a observés, M. Duchenne a pu étudier, sur le vivant, la fibre musculaire, grâce à l'emploi de son emporte-pièce histologique. Il a, comme dans ses premières recherches, toujours constaté que la fibre musculaire dans les muscles paralysés était parfaitement saine, que seul le tissu connectif interstitiel était altéré, qu'il devenait graisseux, qu'en un mot il y avait hyperplasie de ce tissu avec production d'un tissu fibroïde plus ou moins abondant.

Il a étudié, avec M. Charcot, la moelle chez un sujet mort de cette affection, et constamment la moelle a été trouvée saine. Dans les autres maladies des muscles, que les Allemands ont confondues avec la paralysie myosclérosique, il y a toujours altération des cellules antérieures de la moelle, mais il y a en même temps altération de la fibre musculaire même.

La paralysie pseudo-hypertrophique est la seule affection musculaire dans laquelle on ne trouve pas d'altération de la moelle. C'est une maladie purement périphérique. Peut-être n'a-t-on pas encore examiné suffisamment le grand sympathique. M. Duchenne a la conviction que c'est là que plus tard l'histologie pathologique fera découvrir le point de départ de la maladie.

M. LUNIER croit que c'est beaucoup dire que d'avancer qu'il n'y a pas de lésion dans le tissu propre de la moelle, parce que l'on ne l'y a pas trouvée.

M. ONIMUS. M. Duchenne n'a t-il pas constaté, dans d'autres parties du corps, ou, pour mieux dire, dans d'autres tissus que dans le tissu musculaire, une altération analogue à celle qui existe dans les muscles? Pour ma part, dans la maladie que M. Duchenne désigne sous le nom de paralysie pseudo hypertrophique, j'ai constaté que le tissu osseux était altéré ; j'ai cru voir, dans le tissu osseux, une augmentation du tissu lamineux ; j'ai constaté de même une augmentation de volume des tendons.

L'absence de lésions dans la moelle et dans les fibres musculaires devrait faire changer la dénomination d'affection trophique musculaire que M. Duchenne donne à cette maladie.

M. GALLARD. L'expression de sclérose des muscles prononcée par M. Duchenne ne me paraît pas satisfaisante. Laennec s'est servi de l'expression : sclérose des reins, du foie, du poumon. On l'a beaucoup critiquée ; mais depuis, l'histologie pathologique semble, jusqu'à un certain point, lui avoir donné raison.

Il y a deux opinions parmi les anatomo pathologistes dans les altérations de tissu : les uns admettent que la lésion primitive consiste dans l'exubérance du tissu cellulaire qui, étant proliféré, vient, pour ainsi dire, étouffer le tissu propre ; d'autres admettent d'abord une maladie de l'organe (quelle qu'elle soit), ayant précédé la prolifération du tissu cellulaire.

Je crois qu'il ne faut pas être exclusif et que les deux opinions peuvent être admises.

M. DUCHENNE. La moelle, examinée avec le plus grand soin par M. Pierret, élève de M. Charcot et par moi, a toujours été trouvée parfaitement saine, je le répète, je fais une réserve pour le grand sympathique.

MM. Charcot et Geoffroy veulent que la lésion soit primitivement élémentaire dans l'atrophie musculaire progressive et dans la paralysie spinale de l'enfance ; pour eux, les éléments anatomiques sont primitivement altérés ; pour moi, je reste dans le doute, ou plutôt je penche vers l'opinion que ce n'est pas dans le tissu propre, mais dans le tissu cellulaire interstitiel que se fait l'altération. Il y a d'abord trouble dans la circulation locale ; il y a hypertrophie des vaisseaux, en un mot un travail irritatif qui amène une prolifération du tissu connectif interstitiel entre les éléments du tissu propre qui est pour ainsi dire étouffé.

M. ONIMUS. Il est évident que dans certains cas la sclérose est due à une hypertrophie primitive du tissu cellulaire ; mais, dans d'autres cas, il faut admettre que l'élément propre est primitivement atteint. Cette question se rattache d'ailleurs à une autre plus générale, car, depuis l'école allemande, ce serait partout et toujours le tissu cellulaire la cause des modifications des tissus. Sans chercher à comprendre comment cette école parvient à expliquer qu'en un point de l'organisme les cellules de ce tissu arrivent en s'irritant à se transformer en éléments nerveux, comme cela a lieu d'après ces anatomo-pathologistes, dans les cas de régénération nerveuse, tandis qu'ailleurs la prolifération de ces mêmes cellules aurait pour conséquence la destruction des éléments nerveux ; nous ferons surtout observer qu'il est inadmissible que, dans les cas d'irritation ou d'inflammation, ce soit un tissu inactif, presque inerte, comme le tissu cellulaire, qui subisse des modifications, tandis que le tissu nerveux resterait intact et ne serait altéré que consécutivement aux changements nutritifs du tissu cellulaire. C'est le contraire qui a lieu, et on sait, en effet, combien le tissu nerveux est facilement modifié par les changements dans la circulation et par la moindre irritation. Nous croyons donc qu'il faut admettre des altérations primitives des éléments nerveux déterminant des scléroses consécutives.

M. DUCHENNE. Que la sclérose soit, comme le veut nommer M. Gallard, tantôt primitive, tantôt secondaire, il n'y a pas toujours un travail irritatif qui précède la prolifération.

M. ONIMUS. Je voudrais communiquer à la Société le résultat d'observations que j'ai faites sur l'emploi des courants continus chez des personnes ayant fait usage pendant longtemps des injections de morphine. J'ai observé que l'emploi des courants continus amenait une excitation très-grande dans les premières séances. Loin de calmer, ces courants produisent un réveil des douleurs, et ce n'est qu'après un certain nombre de séances qu'ils parviennent à améliorer l'affection.

Les injections de morphine, si elles sont continuées pendant longtemps et à forte dose, ont de grands inconvénients et amènent une intoxication qui a des caractères spéciaux. Les malades souffrent de douleurs vagues, perdent l'appétit; leur moral est atteint; ils sont souvent abattus, sans énergie; ils ne retrouvent quelques heures de repos qu'à la suite de nouvelles injections. Ils arrivent quelquefois à avoir la passion de la morphine, car c'est la seule chose qui leur donne un instant de calme, mais par contre qui les maintient dans un état de malaise sans issue.

La maladie influe évidemment sur l'état physique et intellectuel, mais je suis certain que l'usage habituel des préparations de morphine contribue puissamment à créer cet état morbide. J'ai observé, chez une dame américaine, tous ces caractères, et même des symptômes d'une affection générale grave à la suite de l'usage immodéré des injections de morphine. Celles-ci avaient été employées pour empêcher les vomissements pendant une grossesse; mais, après l'accouchement, la malade n'a pas pu se passer des injections de morphine, et actuellement elle est sous l'influence d'une véritable intoxication.

M. LUNIER. Ces faits ne sont pas tout à fait nouveaux. En Allemagne, sur 30 malades environ atteints de névralgies, 29 fois on emploie les injections de morphine; on observe des accidents congestifs comme par l'opium, et quelquefois même des accidents à forme paralytique.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : Dr Ad. Tissier.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

208. Noquet. Étude sur l'insolation et les accidents causés par la chaleur.

209. Quinquaud. Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né.

210. Pradel. Intoxication paludéenne en général; de ses manifestations dans quelques maladies.

211. Cornillon. Des accidents des plaies pendant la grossesse et l'état puerpéral.

212. Pouliot. De la cystite du col, de ses divers modes de traitement, et en particulier des instillations au nitrate d'argent.

213. Meunier. Essai critique sur l'ictère des femmes enceintes, à propos de l'épidémie de Paris 1871-72.

214. Ponroy. De la mort dans la variole et dans ses complications.

215. Martin-Dupont. De la gingivite ulcéreuse des matelots.

216. Navarrette y Romay. Étude des abcès du foie dans la dysentérie chronique. Étiologie, anatomie pathologique, terminaisons et traitement chirurgical.

217. Meusnier. Étude sur la suette miliaire.

218. Offret. Quelques considérations sur le chloral.

219. Gremion-Menuau. Étude sur la réduction des luxations anciennes d'origine traumatique par les machines.

220. Brochard. Quelques considérations à propos des plaies pénétrantes de poitrine par armes de guerre.

221. Vetault. Considérations étiologiques sur l'hydrocèle des adultes.

222. Miguet. Une ambulance pendant le siége de Paris (1870-1871) au point de vue des hôpitaux temporaires.

223. Agut. Du tétanos traumatique au point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et du traitement.

224. Hékimian. Des injections hypodermiques d'eau pure.

225. Grimaud. Considérations sur l'insolation et la chaleur solaire.

226. Carles. Considérations sur la médication par le bromure de potassium.

227. Rohmer. Des courants électriques dans la paralysie rhumatismale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine légale a déclaré la vacance de douze places de membres correspondants nationaux, parmi lesquelles six seront exclusivement attribuées à des membres de la magistrature ou du barreau.

Les candidats sont invités à faire parvenir dans le plus bref délai leurs demandes, contenant l'exposé de leurs titres scientifiques et professionnels.

Ces demandes doivent être appuyées par deux membres titulaires, et adressées à M. le docteur T. Gallard, secrétaire général, rue Monsigny, 7, à Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du Journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, illustré de figures intercalées dans le texte, rédigé par Benj. Anger, Bailly, Barrallier, Bernutz, P. Bert, Bœckel, Buignet, Cusco, Demarquay, Denuce, Desnos, Desormeaux, A. Després, Devilliers, Fernet, Alfr. Fournier, Ach. Foville, T. Gallard, H. Gintrac, Gombault, Gosselin, A. Guérin, A. Hardy, Heurtaux, Hirtz, Jaccoud, Jacquemet, Kœberlé, O. Lannelongue, S. Laugier, Ledentu, P. Lorain, Lunier, Luton, A. Nélaton, A. Ollivier, Oré, Panas, M. Raynaud, Richet, Rigal, Ph. Ricord, J. Rochard (de Brest), Z. Roussin, Saint-Germain, Ch. Sarazin, Germain Sée, Jules Simon, Siredey, Stoltz, A. Tardieu, S. Tarnier, Valette, Verjon, Aug. Voisin. Directeur de la rédaction : le docteur Jaccoud.

Se composera d'environ 30 volumes grand in-8° cavalier de 800 p. avec fig. intercalées dans le texte. — Prix de chaque volume : 10 francs.

Les tomes I à XV sont en vente. — Le tome XV comprend 786 pages avec 121 figures. — Tables des principaux articles : *Fœtus*, par E. Bailly; *Foie*, par J. Simon; *Folie*, par Foville, A. Tardieu et Lunier; *Forceps*, par Tarnier; *Fractures*, par Valette; *Gale*, par Hardy; *Gangrène*, par M. Raynaud; *Génération*, par Math. Duval, etc. — J.-B. Baillière et fils. Paris.

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie, par le docteur Édouard Fournié, médecin-adjoint à l'Institut des sourds-muets. — 1 fort vol. in-8° cartonné. Prix : 12 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le vol. Paris, chez Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du traitement de la pneumonie. — Promenade dans les hôpitaux ; notes rétrospectives. Trace des pulsations attribuées aux capillaires du tissu de granulation ; gliome de l'orbite ; polype nasal guéri par la méthode de B. Langenbeck et Boeckel. Angines perforantes du voile du palais de nature syphilitique et de nature scrofuleuse. — Note sur l'érysipèle (M. Chassaignac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés : Ouvrages récents d'ophthalmologie. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la pneumonie.

(Troisième article.)

M. le professeur Gubler, dans ses *Commentaires thérapeutiques sur le nouveau Codex*, a parfaitement mis en relief l'influence du vomissement et de la nausée sur la température et la circulation.

« Rien, dit-il, n'est plus facile que d'expliquer l'asthénie qui accompagne les phénomènes toxiques du tartre stibié donné à l'intérieur, par les sympathies évidentes qu'éveillent dans toute l'économie les troubles gastriques. Que le vomissement soit provoqué par l'émétique, par l'ipéca, par une indigestion, par la titillation de la luette ou par la vue d'un objet dégoûtant, il a pour cortége nécessaire le refroidissement périphérique, la pâleur tégumentaire, la sueur, la sédation circulatoire et la résolution des forces. Pour que ces phénomènes se produisent, il n'est même pas indispensable que l'estomac et les puissances synergiques entrent en convulsion pour expulser le contenu du ventricule ; l'état de malaise et de nausée qui suit la crise suffit à jeter l'organisme tout entier dans une prostration exclusive de la fièvre et du travail inflammatoire. »

Tout ceci est rigoureusement exact au point de vue clinique ; et il est certain que, par l'extrême promptitude de leurs effets, le vomissement et la nausée se rapprochent beaucoup plus des déplétions sanguines que de l'hyposthénisation proprement dite obtenue à l'aide de médicaments administrés par l'estomac et agissant une fois absorbés.

Reste à savoir si le tartre stibié, administré à hautes doses et toléré par l'estomac, n'a pas alors une action directe, hyposthénisante, plus indépendante de l'action locale sur le tube digestif que M. Gubler ne paraît l'admettre dans les paragraphes suivants :

« En résumé, de tous les effets directs qui lui sont attribués, l'action nauséeuse ou émétique du tartre stibié est la seule incontestable, et cette action, qui s'exerce immédiatement sur la muqueuse gastrique, rend suffisamment compte des phénomènes généraux dont l'existence semblait indiquer l'absorption préalable du sel antimonial et son conflit avec les centres nerveux.

. . . .

« En conséquence, sans vouloir absolument nier l'action hyposthénisante et pour ainsi dire spécifique des préparations stibiées une fois parvenues dans la circulation, je me crois autorisé à n'accorder cependant une importance réelle qu'à leurs effets topiques sur le tube digestif et aux sympathies qu'ils excitent dans le reste de l'économie. »

On objectera que le tartre stibié, administré suivant la méthode de Rasori dans la pneumonie, agit encore alors qu'il ne produit aucun vomissement.

Cette absence de vomissement, que l'école italienne expliquait parce qu'elle nommait *la tolérance*, et dont elle faisait une conséquence de la phlegmasie elle-même et de la fièvre inflammatoire, M. Gubler l'interprète autrement.

« Pour l'expulsion par les voies supérieures, dit-il,... il faut non-seulement le resserrement spasmodique de l'estomac, mais les efforts convulsifs du diaphragme, des parois abdominales et de toutes les puissances expiratrices. Or, cette association des forces ne saurait s'effectuer sans l'intégrité des fonctions du système nerveux, d'où dépendent les sympathies et les synergies.

« Quand le tartre stibié, au bout de quelques heures ou de quelques jours d'emploi, est parvenu à se faire tolérer, c'est donc qu'en brisant l'énergie organique il a détruit cette harmonie indispensable à la réalisation des effets émétiques.

« En définitive, loin d'indiquer un mode d'action nouveau de la part du tartre stibié, la tolérance ne signifie pas autre chose que l'affaissement de l'économie déterminé par le mal ou par le remède, ou par les deux ; et, quand elle existe, elle n'empêche pas la continuation des effets ordinaires et fondamentaux de la préparation antimoniale sur les organes digestifs et le reste du système : à savoir, l'état nauséeux, l'hypercrinie de la muqueuse digestive et des glandes annexes, le collapsus du cœur et des muscles volontaires, la réfrigération, etc. »

Ainsi l'action hyposthénisante du tartre stibié serait sans importance réelle, à supposer qu'elle existât.

La tolérance serait un vain mot qui, loin d'exprimer une vérité pathologique de premier ordre, traduirait seulement, dans le cas actuel, l'affaissement du malade, qui ne vomirait plus parce qu'il n'aurait plus la force de vomir.

Il nous semble bien difficile d'accepter cette théorie, malgré la science et le mérite du professeur qui l'a exposée.

Et d'abord, faut-il donc tant de force pour vomir?

Qui n'a vu vomir des mourants? de pauvres phthisiques épuisés de longue date et certainement plus affaissés que les pneumoniques soumis à l'action du tartre stibié?

Si l'explication de M. Gubler était la bonne, on verrait le tartré stibié être toléré d'autant mieux que le sujet atteint de pneumonie serait plus débile.

On aurait surtout observé la tolérance dans ces pneumonies secondaires sans grande réaction générale, qui se produisent quand l'énergie vitale est profondément compromise.

Or il est bien loin d'en être ainsi.

La tolérance pour les fortes doses de tartre stibié, comme la tolérance pour les fortes doses de digitale, est, au contraire, proportionnelle tant à la vigueur du pneumonique qu'à l'énergie du mouvement inflammatoire.

En ce qui touche la digitale, j'ai une expérience de quinze ans, et dans le grand nombre de faits observés soit avec mon père, soit par mon père isolément, soit par moi seul, nous avons pu nous assurer de l'exactitude de cette loi et arriver à la certitude en ce qui touche la tolérance.

Chez des individus robustes atteints de pneumonies fibrineuses étendues, nous avons donné la digitale jusqu'à la dose de *vingt grammes* de teinture chaque jour pendant plusieurs jours, et aucun dommage n'est résulté de ces doses énormes, éminemment toxiques pour un homme en santé. Ces malades ont guéri sans avoir présenté ni vomissements, ni diarrhée, ni autre phénomène d'intoxication grave.

Si on n'eût pas noté des effets remarquables sur le pouls, la température, la respiration, l'oppression, la toux, les crachats, etc., si surtout les malades n'avaient pas accusé un symptôme caractéristique que je mentionnerai plus loin, on aurait pu croire qu'il n'avait pas été donné de digitale, ou plutôt que la tolérance tenait au défaut d'absorption, comme on l'a dit et professé pour d'autres cas de tolérance.

Comme il est très-peu de questions qui soient aussi fondamentales pour la pratique médicale, on n'a point à craindre de s'y arrêter trop longuement.

En effet, tout l'art du médecin est dans la juste adaptation des médicaments qu'il oppose à chacun des états morbides.

Choisir le remède est quelque chose, mais le doser est bien plus encore.

Si, comme certains physiologistes expérimentateurs ont songé à le faire, on avait pu ne tenir compte que du poids de l'individu dans l'évaluation des doses thérapeutiques ou toxiques, la médecine aurait été bien simplifiée.

Au lieu du travail intellectuel le plus difficile, des appréciations les plus délicates et parfois les plus *artistiques* pour ainsi dire, si l'art commence en même temps que l'inspiration, tout simplement une balance et les proportions étaient exactes!

Il n'en est rien, malheureusement, ou plutôt heureusement, car si les problèmes avaient cette facilité, si le médecin n'était pas dans la nécessité de se décider par lui-même, s'il n'avait qu'à suivre des règles tracées d'avance et à consulter des instruments qui ne trompent pas, ce ne serait plus qu'un manœuvre, et on n'aurait plus à lui demander de devenir avant tout et surtout une individualité libre, aussi savante et en même temps aussi puissante que possible.

Cette question de la tolérance domine donc dans toute autre question, non-seulement quand il s'agit du traitement de la pneumonie, mais de médecine en général.

Nous y reviendrons encore dans un prochain article.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX. — NOTES RÉTROSPECTIVES

Trace des pulsations attribuées aux capillaires du tissu de granulation. — Gliome de l'orbite. — Polype nasal guéri par la méthode de B. Langenbeck et Boeckel.

Les professeurs de la Faculté commencent à quitter leurs services d'hôpital pour prendre leurs vacances.

Le temps est donc venu de dire un dernier mot sur quelques faits déjà mentionnés et sur la suite d'opérations auxquelles nous avons assisté dans leurs services.

Rappelons d'abord un tracé sphygmographique que M. Richet avait fait prendre par M. le docteur Legros, préparateur de M. Robin, sur un jeune homme atteint de gangrène du tibia, et chez lequel, après l'extraction du séquestre, le pus remplissant le nouvel os était agité de mouvements que lui communiquaient les pulsations des vaisseaux, peut-être capillaires, du tissu de granulation.

Ce tracé, une fois fixé, fut examiné à la loupe avec un très-fort grossissement, et on constata qu'il se composait d'une suite de lignes courbes peu élevées, analogues à celles que M. Legros a reproduites dans sa thèse sur la digitale comme représentant le type des tracés recueillis par M. Siredey sur des malades soumis à l'action de la digitale.

Je me borne pour le moment à signaler l'analogie de ces tracés, dont j'aurai bientôt à parler encore à propos de la digitale.

— Une des premières malades dont j'ai raconté l'opération depuis que j'ai repris les revues cliniques, la petite fille à laquelle M. Trélat a dû vider l'orbite gauche, en réséquant même une partie de ses parois, pour un gliome de la paupière supérieure qui avait quatre fois récidivé, va jusqu'à présent assez bien pour qu'on commence à espérer qu'il n'y aura plus de récidive.

On ne découvre aucun point suspect à la surface de la plaie, qui se comble de jour en jour.

L'orbite, une fois vidée, se rétrécit beaucoup chez les sujets très-jeunes, et, bien que la paupière supérieure ait été enlevée en totalité jusqu'au sourcil, on ne peut savoir encore si, pour couvrir la perte de substance, une autoplastie étendue sera nécessaire.

— Le jeune homme auquel M. Trélat a enlevé, il y a dix-sept jours, un polype nasal énorme, en écartant momentanément la paroi externe du sinus maxillaire suivant le procédé de Langenbeck et de Boeckel, va aussi très-bien. La réunion des parties molles s'est faite par première intention, et celle des tissus osseux paraît aujourd'hui également complète. La pression n'est plus douloureuse à leur niveau. Aucune difformité ne résulte de l'opération, dont les traces se bornent à trois lignes cicatricielles; et les os n'étant plus poussés, écartés et rendus saillants par le développement du polype, ont repris leur place et leur forme.

Angines perforantes du voile du palais de nature syphilitique et de nature scrofuleuse.

Le problème soulevé dans le même service à propos d'une malade atteinte d'angine perforante du voile du palais semble maintenant résolu en ce qui la touche.

Le traitement antisyphilitique a amené chez elle une guérison assez prompte, et, bien qu'on n'ait pas constaté d'accidents secondaires ou tertiaires chez elle, comme on en avait vu paraître chez une autre malade dont l'angine perforante résistait au trai-

tement syphilitique, le diagnostic de syphilis semble à peu près aussi certain.

Toutes les deux avaient dans leur tempérament quelque chose de scrofuleux, chez toutes les deux la marche de l'angine avait été très-lente, et l'ulcération n'avait paru que longtemps après qu'on eut constaté une rougeur inflammatoire de tout le voile du palais. C'était donc une forme qui pouvait d'abord laisser quelque doute.

Ce doute était d'autant plus naturel que cette année, dans une lecture à la Société médicale des hôpitaux, M. Constantin Paul a appelé l'attention sur l'*angine ulcéreuse maligne d'origine scrofuleuse* ou *lupus de la gorge*.

La description du lupus de la gorge, basée sur 17 observations, rappelle, par bien des traits, l'histoire des malades de M. Trélat.

Là aussi il s'agit d'une affection chronique peu douloureuse, débutant d'ordinaire par le voile du palais, à une certaine distance de son bord libre.

L'ulcération a un aspect sale et grisâtre, que M. Isambert compare à celui des fausses membranes récentes des séreuses.

Elle a une tendance envahissante qu'il n'est pas facile d'arrêter.

Voilà donc encore un point de l'histoire de la scrofule et de la syphilis où ces deux affections se ressemblent beaucoup par la manière dont elles se manifestent.

Dr Victor Revillout.

NOTE SUR L'ÉRYSIPÈLE

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 24 juillet 1872, par M. Chassaignac.)

La discussion, qui touche à sa fin, a eu déjà ce très-grand avantage, qu'elle a nettement dessiné la position respective des diverses opinions qui se sont produites dans cette enceinte, touchant la question si ardue et si controversée de l'érysipèle.

Deux courants d'idées sont aujourd'hui bien reconnus : l'un qui admet l'identité entre l'érysipèle et l'angioleucite ; l'autre qui se prononce formellement pour la différence réelle entre les deux maladies. Il y aujourd'hui, si l'on peut, en pareil sujet, employer de pareilles expressions, des unicistes et des séparatistes ou dualistes.

On peut étudier des points très-intéressants de l'histoire de l'érysipèle, les approfondir isolément, comme l'ont fait plusieurs des honorables argumentateurs qui ont successivement captivé votre attention. Mais il y a des vues d'ensemble sur lesquelles il me paraît bien difficile de ne pas prononcer aujourd'hui. Sous peine de perpétuer une confusion fâcheuse et de donner lieu à bien des malentendus, on ne peut pas s'abstenir de se prononcer sur cette question. Admet-on l'identité des deux maladies ou la repousse-t-on ? Il est grand temps de devenir catégorique à cet égard, si l'on ne veut pas tourner longtemps encore dans le même cercle sans faire un pas en avant.

Il y a plus de douze années (1), j'ai énoncé que l'angioleucite est l'inflammation du réseau *lymphatique* sous-épidermique ; que l'érysipèle est l'inflammation des réseaux *sanguins* sous-épidermiques.

Quoique constituant des maladies différentes, ces lésions s'accompagnent toutes les deux de l'engorgement des trajets et des ganglions lymphatiques dépendants de la région topographique qui leur a servi de berceau ; de la même manière qu'un impétigo, un ecthyma, un ulcère syphilitique, un cancer du sommet de la tête, tout en constituant des maladies essentiellement différentes, s'accompagnent d'un engorgement des cordons lymphatiques et des ganglions de la région du col.

La différence de l'angioleucite réticulaire et de l'érysipèle ne se trouve donc ni dans les cordons lymphatiques, ni dans les ganglions ; l'engorgement de ces organes est un phénomène commun mais très-distinct des deux maladies considérées en elles-mêmes. A-t-on jamais songé à confondre l'érysipèle avec un engorgement ganglionnaire ou avec un un engorgement trajectif ? La différence caractéristique des deux maladies se trouve dans les réseaux lymphatiques sous-épidermiques comparés aux réseaux sanguins sous-épidermiques.

Là, les différences sont saisissantes et nombreuses. Les voici telles que je les ai fait connaître (T. Ier, *de la Suppuration*, et t. Ier, *des Opérations chirurgicales*) et telles que je les maintiens aujourd'hui.

Mais avant de résumer à nouveau ces caractères, il me paraît presque indispensable de décrire, le plus sommairement possible, le spécimen d'une observation d'angioleucite réticulaire généralisée. Ce que je vais dire ne s'applique à aucun de mes honorables collègues de la Société de chirurgie, mais j'ai acquis la certitude que quelques auteurs de notre temps ne se font aucune idée de ce que c'est qu'une *angioleucite réticulaire*. Ils peuvent en parler par ouï dire ; mais à peine ont-ils dit quelques mots, qu'on s'aperçoit tout d'abord qu'ils ne se doutent pas de ce que c'est, qu'ils n'en ont jamais vu d'exemples, ou que s'ils en ont vu, que ce n'est que d'une manière inconsciente, sans les soumettre à ce qu'on appelle une observation sérieuse. Ce qu'ils ont pris pour des angioleucites réticulaires, ce sont des rougeurs cutanées de toute autre nature, celles, par exemple, qui apparaissent à la surface d'un abcès, lequel, placé sur le trajet des grands cordons lymphatiques, se prépare pour une ouverture prochaine à la peau.

Cette erreur tient à une double cause :

1° L'angioleucite réticulaire généralisée et parcourant successivement toutes les régions du corps est une maladie peu commune et qu'un observateur inattentif laisse échapper facilement, la mettant sur le compte d'une altération insolite d'une forme aberrante de l'érysipèle ou de toute autre maladie cutanée intercurrente, et il commet cette méprise parce qu'on n'a pas pris soin de lui faire connaître l'aspect caractéristique et pathognomonique de cette forme de l'angioleucite.

Il est très-admissible que toutes les angioleucites, les trajectives comme les ganglionnaires (hors le cas d'empoisonnement par une matière directement vénéneuse et où il y a absorption directe sans phlegmasie préalable ou concomittante), sont précédées d'une angioleucite réticulaire. Comment donc se fait-il qu'on observe si rarement l'angioleucite réticulaire par plaques ? Cela tient à plusieurs causes :

1° D'abord la blessure, l'écorchure qui amène l'angioleucite, ne fait souvent apparaître qu'une angioleucite réticulaire très-circonscrite, et rarement par larges plaques, de sorte que très-souvent on prend à peine garde à cette rougeur.

2° La génération chirurgicale de l'époque qui nous a précédés n'ayant point été dressée au diagnostic des plaques réticulaires de l'angioleucite, les voit sans les regarder suffisamment. Très-souvent même, au cours d'une angioleucite datant de plusieurs jours, comme presque toutes celles qu'on amène au chirurgien, et à l'époque où on les lui amène, la plaque réticulaire a disparu, et l'observateur ne se doute même pas de son existence déjà effacée.

Angioleucite réticulaire généralisée.

M... (Prosper), 26 ans, domestique, rue Saint-Lazare, 54, entré à Lariboisière, salle Saint-Augustin, n° 5, le 19 août 1858.

C'est un ancien malade du mois de janvier ; il était venu pour se faire soigner d'une chute faite dans un escalier.

La partie moyenne de la cuisse droite avait porté sur une marche. Une inflammation assez considérable s'était déclarée, et

(1) *Traité de la suppuration*, 1859, t. Ier. — *Traité des opérations chirurgicales*, 1861, t. Ier.

avait été combattue par les antiphlogistiques. Il était sorti parfaitement rétabli. Ultérieurement, la fatigue avait amené une recrudescence d'inflammation; car aujourd'hui la partie inférieure du fémur a pris un accroissement de volume qui remonte jusqu'à la partie moyenne de l'os. Le malade peut à peine marcher; il accuse une douleur très-vive à la partie postérieure de l'os, un peu au-dessus des condyles.

On croit sentir de la fluctuation, on redoute une inflammation de l'os, on fait une ponction; issue d'un peu de sang.

Dans la crainte que l'inflammation ne se propage à l'articulation du genou, on fait une forte application de sangsues. Le lendemain 15, on la renouvelle.

Les jours suivants, un peu de mieux. L'incision paraît avoir dégorgé les tissus.

Mais, le 28, le malade ressent un frisson prolongé. Sulfate de quinine.

Le 24, pas de fièvre.

Le 25, une angioleucite réticulaire, limitée, bien caractérisée par sa couleur, ses bords déchiquetés, l'absence de tout bourrelet et de phlyctènes, se déclare autour de la plaie et sur la partie antérieure du membre, au-dessus des condyles, et s'étend dans une dimension de la largeur de la main.

A partir de ce moment, on assiste à une série de phénomènes des plus curieux.

L'angioleucite devient ascendante et envahit toute la cuisse, arrive à la hauteur de la banche, d'où l'on voit les trajets rouges des lymphatiques; on en peut compter de cinq à six, montant verticalement pour se rendre à l'aisselle. Amidon en poudre sur les parties malades.

Le 31 août, l'angioleucite trajective s'est transformée en angioleucite réticulaire; elle s'étend vers la partie médiane du tronc en avant, passe sur le côté droit, couvre le dos et vient apparaître à gauche en trajets rouges se rendant à l'aine gauche.

3 septembre. — Toute la poitrine, le dos et le cou par la partie postérieure sont pris.

La coloration a pâli sur la cuisse droite.

4 septembre. — L'angioleucite continue ses progrès sur le cou; passe en avant, envahit les deux bras à la fois, après avoir passé sur les épaules en manière de bretelles.

9 septembre. — Le malade maigrit. La coloration rosée diminue là où elle existe encore. Les douleurs diminuent également. La joue gauche est envahie la première.

10 septembre. — Sur les bras, l'angioleucite arrive aux poignets et s'y arrête.

11 septembre. — L'angioleucite est arrivée au front. Peu de rougeur, mais douleur à la pression.

La première plaie faite au genou est cicatrisée.

13 septembre. — L'angioleucite a envahi toute la tête.

15 septembre. — La rougeur disparaît sur tous les points. Appétit.

21 octobre 1858. — Guérison complète.

Chez ce malade, dans un espace de deux mois et un jour, l'angioleucite réticulaire, sans jamais rien perdre de ses caractères propres et sans emprunter un seul instant les caractères de l'érysipèle, *la bordure festonnée, le bourrelet, les phlyctènes*, a successivement parcouru de proche en proche toutes les parties du corps, précédée, d'une région à l'autre, par des traînées rouges et accompagnée d'un léger engorgement ganglionnaire.

Voici maintenant le résumé des caractères distinctifs :

1° Le bord de l'érysipèle est toujours *festonné;* le bord de l'angioleucite toujours *dentelé, déchiqueté*, semblable aux contours géographiques des îles représentées sur nos cartes.

2° L'érysipèle a une teinte rouge foncée ; l'angioleucite offre une teinte beaucoup plus claire.

3° L'érysipèle se présente avec une rougeur qui est habituellement tout d'une pièce; l'angioleucite offre le phénomène de la *diaprure* ou de la marbrure, c'est-à-dire que sur un ou plusieurs points de la surface rouge, on trouve des espaces dans lesquels la peau conserve sa coloration normale. On ne rencontre jamais dans l'érysipèle ces petits îlots ou espaces insuliformes, d'aspect blanchâtre.

4° L'érysipèle offre toujours sur ses bords un bourrelet, une petite élevure parfaitement appréciable au toucher; l'angioleucite réticulaire présente un nivellement parfait avec la peau qui l'environne.

En d'autres termes, l'érysipèle fait gonfler la surface de la peau; l'angioleucite ne donne lieu à aucune tuméfaction, à aucun relief.

5° L'érysipèle a presque toujours, ou du moins très-souvent, des *phlyctènes;* l'angioleucite n'en présente jamais.

6° L'angioleucite réticulaire est, primitfvement, une maladie toute locale. Elle n'est pas l'indice d'un trouble général de l'économie; elle n'est *jamais mortelle.*

J'ai vu des angioleucites réticulaires parcourant d'une manière successive toute la surface du corps et présentant une grande intensité, sans avoir jamais causé la mort.

L'érysipèle implique toujours l'existence d'un trouble général de l'économie ; les cas où l'érysipèle cause la mort ne sont pas rares.

8° L'angioleucite n'est jamais contagieuse; l'érysipèle, pour beaucoup de médecins et de chirurgiens, est réputé contagieux, ou du moins transmissible de l'homme à l'homme.

9° L'angioleucite n'est jamais épidémique; un grand nombre de médecins admettent l'épidémicité de l'érysipèle.

10° L'élévation de la température dans l'érysipèle est sensiblement supérieure à celle que présente l'angioleucite.

11° L'érysipèle est une capillarite, ou inflammation du réseau sanguin sous-épidermique, et l'angioleucite est une capillarite, ou inflammation du réseau lymphatique sous-épidermique.

12° La déambulation comparée de l'érysipèle et de l'angioleucite réticulaire, présente un caractère différentiel important. L'angioleucite réticulaire est généralement convergente vers les régions ganglionnaires; la direction de son progrès peut être tracée à l'avance, par les notions anatomiques. Il y a même ceci de particulier que, dans les cas très-exceptionnels où la plaque angioleucitique est récurrente et semble rétrograder, elle reste toujours fidèle au tracé des lymphatiques.

L'érysipèle offre une déambulation tout à fait irrégulière et marche dans des directions qu'on ne saurait prévoir. En outre, il offre le phénomène du *saltus érysipélateux*, qui consiste dans l'apparition inattendue, sans communication aucune avec une plaque érysipélateuse existante, et même à une grande distance de celle-ci, d'un érysipèle qu'on appelle tantôt *ambulant*, et tantôt *métastatique.*

L'angioleucite a toujours une propagation continue sur le tracé des cordons et ne donne jamais que l'idée d'une migration de proche en proche. Jamais d'apparition soudaine sur un point éloigné, rien qui puisse se rapporter à l'idée d'une sorte de transportation. L'angioleucite marche toujours en ligne continue et jamais entrecoupée.

13° La marche de la suppuration, le siége des abcès, leur nombre (l'homme aux 21 abcès), leur époque d'apparition au cours de la maladie et non à sa fin, tout cela offre des différences marquées. Impossible d'y insister en ce moment.

Il n'y a peut-être pas dans l'économie un autre exemple dans lequel, avec un siége aussi rapproché, puisque ce ne sont pas autre chose que des réseaux vasculaires superposés et juxtaposés l'un à l'autre, il y ait un aussi grand nombre de différences et d'oppositions caractéristiques et signalétiques qu'on en peut compter entre l'érysipèle et l'angioleucite réticulaire.

Nous arrivons maintenant à des caractères différentiels discutables, qui, à nos yeux, ont une valeur réelle et significative, mais qu'il nous sera peut-être plus difficile de faire admettre par les partisans de l'unicité des deux maladies.

Nous voulons parler des caractères différentiels provenant de l'étude étiologique.

Si, du point de vue de la non-identité des deux maladies, nous examinons le côté étiologique de la question, nous saisissons

entre les causes habituellement provocatrices soit de l'angioleucite, soit de l'érysipèle, cette différence, que dans l'angioleucite les blessures sont généralement plus superficielles et ne font pas saigner, tandis que dans l'érysipèle, il y a presque toujours une *cruentation*, qui témoigne d'une atteinte directe portée aux réseaux sanguins. La différence du frôlement à l'écorchure.

Nous croyons même que l'écrasement linéaire qui, généralement, ne fait pas saigner les tissus, doit à cette circonstance de ne jamais, ou presque jamais, causer l'érysipèle.

La détermination étiologique respective est difficile à établir, parce qu'il y a des causes qui sont communes aux deux maladies. Mais si vous voulez trouver la solution étiologique, faites ceci : mettez en regard de chaque lésion déterminée, d'un côté l'angioleucite, de l'autre l'érysipèle, et comparez les deux tableaux.

Prenons, par exemple, les amputations, et voyons le nombre respectif des angioleucites et des érysipèles à la suite des amputations.

Voici ce que vous trouvez : sur vingt amputations, presque jamais d'angioleucite, et au moins un ou plusieurs érysipèles.

N'est-il pas reconnu que l'amputation est une cause notable d'érysipèle et une cause presque nulle d'angioleucite?

Dans l'ablation des tumeurs, c'est la même chose.

Passez successivement en revue toutes les causes traumatiques, il vous sera répondu que les causes d'érysipèle intéressent constamment les réseaux sanguins, qu'elles font saigner les tissus et qu'elles agissent plus profondément que les causes d'angioleucites.

On pourra m'objecter que l'érysipèle n'a quelquefois pour origine qu'une cause, en apparence légère, qu'un simple bouton. Mais prenez bien garde que ce bouton, tout bouton qu'il est, a été mis en sang par une de ces attrectations telles qu'en provoque le prurit, et que dès lors il y a eu accès direct aux réseaux sanguins.

Une simple pustule vaccinale peut devenir l'origine d'un érysipèle. Mais la piqûre vaccinale a-t-elle fait saigner? Est-elle restée exempte de tout saignement? C'est là une distinction de première importance. Si l'inoculation a été faite avec la pointe d'une épingle et par simple rayure non sanglante, je doute fort que vous puissiez montrer un érysipèle provenant de pareille source. Si elle est faite avec un instrument piquant et tranchant à la fois, comme l'est la lancette, alors tout s'explique. Les réseaux sanguins ont été directement intéressés.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 juillet 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire ;* — le *Bordeaux médical ;* — le *Lyon médical ;* — la *Revue médicale de Toulouse ;* — le *Montpellier médical ;* — *Note sur les plaies produites par armes à feu,* par M. Melsens.

M. Després dépose sur le bureau le premier fascicule du tome Ier de la 3e série du *Bulletin de la Société de chirurgie pour* 1872.

Discussion sur l'érysipèle.

M. Chassaignac lit la note suivante sur l'érysipèle. (*Voir plus haut.*)

M. le Président déclare close la discussion sur l'érysipèle.

COMMUNICATION

Ulcération de la vulve. — M. Pollaillon présente le moule et l'observation d'un ulcère de la vulve. (Renvoyé à la commission déjà nommée.)

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Luxation sous-astragalienne en dedans. — M. Desprès montre le moule et la pièce provenant d'une luxation sous-astragalienne sans plaie du tégument.

Le nommé G... (Auguste), 49 ans, cocher des Petites-Voitures, entre le 27 mai à l'hôpital Cochin, salle Cochin.

Le matin il essayait un nouveau cheval, attelé pour la première fois à une petite voiture. Le cheval s'emporte, heurte un obstacle. G... est jeté de son siége sur le sol. Lorsqu'il se relève, il avait le pied tourné en dedans, comme il le dit, et il attribuait à un faux pas cette lésion, car il n'avait souffert qu'en se relevant.

A l'hôpital, je constate une déviation de l'avant-pied en dedans ; la malléole interne est effacée ; le col de l'astragale est appréciable sous la peau ; la poulie astragalienne est saillante au-dessous de la mortèse tibiale. La face articulaire astragalo-scaphoïdienne fait une saillie très-apparente sous la peau, fortement distendue et blanchâtre en ce point, mais il n'y avait pas la plus petite plaie. Je diagnostiquai une luxation sous-astragalienne.

Le malade a été soumis au chloroforme, et des tentatives de réduction ont été faites par des tractions sur le pied porté en bas et en dehors. La réduction n'a été tentée que le soir. (A la visite, j'avais donné ordre de mouler le pied). La réduction n'a pas été obtenue entièrement ; le pied, placé dans une gouttière, a été immobilisé et placé dans l'élévation.

Quatre jours après, la peau se mortifiait au niveau du point comprimé par la facette articulaire de l'astragale avec le scaphoïde. Le malade était atteint de bronchite capillaire depuis son entrée à l'hôpital, et je me réservais de faire une opération après la première période de l'arthrite imminente.

Le dixième jour, l'eschare se détachait, lorsque l'arthrite, qui existait depuis trois jours, se compliqua d'infection purulente le 7 juin. Le 10, le tétanos, borné au trismus, apparut, et un nouveau frisson d'infection purulente se reproduisit. Le 13 juin, le malade a succombé.

L'autopsie du membre montre qu'il s'agissait d'une luxation sous-astragalienne, l'astragale restant maintenu en place par les ligaments péronéo-astragaliens postérieurs. Il n'y avait aucune fracture. Tous les tendons étaient intacts ; le muscle pédieux seul était rompu. L'obstacle à la réduction résidait exclusivement dans l'interposition des tendons du jambier antérieur et des extenseurs des orteils tendus entre l'astragale et le scaphoïde. Ces tendons, bridés par l'aponévrose antérieure de la partie inférieure de la jambe, le ligament annulaire antérieur du tarse et l'aponévrose du cou-de-pied, laquelle était interposée entre le scaphoïde et l'astragale, ne pouvaient être soulevés pour laisser passer l'astragale.

Ce fait, qui semblait en apparence un cas où l'on devait tenter la réduction, montre que l'on ne saurait nourrir l'illusion de réduire, puisque, même avec aussi peu de dégâts intérieurs que l'on en voit sur cette pièce, la réduction était rendue impossible par la disposition des tendons des extenseurs. Un cas de réduction de luxation sous-astragalienne a été obtenu, dans ces derniers temps (*Gaz. des hôp.*, 1864, 566), mais il y avait une plaie des téguments, et, dans ce cas, des ruptures profondes qui facilitaient la réduction.

En résumé, le fait que je présente est un cas unique, je crois, et le moule et la pièce seront, je l'espère, utiles au musée Dupuytren (1).

M. Broca. Je crois qu'il y a des observations semblables à celle que nous présente M. Després, si j'en juge par des déformations du pied que j'ai vues et qui remontaient à des accidents antérieurs. Les luxations étaient peut-être moins complètes, et elles pouvaient s'être réduites en partie.

Les faits de luxation sous-astragalienne connus offrent ceci de particulier qui n'existe pas sur la pièce de M. Després : il y avait toujours, outre une plaie, une rupture de l'une des deux séries de

(1) Le moule et la pièce sont déposés au musée sous les nos 762. F et G.

tendons antérieurs ou postérieurs, et, dans les cas où l'on a pu réduire même avec une plaie du tégument étendue, une des deux séries de tendons avait été rompue. Cependant je dois dire que, dans un cas, Dessault a sectionné les tendons des extenseurs pour arriver à réduire l'astragale.

Je remarque aussi sur cette pièce, outre la boutonnière formée par les tendons antérieurs et postérieurs, obstacles puissants contre la réduction, une luxation des péronniers, derrière l'astragale, fait qui n'a pas encore été signalé.

M. GUÉNIOT. J'ai vu, dans le service de M. Chassaignac, une luxation sous-astragalienne, sans plaie, que j'ai moulée, et qui était semblable à celle-ci. Il y a eu gangrène consécutive du tégument et des accidents graves.

M. VERNEUIL. En présence de la gangrène imminente de la peau dans ces luxations sous-astragaliennes sans plaie, dont M. Després et M. Guéniot viennent de fournir des exemples, je pense qu'il faudrait poser comme indication thérapeutique la nécessité d'extraire l'astragale. Cette opération est très-bonne ; je l'ai pratiquée pour une luxation de l'astragale avec plaie, et j'ai obtenu un bon résultat. Je crois donc qu'on devrait la tenter avant l'apparition de l'arthrite, qui suit inévitablement la gangrène de la peau.

M. LE FORT. J'ai vu, pendant la Commune, un fédéré qui avait fait une chute de cheval, et présentait à peu près la même lésion que nous voyons ici. J'ai réduit facilement. Je dois ajouter toutefois qu'il existe sur la pièce de M. Després une condition qui, heureusement et pour sûr, manquait chez mon blessé ; l'aponévrose interposée entre la tête de l'astragale et le scaphoïde sur cette pièce, est un obstacle invincible à la réduction, et je le crois plus puissant que la boutonnière fournie par les tendons antérieurs et postérieurs.

M. DUBRUEIL. J'ai réuni dans ma thèse inaugurale les faits connus de luxation de l'astragale, et il résulte de la statistique que j'en ai faite que l'extirpation de l'astragale, ou son excision partielle, donne les résultats les plus avantageux, que l'opération soit pratiquée d'emblée ou après mortification des parties molles. Mais, en tout cas, le plus tôt est le meilleur, eu égard aux statistiques que l'on consulte.

M. M. SÉE. J'ai vu un malade atteint de luxation de l'astragale sans plaie, qui se refusa à toute opération. La gangrène et l'arthrite survinrent ; mais, après tous les accidents, la guérison survint, et le malade en fut quitte pour une déformation du pied.

COMITÉ SECRET.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour l'étude de diverses résolutions.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

Ouvrages récents d'ophthalmologie.

Par MM. LIEBREICH, DE MONTMÉJA et MAURICE PERRIN.

Parmi les ouvrages d'ophthalmologie récemment publiés, il en est de très-importants qui attestent le progrès que ce genre d'études a fait parmi nous. — C'est d'abord : la deuxième édition de l'*Atlas d'ophthalmoscopie*, de Liebreich ; — la *Pathologie iconographique du fond de l'œil*, par de Montméja ; — et, enfin, le *Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie*, de M. Maurice Perrin, accompagné d'un volumineux atlas.

Dans ces œuvres, qui seront très-utiles à ceux qui ont besoin d'apprendre les maladies des yeux, on trouve un exposé très-complet d'oculistique, mais si, pour la spécialité de l'oculiste, elles ne méritent que des éloges, il n'en est pas de même au point de vue médical. En les lisant, le médecin éprouve un regret, celui de voir encore l'ophthalmoscope un instrument à l'usage exclusif des spécialistes de l'œil, tandis qu'il doit être aussi un moyen à employer dans le diagnostic des maladies cérébro-spinales, des maladies du cœur, ou de certaines maladies qui dénaturent la sécrétion urinaire.

A la façon dont les oculistes entendent leur spécialité, la science qu'ils cultivent se trouve arrêtée dans son essor. Cantonnés dans un champ restreint d'observations, ils peuvent acquérir des connaissances minutieuses de haute importance dans la pratique ; mais, à côté de leur empirisme utile, il y a dans leurs écrits une lacune que peu d'entre eux arrivent à combler, c'est la connaissance de l'ensemble des lois pathologiques de l'organisme. Ils connaissent l'organe visuel dans ses rapports anatomiques et dans sa structure ; les maladies sont étudiées avec la plus scrupuleuse finesse ; mais les questions pathologiques générales et d'ensemble, tout ce qui touche les diathèses, l'étiologie, la physiologie pathologique, et surtout l'anatomie pathologique, laisse beaucoup à désirer.

Ce qui manque surtout dans l'étude des maladies des yeux, c'est l'anatomie pathologique et l'affirmation des liens physiologiques de l'œil avec le cerveau et la moelle. Il semblerait que les lésions des membranes de l'œil soient des maladies locales, tandis qu'au contraire, s'il en est qui ont ce caractère, il y en a un aussi grand nombre au moins qui sont des maladies générales, diathésiques ou liées à des maladies cérébro-spinales.

Cela dit sans contester le mérite des publications faites par les spécialistes dont je parle, on trouve dans leurs œuvres deux modes de publication : la forme d'atlas, avec des planches accompagnées d'un texte explicatif abrégé, et la forme d'ouvrage didactique avec figures complémentaires.

Ceux qui à l'exemple de Liebreich et de Montméja n'ont publié qu'un atlas d'ophthalmoscopie, échappent au reproche d'avoir négligé les principes médicaux qui dominent les recherches particulières de la pathologie ; mais dans un livre comme celui de M. Perrin, le vide est plus sensible, et, comme on le verra, les lacunes y sont nombreuses.

L'*Atlas de Liebreich*, réimprimé avec quelques additions, a, cette fois comme la première, le mérite d'une exécution typographique des plus remarquables : exactitude, netteté, couleur des images, l'oculiste y trouvera tout ce dont il a besoin pour l'étude des maladies oculaires. Il n'y a que le médecin qui ait quelque chose à désirer dans cet ouvrage. Il n'y trouve pas toutes les lésions *mécaniques*, *inflammatoires*, *diathésiques* et *réflexes* du nerf optique, de la rétine, de la choroïde, qui dépendent des affections aiguës ou chroniques des méninges du cerveau et de la moelle épinière. La méningite rhumatismale et tuberculeuse, la névro-rétinite spinale, les névrites et les rétinites dues aux hémorrhagies du cerveau ou aux encéphalites chroniques, etc., n'y ont pas trouvé place. Cela se comprend, puisque les oculistes ne voient des malades que dans leurs dispensaires ou dans leur cabinet ; qu'ils ne font pas de clinique générale ; qu'ils ne font jamais ou presque jamais d'autopsie, ni d'anatomie pathologique. Je ne veux pas leur demander plus qu'ils ne peuvent nous donner, mais on pourrait peut-être exiger d'eux un peu plus de réserve dans leurs appréciations médicales. Si, comme Liebreich et Montméja, ils se bornaient à mettre sous les yeux du lecteur les figures relatives aux maladies locales de l'œil, il n'y aurait pas d'observation à faire, mais ceux qui, sans avoir pu faire de clinique dans les affections cérébrales, prononcent des jugements à cet égard ; qui, anatomiquement et expérimentalement sont en désaccord avec ce que voient les médecins habitués aux recherches ophthalmoscopiques, ont été au-delà de leur compétence.

Dans la *Pathologie iconographique du fond de l'œil*, par A. de Montméja, l'ouvrage commence par une introduction relative à l'emploi de l'ophthalmoscope, et où se trouve décrit le procédé de la recherche des images droites et des images renversées, avec figures explicatives ; ainsi que la relation des divers ophthalmoscopes mobiles de Desmarres, de Follin, de Galezowski, de Giraud-Teulon, de l'ophthalmoscope fixe de Liebreich et celui de l'auteur. On y trouve ensuite la manière de se servir de ces instruments, décrite d'une façon claire et succincte, de façon à ménager le temps du lec-

teur, que tant d'auteurs gaspillent par une prolixité fastidieuse et souvent inutile.

Vient ensuite la description du fond de l'œil à l'état normal, étude indispensable, qui doit être faite avec le plus grand soin si le médecin ne veut pas s'exposer à faire des méprises et à considérer comme des altérations pathologiques des modifications de structure qui ne sont que des variétés de l'état normal. En effet, le fond de l'œil diffère très-notablement, selon que l'œil est celui d'un sujet qui a les cheveux chatains ou celui d'un sujet dont les cheveux sont bruns, blonds ou crépus comme ceux d'un nègre. Quatre figures coloriées montrent très-bien quelle sont ces différences.

Après avoir établi ce point de départ, M. de Montméja expose succinctement les lésions de la choroïde. Son hypérémie portée à un très-haut degré, formant comme second état morbide, la *choroïdite congestive*, puis, comme lésion ternaire, l'*hémorrhagie choroïdienne*, avec des caractères différents de l'hémorrhagie rétinienne, plus superficielle et plus apparente, ainsi que le montrent des figures très-significatives.

Vient ensuite la description de la *choroïdite exsudative, plastique ou séreuse*, dont les exsudats occupent tantôt le pourtour de la pupille, tantôt son voisinage, et sont plus ou moins apparents. La description de la scléro-choroïtide postérieure, et celle des affections glaucomateuses. Il manque là l'indication de l'atrophie choroïdienne pointillée due à l'atrophie des cellules pigmentaires, et la tuberculose de la choroïde, lésions très-fréquentes chez les tuberculeux.

Dans le chapitre suivant, se trouvent les maladies de la rétine ou rétinites congestives et exsudatives, dans lesquelles on voit quels sont les caractères de la *rétinite pigmentaire* ou tigrée; de la *rétinite albuminurique* et des *hémorrhagies rétiniennes*. A ce genre d'altérations, l'auteur rattache à juste titre les *rétino-choroïdites* et les *névro-rétinites*, qui présentent les caractères réunis des lésions de la rétine et de la choroïde; les *embolies de l'artère rétinienne*, lésion assez rare, ainsi que les *hémorrhagies de la papille* et l'*atrophie papillaire progressive*, maladie extrêmement commune.

Le dernier chapitre est consacré aux anomalies congénitales du fond de l'œil et à quelques lésions rares, telles que les cysticerques du corps vitré.

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La *Gazette de police* de Saint-Pétersbourg publie le bulletin suivant du choléra à Saint-Pétersbourg, le 25 juillet 1872 :

Malades au 13 juillet	425
Cas nouveaux	62
Guérisons	38
Décès	33
Il reste en traitement au 14 juillet	406

Total depuis l'apparition du choléra, du 28 juin au 26 juillet :

Cas	1.357
Guérisons	345
Décès	606

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

—

Physiologie du système nerveux cérébro-spinal d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie, par le docteur Édouard Fournié, médecin-adjoint à l'Institut des sourds-muets. — 1 fort vol. in-8° cartonné. Prix : 12 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8°, avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo lithographie indiquant les altérations de l'œil examiné à l'ophthalmoscope. — Paris, Delahaye. — Prix : 17 francs.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le vol. Paris, chez Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 91. — MARDI 6 AOUT 1872. 45e ANNÉE. MARDI 6 AOUT 1872. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Hôtel-Dieu. Des abcès pleuraux (M. Richet). — Note sur l'érysipèle (M. Chassaignac). — Société médicale des hôpitaux. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

HOTEL-DIEU. — M. Richet.

Des abcès pleuraux.

Leçon clinique recueillie par M. E. Demange, interne du service.

Messieurs, le malade dont je désire vous entretenir aujourd'hui est atteint d'une pleurésie purulente, ou plutôt d'un abcès pleural, dénomination que je désirerais voir adopter, en m'appuyant sur les raisons que je chercherai à faire valoir devant vous. Voici, en résumé, l'histoire de cet homme, couché au n° 43 de la salle Sainte-Marthe :

Il est d'abord entré dans le service de M. Fauvel. Les renseignements suivants nous ont été fournis par M. Raynaud, interne du service :

Le 30 avril, cet homme, âgé de 30 ans, a été pris subitement d'un frisson intense et d'un point de côté à droite.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 2 mai, on constate une dyspnée excessive ; le pouls est fréquent, petit ; l'examen de la poitrine révèle une matité absolue, s'étendant de la pointe de l'omoplate à la base du poumon droit, se prolongeant presque dans l'aisselle. Sonorité exagérée sous la clavicule, râles sibilants dans les deux poumons. On diagnostique une pleurésie aiguë, accompagnée de bronchite.

Après quelques jours, la bronchite disparaît, mais l'épanchement pleurétique augmente, et, le 17 mai, la dyspnée est telle qu'elle nécessite une ponction.

Le 21 mai, on fait, avec l'appareil aspirateur de M. Castiaux, une ponction qui donne issue à 2,750 grammes de liquide séro-purulent. On cesse lorsque le liquide devient sanguinolent.

Le pouls est à 140 ; la température à 39°,7.

Après cette ponction, un mieux général apparaît ; le pouls tombe à 92-96 ; la température à 37° ; la respiration redevient plus facile ; le murmure vésiculaire du poumon s'entend de nouveau en arrière. Cette amélioration dure deux jours.

Le 31 mai, la respiration est redevenue difficile.

Le 1er juin, vomique ; le malade rend un pus crémeux très-abondant ; une fistule pleurale s'est établie par les bronches, et dès ce jour le malade continue à s'affaiblir continuellement ; il maigrit, ses forces diminuent. C'est alors que M. Fauvel pensant qu'une intervention chirurgicale pouvait être utile, il fut décidé que le malade passerait dans notre service.

Nous constatons alors l'état suivant :

Sonorité normale sous les deux clavicules ; bruit respiratoire normal à gauche ; quelques râles sibilants à droite ; rien ne peut faire supposer la présence de tubercules pulmonaires, ce qui, du reste, avait déjà été établi par l'examen de M. Fauvel.

En avant, la matité s'étend de la pointe de l'omoplate à la base du poumon et se confond avec celle du foie ; cependant, ce n'est pas une matité bien nette, elle est plus complète dans l'aisselle, et elle s'étend en avant suivant le trajet d'une ligne horizontale qui passerait par le mamelon ; immédiatement au-dessus du mamelon, sonorité exaspérée, *bruit de Skoda*. La respiration s'entend dans la fosse sus-épineuse ; elle est plus obscure dans la fosse sous-épineuse ; on perçoit des râles muqueux à bulles de grosseur très-variable ; lorsque le malade tousse, c'est un véritable gargouillement, et de temps en temps on entend quelques bulles venant crever dans une cavité avec un bruit particulier et un timbre métallique rappelant celui du tintement métallique. A la base du poumon, le bruit respiratoire a complétement disparu. Le malade dépérit de plus en plus ; il est d'une maigreur extrême ; son pouls varie entre 120 et 130 ; la température axillaire entre 37,5 et 38,5 ; tous les soirs il a une petite exacerbation fébrile ; il prend très-peu de nourriture, et vomit souvent de la bile dès qu'il est pris de quintes de toux, lorsqu'il veut se coucher sur le côté gauche ; il reste, en effet, continuellement dans le décubitus latéral droit, et on en trouve la preuve dans une légère excoriation qui commence au niveau du trochanter de ce côté.

Tel est l'état peu satisfaisant de notre malade. Nous avons donc devant nous un homme atteint d'une pleurésie aiguë, devenue franchement purulente après la ponction aspiratrice (sans vouloir toutefois établir aucune relation de causalité entre cette ponction et la nature de l'épanchement, ou l'établissement de la fistule pleuro-bronchique). Le pus qui séjourne dans la plèvre n'a aucune tendance à la résorption, et il semble qu'on ne puisse espérer une guérison sans intervention chirurgicale. Notre but doit donc être de donner issue au pus, afin de permettre à la fistule pulmonaire de se fermer, en même temps que, par des lavages ou des injections, nous chercherons à faire cicatriser les parois de cet abcès pleural.

Avant d'aller plus loin, recherchons quelle est la constitution de ces abcès pleuraux. L'anatomie pathologique de ces abcès, étudiée d'abord par Delpech, puis par M. Oulmont, dans sa

thèse inaugurale, nous indique nettement la méthode de traitement.

La cavité de ces abcès est circonscrite par des parois dont l'élasticité est très-limitée; ce sont, en effet, les côtes et le diaphragme d'un côté, et d'autre part le poumon, le plus souvent recouvert de fausses membranes épaisses, analogues à celles qu'on rencontre dans certaines hématocèles; leur épaisseur peut aller jusqu'à 1, 2 et même 3 centimètres. Ces fausses membranes s'organisent, se vascularisent et finissent par constituer la cavité inextensible que Delpech a si heureusement appelée le sac *pseudo-pleural*. Au bout d'un temps plus ou moins long, cette coque ou enveloppe acquiert parfois une consistance tout à fait fibreuse ou fibro-cartilagineuse; et on comprend que cette cavité, limitée par des parois aussi inextensibles, n'a aucune tendance à se rétrécir; mais, d'autre part, comme le pus s'y forme indéfiniment, puisqu'il est sécrété d'une manière incessante par la membrane pyogénique, on n'a aucune chance de voir l'abcès se guérir de lui-même, c'est-à-dire spontanément.

Mais, d'ailleurs, il ne faudrait pas s'imaginer que cette constitution des abcès pleuraux leur est spéciale et ne se rencontre nulle part ailleurs. Nous trouvons, en effet, dans d'autres points de l'économie, des abcès très-analogues à ces abcès pleuraux. Ainsi, lorsque la suppuration profonde de l'aisselle a fait disparaître le tissu cellulaire de cette région, les parois antérieure et postérieure forment une cavité qui n'a point de tendance à se combler. Il en est de même pour les abcès de la fosse ischio-rectale; il faut pratiquer des incisions, des débridements, afin de rapprocher leurs parois et de les mettre en contact.

Pour la plèvre, on ne peut agir de la même façon; il faut donc tourner la difficulté. M. Maisonneuve, se trouvant devant un malade analogue à celui qui nous occupe, disait un jour dans son langage pittoresque : « Si je me trouvais dans cet état, je me ferais briser toutes les côtes afin de leur permettre de se rapprocher du poumon. » — « Les anciens nous ont indiqué la méthode, disait récemment M. Sédillot à l'Académie, mais ils n'avaient pas à leur disposition des moyens mécaniques suffisants. »

Les anciens avaient posé les règles suivantes :

1° Faire une ouverture à la partie la plus déclive de la plèvre, c'est-à-dire en remontant de bas en haut, dans le troisième espace intercostal gauche et dans le quatrième ou le cinquième droit;

2° Empêcher l'air de pénétrer pour éviter son mélange avec le pus.

Nous ajouterons ceci :

3° Trouver un moyen d'écoulement lent, mais continu, des liquides accumulés.

On ne peut, en effet, dans les cas analogues à celui qui nous occupe, lorsque le sac pseudo-pleural existe, vider l'abcès tout d'un coup; mais les parois ne pouvant se mettre en contact, ou l'air entrera, ou l'épanchement se reproduira; et c'est probablement une des causes qui amènent la reproduction si prompte de l'épanchement après l'aspiration, comme dans notre cas. Il faut donc chercher un moyen de rapprocher lentement les parois de la cavité, et nous imiterons en cela le procédé de guérison naturelle. Quand le sac pseudo-pleural est organisé, il forme une membrane pyogénique rétractile qui se recouvre de bourgeons charnus, laquelle rapproche peu à peu les parois du sac et finit par les mettre en contact au bout d'un mois, deux mois ou même davantage. C'est alors qu'on constate la dépression des côtes, qu'il ne faut pas, sous peine d'une grosse erreur physiologique, attribuer, comme on l'a fait, à la pression atmosphérique; elle n'est pour rien dans ce phénomène. Eh bien, c'est en établissant une fistule pariétale que nous arriverons à ce but. Les anciens avaient les mèches pour maintenir les trajets fistuleux; nous avons mieux qu'eux : nous avons le tube à drainage, qui est un véritable séton tubulé par lequel le pus s'écoule lentement, et qui permet de pratiquer des injections. Peu à peu les parois se rapprochent, et bientôt il ne reste plus que le passage du tube, qu'on remplace successivement par un tube de moindre calibre, et enfin qu'on enlève lorsque la suppuration se tarit. Nous ne voulons pas condamner les autres moyens, mais nous pensons que celui-ci est parfaitement indiqué pour le cas qui nous occupe, et, bien plus, qu'il est le plus favorable.

Nous choisirons la partie moyenne du cinquième espace intercostal droit en remontant, c'est-à-dire précisément le point où a été faite la ponction aspiratrice; nous pratiquerons une incision transversale de la largeur de trois travers de doigt; puis nous inciserons les muscles intercostaux externes sur une longueur un peu moindre, enfin les intercostaux internes, et nous arriverons sur la plèvre; nous quitterons alors le bistouri et nous plongerons avec précaution un gros trocart dans la cavité pleurale; s'il ne sort qu'un peu de sang, c'est qu'il sera probable qu'une fausse membrane bouche le trocart; nous l'introduirons alors un peu plus profondément, en rasant la paroi thoracique.

L'opération est pratiquée ainsi qu'il vient d'être dit, et, lorsque le trocart est plongé dans l'espace intercostal, on constate que son extrémité est libre et joue dans une cavité; pourtant il ne sort pas de pus. On retire alors le trocart, et la largeur de l'incision permet d'introduire le doigt dans l'espace intercostal. On constate alors que le pus se promène dans une cavité rugueuse, cloisonnée et assez spacieuse. Le malade fait des efforts de toux, mais ne rend pas de sang dans ses crachats. Un peu d'air entre et sort librement, en faisant bouillonner quelques bulles de sang par l'incision. Il est donc probable qu'on est tombé dans une portion cloisonnée de la cavité de la plèvre; pour aujourd'hui, on ne veut pas insister et multiplier ces recherches, qui pourraient avoir des inconvénients. On place un tube replié en U dans la plaie, et comme on n'est certainement pas éloigné du foyer purulent, si ce n'est par quelques fausses membranes, il y a tout lieu de croire que ces fausses membranes se rompront, le pus s'écoulera par l'ouverture; sinon, on se propose de chercher, dans quelques jours, à pénétrer dans le foyer avec un trocart courbe, et faire ressortir le tube par une seconde ponction faite de dedans en dehors.

2 août. — Depuis que l'opération a été pratiquée, le malade a repris de l'appétit et des forces; progressivement la suppuration a diminué, de telle sorte que, en présence de cette amélioration inespérée, le professeur Richet et M. Fauvel décidèrent d'un commun accord que toute nouvelle tentative de recherche du pus serait ajournée.

NOTE SUR L'ÉRYSIPÈLE (1)

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 24 juillet 1872, par M. CHASSAIGNAC.)

L'une des erreurs les plus tenaces et les plus préjudiciables à la connaissance vraie de l'érysipèle, c'est celle qui consiste à croire

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

que l'angioleucite n'est pas une maladie parfaitement distincte de l'érysipèle; que l'érysipèle est une maladie du système lymphatique; en un mot, une forme de la lymphangite, et non pas une maladie différente de la lymphangite.

Cette erreur, que l'autorité considérable de Blandin avait prise sous son patronage, s'est tellement enracinée dans certaines écoles de chirurgie, que malgré des descriptions précises et détaillées(1), nous entendons dire encore et répéter par des confrères très-distingués, que l'érysipèle n'est pas une maladie parfaitement distincte de l'angioleucite.

Il y a cependant un fait que j'ai signalé (*loco citato*), et qui aurait dû fournir un avertissement propre à faire réfléchir les partisans de l'opinion de Blandin.

Blandin disait : que l'érysipèle s'étend toujours suivant le trajet des cordons lymphatiques, et que, suivant son expression, la propagation érysipélateuse était centripète.

Cette erreur, que j'ai combattue nettement dans les ouvrages que j'ai cités, aurait dû cependant faire voir que Blandin n'était pas dans le vrai, puisqu'il admettait dans sa théorie un fait essentiellement inexact.

Et j'en donnais pour preuve (p. 332 du tome Ier *de la Suppuration*), qu'un érysipèle siégeant sur la partie latérale du col pouvait se propager aussi bien vers le crâne que vers la région claviculaire.

Il y aurait une erreur historique volontaire, et l'on sait comment s'appellent en matière historique les erreurs volontaires, il y aurait un déni de justice à prétendre que la doctrine qui consiste à admettre l'identité de nature de l'érysipèle et de l'angioleucite, n'a pas été formellement combattue dès 1859, *Traité de la suppuration*, t. Ier, p.330, puis en 1861, *Traité des opérations*, t. Ier, p. 419 à 423, et que les plaques érysipélateuses n'ont pas été expressément distinguées par de nombreux et décisifs caractères des plaques de l'angioleucite sous-épidermique.

L'érysipèle est une inflammation des réseaux sanguins sous-épidermiques.

Cette inflammation a pour caractère la production, à la surface de la peau, d'une plaque rouge avec rebords festonnés et surélevés en forme de bourrelet, sans déchiqueture ni diaprure, s'accompagnant souvent de phlyctènes.

L'histoire de l'érysipèle est en partie à refaire sur cette nouvelle donnée :

1° L'érysipèle est une inflammation des réseaux sanguins sous-épidermiques;

2° L'érysipèle est une maladie parfaitement différente de l'inflammation des réseaux lymphatiques sous-épidermiques.

A cette question nettement formulée, se sont rattachées d'importantes adhésions; j'ai le droit de compter sur celles de trois honorables collègues des hôpitaux, le docteur Lailler, M. Tillaux et M. Lannelongue, nos collègues dans cette Société. Du reste, je dois dire que, depuis 1859, on a trouvé des chirurgiens qui soutiennent que l'érysipèle et l'angioleucite ne sont pas deux degrés d'une même maladie, mais bien deux maladies distinctes.

Et de fait, si les deux maladies n'étaient pas distinctes, comment adviendrait-il que dans les statistiques, dans les livres, on formât des classements distincts, on ne mélangeât pas les deux affections, en désignant les nuances d'une même maladie, par les noms d'angioleucites de premier, de deuxième ou de quatrième degré?

Est-ce qu'en nosologie on met jamais une même maladie sous deux appellations opposées? On emploie le même nom et on ajoute un qualificatif. Ainsi on dit : un érysipèle phlycténoïde, un érysipèle gangréneux, mais c'est toujours un érysipèle.

Du reste, le raisonnement a très-peu de prise sur les convictions enracinées, il faut, pour les combattre, des faits et des faits bien observés.

D'abord, des faits anatomiques qui prouvent nettement que le siége des deux affections n'étant pas le même, il y a pour chacune d'elles un siége histologique distinct.

S'il est une vérité dont les pathologistes soient bien convaincus aujourd'hui, c'est que le plus grand progrès qu'il nous soit donné de faire dans l'étude d'une maladie est réalisé le jour où l'on établit le siége histologique de cette maladie.

C'est l'étude comparée des caractères différents de l'inflammation des réseaux sanguins et de celle des réseaux lymphatiques qui est révélatrice, qui est la pierre de touche, le réactif de la différence des deux maladies.

Cette différence, une fois admise, donne une explication franche et naturelle de circonstances obscures et inexpliquées jusqu'ici.

Le premier pas à faire dans la connaissance de l'érysipèle, c'était donc la détermination histologique précise de son siége.

En dehors de ce point essentiel, toutes les définitions connues ne donnent rien de sérieusement différentiel sur la réalité de la maladie.

Mais pour trouver ce caractère, il fallait se débarrasser d'une cause d'erreur faisant naître les plus graves difficultés.

Les rougeurs cutanées sont de bien des formes, mais la seule qui fût capable d'en imposer de manière à causer une méprise, c'était la rougeur causée par l'inflammation des réseaux lymphatiques de la peau. Nous avons donc dû commencer par éclaircir ce point. Or, nous y sommes arrivés par un ensemble de caractères tellement pathognomoniques, qu'à moins de renoncer à toute base de distinction en nosologie, on est forcé, littéralement forcé, d'avouer que l'inflammation des réseaux lymphatiques est absolument distincte, par ses caractères, de l'inflammation des réseaux sanguins sous-épidermique.

La première conséquence de ce premier travail a été de tracer une ligne de démarcation profonde entre l'érysipèle et la seule forme de maladie des lymphatiques qui fût d'aspect à se faire confondre avec lui, car pour confondre avec l'érysipèle l'inflammation des lymphatiques ganglionnaires, pour confondre avec lui l'inflammation des trajets lymphatiques transcurrents, il aurait fallu de la déraison, et personne n'en a donné, dans ce cas, le triste exemple.

Il ne restait donc, pour différencier les deux maladies, que l'analyse clinique différentielle et rigoureuse des deux seules choses qui pouvaient donner lieu à confusion :

La plaque rouge de l'érysipèle et la plaque de l'angioleucite réticulaire.

C'est par cette analyse que la lumière a été portée dans cette controversable affection que présente l'érysipèle.

C'est cette notion du siége originel de la maladie qui vient tout d'un coup éclairer la question.

Vous examinez deux hommes atteints au bras tous les deux, l'un d'un érysipèle, l'autre d'une angioleucite, vous êtes bien forcé de reconnaître que les deux maladies sont deux entités différentes. Pourquoi les appelleriez-vous de deux noms différents si c'était la même chose ?

Mais voici où le sophisme se glisse dans votre manière d'interpréter les choses : vous examinez comparativement le bras du sujet érysipélateux et celui du sujet angioleucitique. Vous allez d'abord aux ganglions, et chez les deux sujets, vous les trouvez engorgés. Vous examinez les trajets lymphatiques, et vous les trouvez malades sur les deux sujets. Alors, si vous n'allez pas plus loin, vous dites : sur les deux malades, je trouve les mêmes organes lymphatiques affectés, donc les deux maladies sont de la même nature.

Ce raisonnement est spécieux; il semble nous enfermer dans un cercle dont il ne paraît pas facile de sortir. Mais il y a une clef pour en sortir, et cette clef, c'est la notion de l'angioleucite capillaire ou réticulaire comparée à l'érysipèle vrai. C'est dans l'étude anatomique et pathologique des réseaux que se trouve la solution de la question.

1° Le réseau lymphatique sous-épidermique est parfaitement et anatomiquement distinct du réseau sanguin ;

(1) *Traité de la suppuration*, 1859, t. 1er, p. 330 à 335, et *Traité des opérations*, 1861, t. 1er, p. 419 à 423.

2° Chacun de ces réseaux est à volonté injectable, dans une indépendance absolue l'un de l'autre ;

3° Le réseau lymphatique est plus superficiel que le réseau sanguin ;

4° Le réseau lymphatique peut-il être le siége d'une inflammation parfaitement distincte de celle du réseau sanguin ? Oui, puisque cette nflammation possède des caractères pathognomoniques.

5° Quels sont les caractères cliniques propres à établir cette distinction ? Nous les avons décrits ; ils sont au nombre de dix ou douze.

6° Existe-t-il une capillarite *cutanée sanguine* distincte de la capillarite cutanée lymphatique ? Oui, puisque dans la *capillarite cutanée sanguine*, rien, dans l'état des réseaux lymphatiques, ne représente la capillarite lymphatique.

7° Existe-t-il une capillarite cutanée lymphatique distincte ? Oui, puisque nous en avons décrit les caractères.

8° Dans l'érysipèle, y a-t-il à la fois une capillarite sanguine et une capillarite lymphatique ?

Rien ne le prouve. — Pourquoi ?

Par quels caractères différentiels pouvez-vous établir qu'il y a à la fois une capillarite sanguine et une capillarite lymphatique ?

Dans l'érysipèle cela vous est bien difficile parce que, en admettant que la capillarite lymphatique existe, les caractères de la capillarite sanguine effacent les caractères de la capillarite lymphatique.

On pourrait dire que celle-ci, après avoir eu une courte existence au début, a disparu sous la manifestation prédominante de la capillarite des réseaux sanguins.

Mais la capillarite des réseaux lymphatiques ayant des caractères parfaitement distinctifs quand elle existe seule, du moment que dans l'érysipèle nous ne retrouvons aucun de ces caractères, il ne nous est pas possible d'affirmer en pareil cas l'existence de l'angioleucite réticulaire. On peut la supposer, mais on ne la démontre pas.

L'angioleucite des réseaux a des caractères tellement distinctifs, qu'il serait contraire à toutes les notions du bon sens nosologique de ne pas lui reconnaître une existence indépendante.

Pour nous, ce fait est rigoureusement démontré, et nous l'avons démontré.

Mais quand on vient dire : prouvez-nous donc que dans l'érysipèle il n'y a pas inflammation des réseaux lymphatiques, nous n'avons qu'une chose à répondre, et la voici :

Lorsque deux maladies cutanées coexistent sur une même région dermique, les caractères de l'une peuvent primer, effacer presque les caractères de l'autre ; mais il y a, du moins, quelques traces de celle des deux maladies qui est le plus faiblement accusée.

Eh bien, dans les plaques de l'érysipèle, je ne vois jamais de traces de l'angioleucite réticulaire. De sorte que je suis conduit à conclure ceci :

Qu'il est impossible, dans l'érysipèle, de démontrer *de visu* l'existence de la capillarite lymphatique, et qu'on n'en peut démontrer aucune trace. On est donc forcé d'admettre que l'érysipèle est une capillarite exclusive ou très-prédominante des réseaux sanguins sous-épidermiques.

S'il n'existe pas de caractères propres indiquant la présence des deux maladies à la fois, comment saurait-on qu'elles existent en même temps?

Étant admis que la courbe festonnée avec le bourrelet est la caractéristique de l'érysipèle, que la ligne déchiquetée est la caractéristique de l'angioleucite des réseaux, on devrait trouver au moins quelquefois un mélange à parties égales ou inégales des deux formes. Or on ne voit jamais d'érysipèle ayant cette configuration. Il faut donc de deux choses l'une : ou que l'érysipèle ne coexiste jamais avec l'inflammation du réseau lymphatique, ou qu'il ait la propriété d'absorber complétement ou d'éteindre sur place la capillarite lymphatique.

(*Sera continué.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1872. — Présidence de M. Moissenet.

Cette séance est tout entière consacrée à la discussion sur la thoracentèse.

M. LIBERMAN donne lecture de la note suivante :

Messieurs, vous avez soulevé la question de la thoracentèse pratiquée au moyen de l'aspiration, je vous demande la permission de prendre part au débat, en vous faisant connaître le résultat de mes recherches sur ce sujet. Et d'abord, entendons-nous bien sur cette méthode dite d'aspiration, car elle prend une telle extension, qu'il est bon d'en fixer nettement l'origine et d'en discuter la valeur. De tout temps on avait eu l'idée de faciliter l'écoulement des liquides de la plèvre, au moyen d'appareils destinés à attirer ces liquides au dehors. M. Bouchut, dans un travail récent, aborde ce côté historique de la question avec son érudition habituelle. Il nous décrit le procédé employé par Galien pour l'opération de l'empyème, c'est-à-dire l'introduction dans la poitrine d'une longue canule, sur laquelle on fixait une seringue destinée à attirer le pus au dehors. Cet instrument avait reçu de Galien le nom de Pyulque.

Au dix-septième siècle, la succion faite dans la poitrine au moyen de pyulques de différentes formes était très en vogue, témoin la description donnée par Scultet en 1640. De nos jours, les mêmes instruments ont reparu sous une forme à peu près analogue ; je signalerai, entre autres, l'appareil de M. J. Guérin, composé d'une seringue et d'un trocart volumineux, aplati.

Nous n'en finirions pas si nous voulions énumérer tous les instruments qui ont été imaginés dans le même but, et qui tour à tour ont été délaissés ; ces différents appareils, et la méthode qu'ils représentent, sont tombés dans l'oubli, et la preuve, c'est qu'il n'en est fait mention nulle part dans les auteurs modernes qui parlent de la thoracentèse ; un seul procédé est partout décrit et partout usité, c'est l'évacuation du liquide au moyen de trocarts de dimensions variables, depuis la canule volumineuse de Reybard jusqu'au trocart capillaire de M. Blachez.

Les choses en étaient là, quand nous avons vu, il y a peu de temps, l'histoire de la thoracentèse entrer dans une phase nouvelle ; les observations d'opérations pratiquées au moyen d'une certaine méthode d'aspiration, nous arrivent par centaines de France et de l'étranger, c'est un véritable engouement. La question a été soulevée à l'Académie de médecine, et vous l'avez mise à l'ordre du jour dans notre dernière séance. Or, en quoi consiste la thoracentèse par aspiration telle qu'on la pratique aujourd'hui, et quelle est sa valeur ? A mon sens, il ne s'agit pas seulement d'un perfectionnement apporté à des procédés tombés en désuétude ; il ne suffit pas d'une simple modification dans le jeu d'un appareil, mais nous pouvons dire que nous sommes en ce moment en possession d'instruments nouveaux, qui ont reçu de M. le docteur Dieulafoy le nom d'aspirateurs, et qui ont permis d'ériger en méthode l'aspiration, qui laisse bien loin les procédés par succion des auteurs anciens.

Ce qui constitue la nouveauté de nos aspirateurs actuels, ce n'est pas seulement le vide puissant et l'extrême finesse de l'aiguille, mais c'est l'application du *vide préalable*, qui est d'une si grande ressource en thérapeutique. C'est ce principe qui différencie nos aspirateurs, découverte toute française, des appareils qui l'avaient précédé, et nous n'avons pas été peu surpris quand M. Broca est venu réclamer à l'Académie la priorité pour le trocart de M. Van den Corput, alors qu'entre les deux appareils je ne vois pas la moindre analogie. Nous ferons donc acte de justice en faisant connaître le résultat de nos investigations, et c'est bien à M. Dieulafoy que nous devons cette méthode d'aspiration qu'il a généralisée à tous les liquides pathologiques, méthode qui donne tous les jours de si bons résultats dans le traitement de l'hydarthrose, de la péricardite, de

la rétention d'urine, de la hernie étranglée, et que nous venons juger aujourd'hui comme moyen de thoracentèse.

Les premiers travaux faits sur l'aspiration de l'épanchement thoracique sont récents, et dans deux publications successives, M. Dieulafoy a abordé les points principaux du sujet. La question a été posée par l'auteur dans un premier mémoire sur l'aspiration en général; puis il l'a discutée dans la *Gazette des Hôpitaux* du 28 avril 1870, basée sur des observations prises, la plupart à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le professeur Axenfeld, et ayant pour titre : *Du diagnostic et du traitement des épanchements de la plèvre par aspiration.* Or, nous devons, nous aussi, étudier l'aspiration à ce double point de vue, car elle constitue dans les épanchements thoraciques un moyen de diagnostic et de traitement.

La percussion et l'auscultation nous trompent rarement, il faut en convenir; et qui de nous cependant n'a pas hésité en présence de certaines pleurésies d'allure peu grave et à symptômes obscurs, qui réclameraient notre intervention active, et pour lesquelles nous temporisons faute de certitude ? C'est dans ces cas douteux et difficiles que l'aspiration nous est d'un grand secours, et c'est ici que ressort toute l'importance du vide préalable dont j'emprunte la description à M. Dieulafoy : « L'aspirateur étant armé, c'est-à-dire le vide préalable étant fait, on introduit l'aiguille creuse dans l'espace intercostal choisi à l'avance; à peine cette aiguille a-t-elle parcouru 1 centimètre dans l'épaisseur des tissus, c'est-à-dire dès que les ouvertures situées à son extrémité ne sont plus en rapport avec l'air extérieur, on ouvre le robinet correspondant de l'aspirateur et le vide se fait par conséquent dans l'aiguille. On enfonce alors lentement cette aiguille qui *porte le vide avec elle*, et *c'est le vide à la main* qu'on avance dans les tissus à la recherche de l'épanchement. Au moment où cette aiguille aspiratrice rencontre le liquide, on voit celui-ci se précipiter dans l'appareil et le diagnostic s'inscrit lui-même à l'insu de l'opérateur. »

On peut ainsi pénétrer à plusieurs centimètres de profondeur et recommencer, si c'est nécessaire, les explorations sans le moindre inconvénient pour le malade; l'innocuité absolue de l'opération dépend de la finesse des aiguilles. Ce qui peut arriver de pire, c'est la piqûre du poumon; or, ce fait s'est souvent présenté, moi-même je l'ai plusieurs fois observé, et jamais le moindre accident n'est survenu. En résumé, voilà un premier point que je crois établi : dans le diagnostic des épanchements de la cavité thoracique, on peut acquérir, au moyen de l'aspiration, la certitude sur la présence, sur l'absence, sur la nature et sur le siége du liquide. Quant à la manœuvre, elle est absolument inoffensive.

Occupons-nous maintenant de la valeur de l'aspiration comme moyen de traitement, et peut-on dire qu'elle soit supérieure aux procédés habituels de thoracentèse faite avec les trocarts? Il faut distinguer deux cas, suivant que l'épanchement est simple et aigu, ou purulent et chronique. Étant donné un épanchement dans une pleurésie simple aiguë, l'évacuation par aspiration est plus commode, plus complète, et la manœuvre opératoire plus facile.

Il est plus aisé d'introduire les fines aiguilles de l'aspirateur qu'un trocart même de petite dimension. On apprécie ce détail quand l'espace intercostal est étroit, comme chez l'enfant, ou difficile à délimiter, comme chez les sujets doués d'embonpoint.

Avec l'aspirateur, l'introduction de l'air dans la poitrine est impossible, puisque tout se passe entre une cavité remplie de liquide et un corps de pompe dans lequel on a fait un vide préalable.

L'écoulement du liquide est uniforme et continu; il n'est pas soumis au rôle actif du poumon, comme dans la thoracentèse pratiquée avec le trocart. Le rôle du poumon est ici purement passif; il se déplisse peu à peu, sans secousses et sans saccades : aussi le malade n'est-il presque jamais pris de quintes de toux. Quant à l'évacuation du liquide, on comprend qu'elle soit plus complète, en vertu de la force qui la sollicite à sortir. Ajoutons, enfin, que la douleur est insignifiante et que les malades sont moins effrayés à la vue d'une aiguille qu'à la vue d'un trocart muni de sa baudruche. Pour les différentes raisons que je viens d'énumérer, je conclus que l'aspiration appliquée à la thoracentèse constitue un progrès sur l'emploi des trocarts.

Si le liquide est purulent, on peut, dans certains cas et sans d'autres secours que l'aspiration, arriver à tarir la source du liquide. Le travail de M. Bouchut, que j'ai déjà signalé, est basé sur des faits de ce genre. L'extrême facilité et l'innocuité complète des piqûres au moyen de l'aiguille permettent de pratiquer des opérations successives aussi aisément que les injections que nous faisons tous les jours avec la seringue de Pravaz; dès que le liquide est reproduit, on l'aspire de nouveau, et ainsi de suite jusqu'à épuisement complet. Cette pratique a donné d'excellents résultats, et confirme cette idée formulée et généralisée par M. Dieulafoy, à savoir : « Quand un liquide, quelle que soit sa nature, s'accumule dans une cavité séreuse, et, quand cette séreuse est accessible, sans danger pour le malade, à nos moyens d'investigation, notre premier soin doit être d'aspirer ce liquide; s'il se forme de nouveau, on le retire encore, et plusieurs fois si cela est nécessaire, de manière à épuiser la séreuse par un moyen tout mécanique et absolument inoffensif, avant de songer à en modifier la sécrétion par des agents irritants et quelquefois redoutables. »

Je viens de passer en revue aussi brièvement que possible les avantages de l'aspirateur sur les trocarts; je n'avais d'autre but, dans ce travail, que de montrer la supériorité de l'aspiration comme moyen de diagnostic et comme moyen de traitement; je tenais aussi à préciser le moment de cette découverte, ce qui nous permet d'en attribuer l'honneur à M. Dieulafoy, qui a rendu un véritable service à la science en généralisant cette méthode d'aspiration. Grâce à son appareil, elle a pris droit de cité dans nos hôpitaux.

Quant aux aspirateurs, nous en voyons tous les jours surgir de nouveaux, et nous ne doutons pas qu'ils se multiplient encore, tant la méthode que nous préconisons a pris d'extension, depuis que M. Dieulafoy a présenté son premier aspirateur à l'Académie, au mois de septembre 1869. Nous n'avons pas à discuter ici une question d'instrumentation; ce qui nous importe, c'est l'application de la méthode.

M. FÉRÉOL lit un travail dans lequel il donne les résultats de ses recherches et de ses expériences sur la thoracentèse. Il ne partage pas l'avis de ceux qui veulent faire de la thoracentèse le traitement unique des épanchements ; c'est pourquoi il passe en revue ses indications et ses contre-indications. Toute la question de ces indications et de ces contre-indications réside, pour lui, dans la quantité du liquide épanché et dans sa tendance à se résorber. Il ne croit pas que, d'une façon générale, la thoracentèse soit contre-indiquée chez les tuberculeux. M. Féréol pense que, dans les cas simples, un vésicatoire suffit pour enrayer la récidive. Chez les malades qui présentent des récidives sérieuses, il ne fait intervenir comme cause que l'état général et ne croit à aucune influence de l'opération dans ce cas-là.

En résumé, M. Féréol considère la thoracentèse comme une opération excellente dans beaucoup de cas et peu dangereuse; mais il la croit inutile dans les cas simples. Il emploie de préférence le trocart fin.

M. POTAIN donne ensuite lecture du travail suivant :

Messieurs, après les discussions si approfondies dont les indications de la thoracentèse ont été plusieurs fois l'objet dans votre Société, quand des règles précises ont été imposées à cette opération par les voix les plus autorisées, on ne concevrait guère qu'il pût y avoir lieu de revenir encore sur ce sujet, si l'opération dont je parle ne se pouvait faire aujourd'hui dans des conditions nouvelles. Certes, nous n'aurons rien à changer à ce qui a été dit, et excellemment dit, par nos prédécesseurs et nos maîtres, sur la thoracentèse pratiquée à l'aide des moyens dont on disposait naguère. Mais il faut bien se demander si l'emploi des instruments que nous avons actuellement entre les mains ne modifiera pas en quelque façon les indications posées jusqu'ici. Le trocart de Drouin, puis la canule de Reybard, en se substituant au couteau et au fer rouge d'Hippo-

crate, avaient, vous le savez, singulièrement étendu et multiplié les indications de la thoracentèse. Un instrument plus doux et moins agressif ne peut-il les étendre et les multiplier encore? C'est ce que je me propose de discuter en ce moment.

En ce qui concerne les épanchements séreux, les indications qui furent établies à la suite de vos discussions, par M. Marotte d'abord puis par M. Béhier, s'appuyaient exclusivement sur ces deux points : l'abondance de l'épanchement, la résistance opposée par la maladie aux moyens du traitement médical.

L'abondance de l'épanchement, il était convenu d'en juger par l'élévation du niveau qu'atteint sa surface, par l'ampliation de la poitrine, que la cyrtométrie décèle, par le déplacement des organes et notamment du cœur, par le degré de la dyspnée indiquant un affaissement plus ou moins considérable du poumon. — La résistance au traitement, M. Marotte estime qu'elle doit légitimer l'intervention du trocart quand, au vingtième jour d'un épanchement abondant, il ne se manifeste encore nulle tendance vers la résolution.

En somme, dans toutes les indications ainsi posées, on avait surtout en vue de se prémunir contre le danger de la mort subite (mort par suffocation, par asphyxie rapide, par syncope, ou bien par embolie cardiaque, pulmonaire ou cérébrale), dont on connaissait déjà bon nombre d'exemples survenus au cours d'épanchements pleuraux plus ou moins abondants. Ces accidents, parfois entourés de circonstances très-dramatiques, avaient singulièrement impressionné nos esprits, et la terreur qu'ils inspiraient très-légitimement dominait toute la thérapeutique des épanchements pleuraux. C'est surtout pour soustraire les malades à un si grave danger qu'on se croyait en droit de les soumettre à une opération toujours assez douloureuse et pénible. C'est en raison de cela qu'on ne ponctionnait guère que les épanchements assez copieux pour paraître menaçants, et plus particulièrement ceux qui, occupant le côté gauche, déplaçaient notablement le cœur. On ne méconnaissait pas que la mort par syncope était survenue aussi avec des épanchements médiocres ou peu abondants et occupant le côté droit de la poitrine. Mais on n'estimait point alors le danger assez grand pour valoir une opération. D'ailleurs on redoutait l'influence du traumatisme tant que la maladie offrait encore un certain degré d'acuité, et on se croyait d'autant plus en droit d'attendre jusqu'au vingtième jour, qu'on ne connaissait aucun exemple de mort subite survenue avant ce délai. La thoracentèse, en somme, était toujours une opération de nécessité.

Maintenant, messieurs, en quoi ces indications et contre-indications peuvent-elles se trouver modifiées par l'emploi des instruments capillaires que nous avons entre les mains? C'est ce qu'il nous importe de savoir. Mais d'abord permettez-moi, je vous prie, d'insister sur la dénomination d'*instruments capillaires*, que je voudrais voir substituer à celle d'*appareils à aspiration* généralement employée. A mon avis, elle indique mieux la condition essentielle que ces instruments remplissent et le but unique qu'à mon sens ils se doivent proposer. Peut-être cette dénomination suffira-t-elle pour faire disparaître une sorte de malentendu qui semble s'être introduit entre nous.

Quelques-uns de nos collègues semblent croire, en effet, que dans l'emploi de cette sorte d'instruments nous avons en vue d'obtenir une évacuation des épanchements pleuraux plus rapide ou plus complète qu'on ne pouvait faire avec la canule précédemment en usage, et de forcer par un moyen puissant l'issue d'un liquide qui ne sortirait point de son propre poids. Pour ma part, quand j'ai appliqué à la thoracentèse les appareils dont je parle, je n'ai jamais eu qu'un seul but : évacuer le liquide en produisant le moins de douleur et le moins de traumatisme possibles. Avec les aiguilles très-fines, le traumatisme est nul, vous le savez. Quant à la douleur, elle est la plupart du temps si peu de chose, que les malades auxquels on a pratiqué cette opération la préfèrent généralement à une application de vésicatoire, et que j'en ai vu la réclamer avec instance lorsque je ne jugeais point utile d'y revenir. Dans cette voie, nous avons été précédés par notre collègue Blachez. Il avait réduit déjà considérablement les dimensions du trocart, pas assez cependant pour que l'anesthésie locale ne lui parût point encore nécessaire. Les dimensions ont été réduites de nouveau, et la thoracentèse n'est plus désormais qu'une piqûre d'épingle que M. Dieulafoy a incontestablement le mérite d'avoir faite le premier. Avec des instruments d'une telle ténuité, il faut absolument employer l'aspiration, sans quoi le liquide ne coulerait pas. Mais cette aspiration ne sert qu'à une seule chose : obliger le liquide à traverser un tube très-fin dans un temps qui ne soit pas par trop long. Il n'est nullement question de la faire agir sur le liquide contenu dans la plèvre.

Sans doute, on peut objecter ceci : lorsqu'on se sert de la canule de Reybard, le liquide, coulant de son propre poids, s'arrête nécessairement dès qu'on a obtenu l'issue de tout ce qui peut sortir de soi-même ; ensuite qu'on ne risque pas de violenter la plèvre, tandis que, avec les appareils nouveaux, n'ayant aucun moyen de savoir quand il convient de cesser l'aspiration, on est exposé à produire dans la poitrine un vide tel qu'il pourrait devenir dangereux. Mais cette objection, messieurs, est plus spécieuse que fondée, comme vous allez voir.

D'abord, quand on vide une plèvre avec la canule de Reybard, le liquide, d'ordinaire, ne coule pas du tout exclusivement de son propre poids. Quiconque a fait un bon nombre de fois cette opération, sait bien que très-souvent l'écoulement s'arrête avant que l'évacuation soit complète ou même suffisante. Si le malade alors n'a pas déjà des quintes toutes spontanées, on l'engage à faire quelques efforts de toux, et désormais ce sont ces efforts qui, à la manière de vigoureux coups de piston, chassent le liquide hors de la poitrine. Or, comme la canule dont on se sert est munie d'une baudruche qui fait clapet, la poitrine fonctionne, dans ce cas, comme un véritable corps de pompe.

Il ne s'agit plus là, par conséquent, d'écoulement spontané ni de pesanteur, et l'on s'arrête le plus souvent, non parce que la pesanteur a achevé son œuvre, mais quand on juge que la toux est par trop pénible ou quand survient un sentiment de suffocation qui oblige à tout suspendre. Eh bien, messieurs, ces indications du moment où il convient de s'arrêter, on ne les a pas moins bien si l'on se sert des appareils dont je parle. On les a mieux, je pense, parce que, n'étant pas obligé de provoquer artificiellement la toux, on juge plus aisément du moment où elle annonce une évacuation suffisante et parce que la suffocation n'est jamais le résultat des efforts volontaires du malade. Le malade, on le peut maintenir, tant que dure l'écoulement, dans l'immobilité absolue et dans la position la plus commode pour lui.

Cela dit, il est bien évident que, dans tous les cas où l'on pratiquait jusqu'ici la thoracentèse avec le trocart de moyen calibre, on la peut faire maintenant avec les instruments capillaires. Rien, en ce cas, n'est changé à la pratique ordinaire et aux indications précédemment admises si ce n'est qu'elles peuvent être remplies avec plus de douceur et d'une façon moins pénible pour les malades. Ajoutez que, l'opération étant réduite à une piqûre insignifiante, il vous est loisible de la répéter à court intervalle et d'effectuer ainsi en plusieurs fois l'évacuation complète de la plèvre. Or ceci me paraît devoir être tout particulièrement utile dans les cas d'épanchements très-abondants et un peu anciens, et très-propre à écarter le danger de la syncope ou celui des congestions pulmonaires qui accompagnent ou suivent quelquefois ces évacuations.

Venons maintenant aux épanchements médiocrement abondants, pour lesquels on ne pratiquait la thoracentèse ni par le procédé de Reybard, ni avec celui de M. Guérin. Ne sont-ils point justiciables des instruments capillaires? Peut-on, dans ce cas, à l'aide de nouveaux moyens, évacuer sans danger le liquide? Y a-t-il avantage à le faire?

Que l'évacuation soit alors sans danger, cela est bien évident. Le traumatisme est nul, car la piqûre ne laisse même pas de traces. La douleur est sans importance, et cette opération, en somme, est à peu près aussi insignifiante que celle que l'on fait chaque

jour pour pratiquer des injections hypodermiques. Quant au danger d'atteindre le poumon qui pourrait être trop peu éloigné de la paroi thoracique, il n'est guère sérieux non plus, et si cela devait arriver, la simple piqûre que l'on ferait au parenchyme pulmonaire n'aurait bien certainement aucune conséquence fâcheuse. Elle n'en a jamais eu, que je sache, dans les cas de ce genre.

Il est vrai, toutefois, que lorsqu'on se sert d'une aiguille piquante, on peut craindre, au moment où l'évacuation du liquide arrive vers sa fin et quand le poumon approche de la paroi thoracique, que la pointe de l'instrument ne laboure la surface de l'organe pendant les mouvements alternatifs de la respiration. C'est pour ce motif, et après avoir eu la sensation assez désagréable de ce grattement intempestif, que je fis construire par M. Mathieu, il y a deux ans, le petit trocart que je vous présente ici, et le substituai dès lors à l'aiguille de M. Dieulafoy dans l'opération de la thoracentèse.

Cet instrument est, comme vous voyez, d'un très-petit calibre. En outre, sa canule, fendue à l'extrémité, permet d'y introduire un poinçon d'un diamètre exactement égal au sien, et sur lequel les bords de la canule ne font absolument aucune saillie. Cette disposition en rend la pénétration aussi facile et aussi peu douloureuse que celle d'une simple aiguille. L'addition d'un tube latéral, par lequel se fait l'aspiration, permet de déboucher la canule, s'il est nécessaire, pendant la durée même de l'écoulement et sans aucune crainte de faire pénétrer l'air dans la poitrine. Enfin il est réduit exactement à la longueur exigée par l'épaisseur des parois de la poitrine, ce qui, d'une part, peut rendre son maniement fort commode et, de l'autre, diminue d'autant la résistance que le liquide éprouve à le traverser. Cette résistance, dans les tubes très-fins, est, comme vous savez, directement proportionnelle à la longueur. Pour opérer l'extraction des liquides à l'aide de cet instrument, je le mets habituellement en rapport, par l'intermédiaire d'un long tube en caoutchouc à parois suffisamment épaisses, avec un flacon de dimension quelconque où le vide a été préalablement fait au moyen d'un pompe à ventouse. Cet instrument, messieurs, j'ai cru assez naïvement l'inventer. Il s'est trouvé, après coup, que certaines de ses dispositions étaient depuis longtemps de pratique courante en Angleterre et en Amérique, que d'autres sont appliquées ici à des objets différents. Mais cela n'importe guère à l'objet que je traite en ce moment; aussi, je n'y insiste pas. Ce qui m'importait uniquement, ce que je voulais, c'était d'avoir un instrument commode, peu douloureux, point dangereux et très-spécialement approprié au but que je poursuivais. Celui-ci, je crois, remplit bien ces conditions. Quant à la façon de faire le vide, elle n'a, relativement au résultat définitif, qu'une importance médiocre. La seule condition que j'y recherche, c'est d'avoir ce vide dans un vase assez grand pour que, une fois fait, on n'ait plus à s'en occuper. Mais vous avez vu, dans notre dernière séance, comment l'instrumentation peut être simplifiée, grâce à l'idée ingénieuse qu'a eue M. Reynard de substituer à la pompe à ventouse l'ébullition d'un peu d'eau dans le vase lui-même.

A l'aide de ces instruments ou d'autres du même genre, on peut donc extraire sans crainte et presque sans douleurs les épanchements très-peu abondants aussi bien que les plus copieux. On le peut sans ajouter l'influence d'un traumatisme appréciable et l'inflammation qui pourrait subsister encore dans la plèvre.

(A suivre.)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

228. Georges. De la diphthérie et de son traitement : angine diphthéritique, croup, diphthérie laryngienne et pharyngienne.

229. Ga, dit Gentil. Étude sur le scorbut observé en 1871.

230. Stutel. Histoire de l'ambulance du Petit Séminaire de Strasbourg, pendant le siége et le bombardement de cette ville, 6 août-28 septembre 1870.

231. Lemoine. De l'ulcère simple de l'estomac.

232. Hybord. Du zona ophthalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques par Depaul, professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, rédigées par le docteur De Soyre, chef de clinique d'accouchements, revues par le professeur. — 1re partie, 1 vol. in-8° de 320 pages et figures dans le texte. Prix de l'ouvrage complet pour les souscripteurs : 14 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire, par le docteur F. Malley, avec la collaboration d'Émile Delpech, pharmacien, membre de la Société de thérapeutique. — 1 vol. in-8°. Prix : 7 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ✵, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Recueil de questions posées aux 5 examens de médecine et aux accouchements. 1 fr. 50 le vol. Paris, chez Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 92. — JEUDI 8 AOUT 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 8 AOUT 1872. — N° 92.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DU GROS-CAILLOU (M. Widal) : Deux kystes hydatiques du poumon simulant une tuberculose aiguë. Rupture de la loge de l'un d'eux dans la plèvre. Pleurésie purulente consécutive. Mort. — Note sur l'érypsipèle (M. Chassaignac). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dans son discours, M. Richet a surtout développé la thèse qu'il avait déjà exposée dans une leçon clinique publiée avant-hier dans la *Gazette des hôpitaux*. Suivant les idées de Delpech (de Montpellier), il assimile pleinement les collections purulentes de la plèvre à de véritables abcès. Les abcès pleuraux peuvent être cloisonnés comme les autres. Comme les autres, ils sont tapissés de fausses membranes plus ou moins épaisses qui, par leur retractilité, semblable à celle du tissu inodulaire, rétrécissent progressivement la cavité, lorsque le pus peut s'écouler au fur et à mesure de sa formation. Ce sont ces fausses membranes qui forment les cloisons dans les pleurésies cloisonnées, cloisons parfois assez épaisses pour que le pus contenu dans les divers abcès soit séparé par un large intervalle, au milieu duquel on fait parfois les ponctions et les incisions sans retirer, bien entendu, une seule goutte du pus que contient la plèvre. M. Richet a raconté, à ce sujet, l'histoire d'un malade inutilement ponctionné une première fois, qui se refusa à subir une seconde opération et mourut peu de temps après. A l'autopsie, on constata qu'il existait trois collections purulentes considérables, séparées l'une de l'autre par d'épaisses cloisons pseudo-membraneuses. Le trocart, ayant pénétré au centre d'une de ces cloisons, avait permis de la refouler en divers sens dans des mouvements de latéralité étendus, de telle sorte qu'on avait cru avoir pénétré dans une cavité, alors qu'on était au milieu de fausses membranes.

Comme conclusions pratiques, M. Richet conseille d'abord, en cas de pleurésie purulente, de commencer toujours par une simple ponction. Quelquefois une ponction suffit pour amener la guérison, bien que les exemples en soient rares. M. Richet en rapporte un qui par lui-même serait peu probant, car, chez la malade en question, il a persisté pendant un mois une fistule pleuro-cutanée, cas bien différent de celui d'une ponction simple.

Si la ponction simple avec la canule de Reybard ou la ponction sous-cutanée suivant la méthode de M. Jules Guérin n'a pas suffi, il faut recourir soit au drainage, soit à l'incision. Lorsqu'il n'existe pas de fausses membranes libres dans la cavité de la plèvre, M. Richet préfère le drainage, parce qu'il est moins effrayant et entretient une double fistule pleuro-cutanée, suffisante pour permettre au pus de s'écouler continuellement et à la poche de revenir sur elle-même. C'est se rapprocher le plus possible du mécanisme naturel de la guérison spontanée.

M. Richet reconnaît, du reste, les avantages de l'incision pour les cas moins simples, et les excellents résultats que cette opération, suivie d'injections modificatrices, a donnés chez beaucoup de malades qui n'auraient pu guérir autrement. Et alors même qu'il veut employer le drainage, M. Richet, comme son collègue M. Gosselin, commence souvent par pratiquer une large incision.

Il s'en faut donc bien peu que l'accord soit complet entre MM. Richet, Béhier, Gosselin, Jules Guérin.

Tous sont d'avis de commencer par un des genres de ponction, avant de recourir soit à l'incision, soit au drainage.

Tous sont d'avis que l'incision est la meilleure méthode alors qu'il existe des paquets de fausses membranes dans la cavité purulente.

Tous sont d'avis que lorsqu'il s'agit uniquement de pus liquide, l'introduction d'un séton tubulé, d'un tube à drainage, d'un tube ordinaire de caoutchouc ou de quelque autre corps faisant l'office de séton, peut présenter quelque avantage pour faciliter l'écoulement de ce liquide.

Reste à savoir jusqu'à quel point cet avantage est important en général, et si l'incision, sans tube à drainage, mais avec injections fréquentes, est bien inférieure à l'autre méthode dans les cas les plus ordinaires. M. Moutard-Martin a obtenu ainsi douze guérisons sur un total de 17 empyèmes ; et dans les cinq morts, il en est que de graves complications rendaient tout à fait inévitables.

Reste à savoir aussi à quel point la ponction par la méthode sous-cutanée, sans aspiration énergique, sans vide préalable, telle que la pratique M. Jules Guérin, est supérieure à la ponction avec la canule de Reybard, ou même un trocart ordinaire, du moment où la pleurésie est transformée en un vaste abcès.

Enfin, et c'est une des questions les plus controversées, il reste à bien déterminer ce qui résulte en général de l'aspiration proprement dite et presque brutale par les appareils à vide préalable.

Dans la pleurésie purulente, ces appareils peuvent-ils, comme le pense M. Béhier, faciliter la guérison en rapprochant les surfaces granuleuses, quand le poumon n'est pas enfermé sous des

fausses membranes qui l'étreignent? Ou bien, au contraire, nuisent-ils toujours, comme le ferait une ventouse sur une surface enflammée?

Dans la pleurésie simplement séreuse, leur emploi peut-il amener la production du pus? ou est-il toujours innocent, comme l'admet M. Béhier?

Voilà donc encore des points douteux, mais ils ne peuvent être éclaircis que par la pratique.

La discussion a déjà donné tout ce qu'elle pouvait donner : elle a mis en saillie ce qui devenait certain dans l'état actuel de la science ; elle a conduit à bien poser certaines questions qui sont loin d'être résolues.

Comme vulgarisation, comme critique, il n'y a plus rien, à peu près, à attendre des orateurs. Or, l'enseignement professoral et autoritaire n'a rien à faire à l'Académie.

Il serait donc temps de clore le débat.

Nous sommes obligé de remettre à un autre jour ce que nous voulions dire à propos de pièces pathologiques présentées par M. Oulmont.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. Widal.

Deux kystes hydatiques du poumon simulant une tuberculose aiguë. — Rupture de la loge de l'un d'eux dans la plèvre. — Pleurésie purulente consécutive. — Mort.

(Leçon recueillie par M. ZUBER, médecin aide-major de 2e classe.)

Le nommé T..., Célestin, âgé de 22 ans, soldat à la 2e section d'ouvriers d'administration, entré à l'hôpital du Gros-Caillou le 9 mai 1872.

Il raconte que le matin du même jour, à peine levé, il fut pris subitement d'un malaise extraordinaire, accompagné bientôt de vomissement, d'un violent point de côté à gauche et surtout d'une extrême oppression. Le médecin du corps le fait entrer sur-le-champ et d'urgence à l'hôpital.

Le malade est examiné le 10 mai à la visite du matin. C'est un jeune homme d'une belle et forte constitution, d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Il n'accuse aucun antécédent héréditaire, et a joui jusqu'à présent d'une santé parfaite.

Figure rouge, vultueuse. Respiration pénible et haletante. La peau est sèche et très-chaude. T. 40°. Le pouls, peu dépressible, rapide. P. 126.

Le point de côté existe encore, mais est bien moins douloureux. Toux fréquente, expectoration facile de nombreux crachats muco-purulents, surmontés de quelques spumosités.

A l'examen de la poitrine, sonorité normale en avant, des deux côtés. Respiration forte, un peu soufflée à l'expiration, sans aucun râle. En arrière du côté droit, sonorité et respiration normales. A gauche, légère matité à la base. A la partie supérieure de cette matité, et en un point très-limité, on perçoit distinctement du souffle tubaire, sans râles crépitants. La voix a une résonnance qui rappelle l'égophonie, cependant l'élasticité de la paroi est conservée, ainsi que les vibrations thoraciques. Quelques râles muqueux dans le reste du poumon.

Rien au cœur.

La fièvre est considérable et s'accompagne des symptômes ordinaires, c'est-à-dire de perte d'appétit, de soif violente, d'embarras gastrique. L'abdomen est souple et indolore, les selles normales.

Tisane, bouillon et limonade ; douze sangsues au point douloureux.

11 mai. — Le malade a passé une mauvaise nuit, causée par la toux et une oppression croissante. Cependant, le point de côté a complétement disparu.

Une auscultation très-attentive fait découvrir à la partie moyenne et externe du poumon gauche, à peu près au niveau de l'angle de l'omoplate, un souffle très-fort, accompagné de tintement métallique. Le souffle ne se propage ni d'un côté ni de l'autre, et si l'on pratique la percussion à l'endroit où il siége, on obtient une sonorité légèrement exagérée. Râles muqueux plus abondants.

Les signes stéthoscopiques se réduisent donc à une légère matité de la base gauche ; au-dessus d'elle, une sonorité exagérée ; au même endroit, du souffle avec tintement métallique. Les symptômes, rapprochés de l'invasion brusque de la maladie et de l'expiration prolongée observée en avant, conduisirent M. Widal à admettre l'existence probable d'un pneumothorax causé par des tubercules pulmonaires.

Traitement. Looch opiacé à *dix* centigrammes, kermétisé à *quarante* centigrammes.

13 mai. — Un peu d'amélioration dans les symptômes généraux. La nuit est bonne. L'oppression moins grande. Rien de changé dans la poitrine. Même traitement.

16 mai. — Le malade est très-affaissé et fatigué par une toux incessante. L'expectoration est plus abondante et toujours purulente. La matité a disparu à la base, mais elle existe à l'angle de l'omoplate, à l'endroit où l'on avait observé une exagération de la sonorité. Pas de souffle ce matin ; mais l'on reconnaît facilement l'endroit où on l'a constaté par le caractère métallique qu'y prennent les râles muqueux.

Dans les autres parties du poumon, l'inspiration est presque nulle et l'expiration très-prolongée.

18 mai. — Le souffle a reparu, ainsi que le point de côté. Etat général mauvais, quoique la fièvre soit plus modérée qu'à l'entrée du malade. On peut observer déjà un léger amaigrissement. Le malade ne mange presque pas : à peine un peu de bouillon et un œuf.

Traitement : un vésicatoire *loco dolenti*.

21 mai. — La faiblesse augmente toujours. Nuits très-mauvaises, grande oppression, toux pénible. Pas de diarrhée.

Les signes stéthoscopiques se sont modifiés, depuis le 11 mai, de la façon suivante. Le souffle, si évident les premiers jours, disparaît par moment, puis reparaît toujours au même endroit, présentant un timbre rugueux et raclant, sans propagation latérale. En faisant parler le malade, on entend un ralentissement de la voix, qui rappelle l'égophonie, comme nous l'avons dit, mais qui en diffère par ce fait que la voix évidemment tremblotante, n'est nullement altérée dans son timbre. La matité existe toujours au point précis où l'on entend le souffle, mais la base est actuellement extrêmement sonore, c'est-à-dire que le poumon présente des symptômes directement opposés à ceux du commencement de l'affection.

Toute l'étendue de la poitrine en arrière se trouve remplie par de nombreux râles muqueux et sibilants qui rendent l'inspiration très-prolongée. A la base gauche, vers l'aisselle, quelques râles crépitants fins.

Traitement : même looch Kermès. Huile de morue.

24 mai. — Pas de souffle : grande quantité de râles. Même état.

Traitement : on prescrit 1 gr. de sulfate de quinine en solution dans le but de lutter contre la fièvre.

27 mai. — Même état à la percussion, c'est-à-dire sonorité exagérée à la base gauche et légère matité au milieu du poumon du même côté.

On supprime le sulfate de quinine.

29 mai. — L'oppression a subitement augmenté, et le malade se plaint d'avoir été pris au milieu de la nuit d'un point de côté très-violent, siégeant du côté droit. En effet, la percussion montre à la base du poumon droit une matité assez étendue et d'autant plus appréciable que la base du côté gauche est très-sonore. Pas de souffle ; à la partie moyenne, on entend de nombreux râles d'un timbre fort particulier à cause de leur éclatante résonnance.

Ce nouvel ordre de phénomènes rappelle absolument ceux qui se sont montrés du côté opposé.

1er juin. — Faciès pâle et amaigri. Le malade est miné par la fièvre et très-abattu. Anorexie complète.

La matité de la base droite a beaucoup augmenté ; la respiration est absente ; l'on ne sent plus les vibrations du thorax ; il s'est évidemment formé un épanchement considérable dans la plèvre.

Traitement : un vésicatoire du côté droit.

3 juin. — Même état : *à droite*, un épanchement caractérisé par la matité, l'absence de respiration et de vibrations thoraciques ; *à gauche*, à la base, sonorité, au-dessus, matité accompagnée de souffle, de râles et d'une résonnance extraordinaire de la voix.

Ces phénomènes sont assez fugitifs, c'est-à-dire que, d'un jour à l'autre, ils reparaissent et disparaissent. Il en est de même des nombreux râles crépitants qui depuis l'invasion de la maladie n'ont cessé de se faire entendre, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, revêtant les timbres les plus bizarres et les plus extraordinaires.

7 juin. — Mêmes phénomènes stéthoscopiques.

L'état général est de plus en plus mauvais : des sueurs nocturnes extrêmement abondantes se sont jointes aux précédents symptômes.

Traitement : phosphate de chaux, 3 gr. en 3 paquets.

12 juin. — Le malade a été pris hier, dans la journée, d'un violent point de côté, à gauche, accompagné de nombreux crachats rouillés. Le souffle est plus retentissant ; pas de râles crépitants ; persistance de la sonorité exagérée à la base.

Dyspnée extrême. Toux incessante. Les sueurs n'ont point cessé. Les oscillations ont une ampleur plus grande, sans que l'on observe de frissons. Le malade baisse à vue d'œil.

13 juin. — Accès de suffocation la nuit passée ; cyanose ; sueurs froides ; extrémités glacées. Pouls filiforme extrêmement fréquent.

Ce matin, l'état est un peu meilleur.

La matité du côté droit est masquée, à sa partie supérieure, par un son tympanitique qui s'étend jusqu'au milieu de l'omoplate. Souffle et tintement métalliques. Il s'est probablement formé de ce côté un pneumothorax assez considérable.

Le reste du poumon semble fortement congestionné ; la respiration y est presque insensible et couverte par de nombreux râles sous-crépitants.

Traitement. Thé alcoolisé. Café.

14 juin. — Le malade est de plus en plus oppressé, et l'on peut prévoir sa fin prochaine. Il meurt, en effet, le 15 juin, à 1 heure du matin.

Même état des phénomènes stéthoscopiques : du côté droit, un pneumothorax succédant à un épanchement ; du côté gauche, ces symptômes ambigus qui ne se rapportent à aucune maladie précise.

(*A suivre.*)

NOTE SUR L'ÉRYSIPÈLE (1).

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 24 juillet 1872, par M. Chassaignac.)

Il y a, j'en conviens, dans les débuts du processus pathologique, qui préside à l'apparition de l'angioleucite et à ses relations avec l'érysipèle, quelque chose de difficile et de confus qui trouble l'intuition nette des deux maladies considérées en elles-mêmes, et dans leurs relations entre elles, comme pouvant se produire l'une par l'autre.

Nous n'avons pas la preuve qu'une angioleucite pure puisse engendrer un érysipèle, nous n'avons pas la preuve qu'un érysipèle puisse donner lieu à une angioleucite réticulaire, mais nous savons de science certaine, qu'un érysipèle précédé ou non précédé d'une angioleucite par plaques peut déterminer l'inflammation des cordons et des ganglions lymphatiques.

C'est là que se trouve une difficulté pathogénique très-grande. Beaucoup de suppositions sur les origines respectives des deux maladies peuvent être présentées. Nous en examinerons quelques-unes, mais la position que nous font dans ces débats les assertions que nous avons émises jusqu'ici, notre position comme dualiste ou séparatiste, ne nous oblige nullement à fournir l'explication de ces particularités.

Si nous y parvenions, tant mieux pour nous, et tant mieux pour tout le monde. Mais notre thèse, quoi qu'il advienne, n'en subsiste pas moins quand elle affirme que les deux maladies sont différentes.

Les diverses suppositions qui peuvent être émises sur les origines comparées de l'angioleucite réticulaire et de l'érysipèle, sont celles-ci :

On peut admettre que, dans l'érysipèle, il y a toujours angioleucite réticulaire par plaques, au début, c'est-à-dire inflammation préalable, petite ou grande, du réseau lymphatique, à laquelle vient se joindre l'inflammation des réseaux sanguins, soit que provoquée par la même cause, elle ne fasse son apparition qu'ultérieurement à celle de l'angioleucite réticulaire, soit qu'elle ait pour cause cette angioleucite réticulaire, se transmettant par voisinage, par juxtaposition, aux réseaux sanguins. Mais dans cette supposition, les deux maladies, alors même qu'elles seraient toujours engendrées l'une par l'autre, toujours concomitantes ou reconnaissant une cause commune à toutes les deux, n'en seraient pas moins deux maladies différentes.

Du reste, voulez-vous satisfaire votre désir intense d'unification des deux maladies, épuiser toutes les suppositions qui pourraient le mieux tendre à établir cette unification ? Vous pouvez le faire, mais je vous préviens que ce sera sans résultat. Admettez donc :

1° Que, des deux maladies, l'angioleucite ou l'érysipèle, l'une précède constamment l'autre.

2° Que les deux lésions sont produites par une même cause et marchent de compagnie.

3° Que l'angioleucite préalable soit toujours la cause obligée de l'érysipèle.

Vous aurez beau supposer et supposer encore, vous ne ferez jamais que les deux maladies, plus ou moins mélangées à leur berceau, plus ou moins engendrées l'une par l'autre, ne sont pas des maladies distinctes.

La fréquence comparative des localisations affectées par telle ou telle des deux maladies est indicatrice.

Pas ou peu d'érysipèles là où il y a peu de réseaux sanguins ; pas d'angioleucite réticulaire là où il y a peu de réseaux lymphatiques.

C'est de cette circonstance que j'ai tiré cette loi d'observation, en vertu de laquelle, des deux hémisphères résultant d'un plan fictif, vertico-transversal, divisant la tête en hémisphère antérieur et émisphère postérieur, l'hémisphère antérieur est érysipélateux et l'hémisphère postérieur angioleucitique.

La loi des affinités régionnaires électives de l'érysipèle pour les régions à prédominance des réseaux sanguins et de l'angioleucite pour les régions à prédominance des réseaux lymphatiques, ne repose pas sur autre chose que sur des faits d'observation généralisés.

Ce qui rend si grande la différence des effets produits sur l'économie par l'angioleucite et par l'érysipèle, c'est que l'angioleucite marche suivant les lignes naturelles d'une transmission circulatoire régulière, tandis que la transmission par les réseaux sanguins sous-épidermiques va droit au sang.

L'une est un envahissement graduel, progressif, méthodique en quelque sorte ; l'autre est un envahissement direct et en quelque façon d'emblée, une pénétration brutale et non préparée dans le courant sanguin.

J'admets l'épidémicité et la contagion de l'érysipèle, parce que l'ensemble des témoignages recueillis sur ce point par des chirurgiens de notre époque me paraît trop imposant pour ne pas être tenu en grande considération. Mais j'avoue franchement que je n'ai jamais vu d'exemples d'une épidémie d'érysipèles dans les différents services que j'ai occupés au milieu des hôpitaux de Paris.

Je n'ai eu, en somme, qu'un très-petit nombre d'érysipèles, et

(1) Fin. — Voir les numéros des 3 et 6 août 1872.

jamais de ces épidémies qui désarment le chirurgien en face d'indications opératoires à remplir.

Non, je n'ai jamais connu cette abstention forcée, et, je dois le dire, je rapporte une grande part de ce résultat aux trois principales formes de ma thérapeutique : *l'écrasement linéaire, le drainage et les pansements par occlusion.*

Conclusions. — 1° Il y a aujourd'hui, en chirurgie, deux opinions contradictoires au sujet de l'érysipèle : l'une qui admet l'identité entre l'érysipèle et l'angioleucite, l'autre qui repousse cette identité.

2° Quoique constituant deux maladies différentes, l'érysipèle et l'angioleucite s'accompagnent d'engorgement des cordons et des ganglions lymphatiques.

3° La différence caractéristique des deux maladies dans les réseaux lymphatiques sous-épidermiques comparés aux réseaux sanguins.

4° L'angioleucite généralisée peut parcourir successivement toutes les régions de la surface du corps en conservant les caractères propres à la plaque réticulaire primitive.

5° Une erreur préjudiciable à la connaissance vraie de l'érysipèle consiste à croire que l'angioleucite n'est pas une maladie parfaitement distincte de l'érysipèle.

6° C'est dans l'étude comparée des caractères différentiels de la plaque angioleucitique et de la plaque érysipélateuse que se trouve la solution de la question.

7° Les affinités régionnaires de l'érysipèle et de l'angioleucite sont réglées par la richesse respective des réseaux sanguins et des réseaux lymphatiques dans les diveres régions du tégument cutané.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 août 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une demande du consul général d'Autriche Hongrie à Paris, tendant à ce que, dès à présent et jusqu'à la fin de l'exposition de Vienne, c'est-à-dire jusqu'au mois d'octobre 1873, des renseignements périodiques lui soient transmis sur l'état de la santé publique en France ;

2° Un rapport de M. le docteur Chavernac, sur une épidémie de variole qui a régné à l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône), du mois de mai 1870 au mois de mai 1871 (Commission des épidémies).

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret en date du 23 juillet courant, par lequel l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs de 10,000 francs qui lui a été fait par M. le docteur Falret.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend : un rapport de M. le docteur Évrard sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Beauvais en 1871 (Commission des épidémies).

M. Amédée Latour présente, de la part de M. Félix Achard, une brochure intitulée : *La résino-thérapie chirurgicale.*

M. Larrey présente, au nom de M. le docteur Bouchard, un volume intitulé : *Nouveaux éléments de physiologie humaine,* par M. le professeur Woundt, d'Heidelberg.

M. Tardieu offre en hommage un ouvrage intitulé : *Études médico-légales sur la folie.*

M. Gavarret présente, de la part de M. le docteur Maurice Perrin, la deuxième partie du *Traité pratique d'ophthalmoscopie et d'optométrie.*

M. Wurtz dépose sur le bureau :

1° Une brochure intitulée : *Notice sur l'hôpital civil de Strasbourg pendant le siége et le bombardement,* par M. le docteur Gross ;

2° Une note sur la conservation du vaccin, par M. Melceus (de Belgique).

M. Béclard communique la liste suivante des mémoires ou ouvrages qui ont été adressés pour concourir aux divers prix de l'Académie :

MÉMOIRES REÇUS POUR LES CONCOURS ACADÉMIQUES

Prix de l'Académie. — N° 1. Épigraphe : « Ille solus morbum curavit qui ejus causas cognovit, noscere enim causam morbi est noscere arcanum, etc. »

N° 2. — « Ce qui accompagne la maladie, ce sont des symptômes, et si l'on examine attentivement leur nature, etc., etc. »

Prix Portal. — Aucun mémoire.

Prix Civrieux. — N° 1. « L'alcool, présent le plus funeste qu'ait pu faire aux humains la colère céleste. »

N° 2. — « Ne intueris vinum quando flavescit, cum splenduerit in vitro color ejus ; ingreditur claude, etc., etc. »

Prix Barbier. — N° 1. « Sugli aneuvrismi dell' aorta toracica, » par M. Cimiselli.

N° 2. — « Métallothérapie. — Application des métaux aux eaux de Vichy, » par M. Burcq.

N° 3. — « De la guérison du tétanos. Tout le succès du remède est dans la dose. »

N° 4. — « Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx, » par M. Mandl.

N° 5. — « Mémoire sur l'empoisonnement par le phosphore et son traitement par l'essence de térébenthine à l'intérieur, » par M. P. E. Andant.

N° 6. — « Mémoire sur la prothèse faciale, avec suçoir salivaire, » par M. Ch. Delalain.

Prix Capuron. — N° 1. « Felix qui potuit rerum cognoscere causas. »

N° 2. — « Le biberon doit être le pis-aller du sein. »

N° 3. — « Lac humor inter humores corporis humani candidissimus, dulcissimus, ex quacumque materia paratus fuerit. »

N° 4. — « Il faut qu'une nourrice soit aussi saine de cœur que de corps. »

N° 5. — « Felix qui potuit rerum cognoscere causas. »

N° 6. — « Quæ lactat mater magis, quàm quæ genuit. »

Prix Godard. — N° 1. « Les lois de la vie, » par M. Rambosson. (Retiré du concours ayant été couronné par l'Institut.)

N° 2. — « De la sciatique, » par M. Lagrelette.

N° 3. — « Des pulsations gastriques, » par M. Ulysse Lavit.

N° 4. — « Du mal perforant, » par M. Poncet.

N° 5. — « Contagion du choléra démontrée par l'épidémie de la Guadeloupe, » par M. A. Pellarin.

N° 6. — « Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse, » par MM. Huchard et Labadie.

N° 7. — « Études sur les myélites chroniques diffuses, » par M. Hallopeau.

N° 8. — « Cancer primitif des voies biliaires, » par M. Willard.

N° 9. — « J'ai voulu prendre ma part à l'œuvre de rénovation, et j'ai tenté de labourer un petit coin du vaste champ de... la médecine. » (Anonyme.)

N° 10. — « Pathologie de la rate, » par M. G. Peltier.

N° 11. — « Abcès et infarctus du foie et de la rate, » par M. J. Arnould.

N° 12. — « Le délire des persécutions, » par M. Legrand du Saule.

N° 13. — « De la contracture hystérique permanente, » par MM. Beurneville et Voulet.

Prix Orfila. — N° 1. « De la vue distincte considérée dans ses rapports avec la médecine légale. » « Oculos habent et non semper recte videbunt. »

N° 2. — « La différence de doctrine dépend de la différence de définitions. »

Prix Lefèvre. — N° 1. « Le cœur a ses raisons que la raison ne comprend pas. »

N° 2. — « Natale solum omnes dulcedine cunctos ducit, et non sinis immemores esse sui. »

N° 3. — « Super flumina Babylonis, illic et flevimus, cùm recordaremur Sion. »

Prix Rufz de Lavison. — Aucun mémoire.

Prix Saint-Lager. — Aucun mémoire.

M. JULES GUÉRIN. Je demande la parole à l'occasion du procès-verbal. En parcourant les derniers bulletins des décès de la ville de Paris, j'ai vu notés, dans l'espace de quinze jours, 72 cas de mort par diarrhée cholériforme chez les enfants, et 11 cas de choléra nostras terminés par la mort chez les adultes. Il me semble qu'il y aurait lieu de faire une enquête sur la véritable nature de ces cas de choléra dit *nostras*, et de rechercher quels rapports existent entre eux et le choléra asiatique.

M. LE PRÉSIDENT. L'Académie ne peut qu'inviter les médecins à faire connaître les cas de ce genre qu'ils auraient eu l'occasion d'observer.

M. LARREY. Chaque fois qu'on signale un cas de choléra, le conseil d'hygiène fait faire une enquête par un de ses membres. C'est ainsi que j'ai eu tout récemment l'occasion d'observer un cas de choléra dans l'un des quartiers les plus populeux de Paris, et je me suis assuré que c'était tout simplement un cas de choléra sporadique : aucun cas semblable n'existait dans le quartier. Le sujet qui a succombé était un ouvrier vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques, atteint de diarrhée depuis quelque temps, et se livrant, malgré cela, à des excès.

M. JULES GUÉRIN. Je remercie M. Larrey de sa communication; mais je rappellerai que M. Bouillaud a communiqué, il y a quelque temps, à l'Académie un cas de choléra dit *nostras* observé dans son service, à l'hôpital de la Charité, et terminé par la mort. Ce cas, a dit M. Bouillaud, ressemblait de tous points au choléra asiatique. Il serait intéressant de voir si les cas de ce genre portés actuellement sur le bulletin des décès présentent ce caractère de ressemblance avec le choléra indien.

M. BOUILLAUD. Tout cas de choléra nostras terminé par la mort mérite d'être pris en sérieuse considération.

LECTURE

M. ROUCHER lit un travail ayant pour titre : *Résumé de mes expériences sur la digitaline.*

Discussion sur la thoracentèse et l'empyème.

M. RICHET prononce un discours sur les abcès pleuraux. (Voir le Premier-Paris.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

Endocardite ulcéreuse. — M. OULMONT, médecin de l'hôpital Lariboisière, présente à l'Académie les cœurs de deux hommes morts dans son service, et sur l'endocarde desquels il a trouvé des masses considérables de végétations pédiculées, longues et flottantes. Ces végétations, dont l'origine et les causes n'ont pu être déterminées, ne paraissent pas par elles-mêmes produire d'accidents sérieux, mais, par leur fragmentation, elles ont donné lieu à la migration d'embolies multiples, qui sont venues obturer depuis les capillaires jusqu'aux vaisseaux d'un médiocre volume, et ont amené des suffusions sanguines, des infarctus, des ramollissements, et qui, dans les deux cas observés, ont amené la mort.

M. Oulmont pense que ces deux faits pourraient se rapporter à une variété particulière d'endocardite dite végétante. Cette variété se rapprocherait de l'endocardite ulcéreuse, à laquelle elle ressemble par les formations emboliques, mais dont elle paraît différer par la marche de la maladie et l'absence de symptômes généraux typhoïdes ou pyohémiques.

OBS. I. — *Endocardite végétante. — Embolies multiples. — Hémorrhagies interstitielles.— Infarctus dans le poumon, le cœur, la rate. — Gangrène du pied gauche par oblitération artérielle.*

Un homme de 47 ans, sans aucune maladie antérieure, ni rhumatismale ni autre, a été pris, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, d'œdème des jambes, de quelques douleurs à l'hypochondre droit et d'un point de côté assez violent, dont la persistance l'a déterminé à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on constate l'existence d'un œdème considérable des jambes et des cuisses. Les orteils, à la surface plantaire du pied droit, sont froids, violacés; il existe à la peau des phlyctènes d'apparence gangréneuse.

Toute la surface du corps est parsemée de taches de purpura abondantes aux extrémités. Des ecchymoses plus ou moins étendues se voient au scrotum, sur le thorax, etc.

Il existe un point de côté assez violent dans la région mammaire droite. Il y a peu de toux, peu d'expectoration sans caractère; mais le malade est très-oppressé (40), et l'examen révèle l'existence de râles nombreux, bullaires et vibrants, dans toute la poitrine.

Le cœur ne paraît pas volumineux. A l'auscultation, on trouve un bruit de souffle assez fort vers la pointe, sans vibrations ni impulsions exagérées. Ces caractères n'ont pas varié, le souffle est devenu plus net; le pouls a toujours été régulier, assez fort, et a oscillé entre 90 et 104. Le foie et la rate sont volumineux et douloureux à la pression.

Pendant les cinq jours que le malade passa à l'hôpital, l'œdème des extrémités inférieures augmenta, la gangrène de la face plantaire et des orteils du pied gauche se caractérisa. Les battements de l'artère plantaire gauche ont toujours été sensibles.

Les ecchymoses sous-cutanées devinrent plus nombreuses, plus étendues, pâlirent un peu.

Les symptômes de congestion pulmonaire et de pneumonie hypostatique augmentèrent, mais la fièvre resta toujours presque nulle; la température a constamment varié entre 36°,5 et 38°,5. Le malade mourut à la suite d'un affaissement subit.

A l'autopsie, on trouva d'abord une hypertrophie assez considérable du ventricule gauche, puis on découvrit un grand nombre de végétations volumineuses siégeant sur les valvules aortiques, sur les cordages tendinaux et la valvule mitrale.

Ces végétations siégent sur la face ventriculaire des valvules sigmoïdes de l'aorte; elles naissent de toute la surface de ces valvules, en nombre variable, jusqu'à trois ou quatre; elles sont pédiculées, sessiles ou filiformes; quelques-unes sont mobiles et flottantes. Leur longueur varie depuis l'état miliaire jusqu'à 1 ou 2 centimètres; quelques-unes se bifurquent et se trifurquent. Sur l'orifice mitral et les cartilages, on trouve un semis de végétations aplaties, mais poussant des prolongements effilés et flottants. Ces végétations sont formées par des granulations miliaires accolées et se désagrégeant avec facilité.

Le ventricule droit présente, dans son épaisseur, une petite tumeur piriforme qui couvre une cavité renfermant une matière puriforme, et qui paraît être un infarctus en voie de régression.

Il y a des infarctus dans la rate, les reins, avec oblitération des artères correspondantes.

Le foie est volumineux, congestionné, avec une teinte ecchymotique, sans infarctus.

Les artères sont oblitérées dans leurs extrémités capillaires, et particulièrement dans l'artère plantaire interne du pied gauche on trouve des caillots rougeâtres adhérents, etc.

Cette observation est un type de l'endocardite végétante. Végétations cardiaques nombreuses, embolies multiples dans la plupart des organes, jusque dans les capillaires de la peau; embolies dans les viscères ayant déterminé des accidents mortels, sans fièvre, sans accidents typhoïdes ou septicémiques. Ces caractères sont suffisants pour la différencier de l'endocardite ulcéreuse.

L'observation suivante est moins caractérisée que la précédente. Le malade a offert des symptômes fébriles, d'apparence typhoïde, très-prononcés; mais, comme il n'a été trouvé que des végétations et nulle ulcération sur l'endocardite, M. Oulmont se demande si l'état typhoïde n'a pas été un symptôme ultime, ou si on ne doit pas le rattacher à l'encéphalite hémorragique qui a été constatée.

OBS. II. — *Endocardite végétante. — Accidents typhoïdes. — Encéphalite hémorrhagique. — Embolies dans tous les viscères avec infarctus.*

Un jeune homme est apporté à l'hôpital, en proie à une fièvre violente et dans un état de coma complet. Le pouls est très-fréquent, 120; la température élevée. Il n'y a aucun renseignement et le malade ne répond pas aux questions. Il est immobile sur le dos, pousse de temps en temps des cris inarticulés; les pupilles sont dilatées, les narines sont pulvérulentes. Les bras sont demi-fléchis, contracturés; les jambes sont allongées et roides, la tête est renversée sur la nuque comme dans l'opisthotonos. La bouche est sèche et fuligineuse, le ventre est volumineux, très-ballonné et résonnant; il y a une diarrhée très-abondante, selles et urines involontaires.

La surface de l'abdomen est parsemée de taches qui ressemblent absolument aux taches rosées lenticulaires.

Le malade, qui était agonisant à la visite, est mort dans la journée.

A l'autopsie, on trouve le cœur hypertrophié, surtout dans le ventricule gauche. Péricarde très-adhérent.

Les valvules sigmoïdes sont saines, mais l'orifice mitral est élargi et la valvule, sur sa valve droite, à l'insertion des cordages, est le siége de végétations de volume variable, depuis une lentille jusqu'à un pois, pédiculées, mais la plupart sessiles, lisses et flottantes. Ces végétations ont une surface granulée, mais à contours lisses; elles paraissent peu consistantes. Sur la valve gauche, on voit une grosse végétation pyramidale, à base large de 1 centimètre carré et d'une longueur de 2 centimètres, et flottant librement dans le ventricule. Au-dessus de celle-ci, il y a au moins deux ou trois petites végétations grenues.

Les méninges sont très-adhérentes aux circonvolutions; sur les deux hémisphères, on trouve trois ou quatre points où il existe de véritables hémorrhagies méningées circonscrites, de 2 à 4 centimètres de diamètre; la substance cérébrale est très-fortement piquetée et renferme, dans les points correspondants, soit des taches hémorrhagiques peu étendues, soit des infarctus avec ramollissement cérébral circonscrit.

Les poumons, les reins, le foie, renferment des infarctus, dans lesquels on discerne nettement le vaisseau oblitéré au milieu d'un exsudat plus ou moins organisé.

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1872 (1). — Présidence de M. MOISSENET.

M. POTAIN termine ainsi la lecture de son travail :

Mais en quoi et dans quel cas cela peut-il être utile? C'est ce qu'il nous faut examiner maintenant.

En premier lieu, même au point de vue du danger de mort subite, il n'est pas indifférent de laisser subsister longtemps un de ces épanchements médiocres contre lesquels on ne songeait point jusqu'ici à employer la thoracentèse. On a vu, en effet, cette terminaison funeste survenir dans des cas de ce genre.

D'un autre côté, je crois que, évacuer de bonne heure le liquide qui s'accumule dans la plèvre peut n'être pas sans influence très-notable sur la durée totale de la maladie. Et voici ce qui me le fait penser.

Il n'est aucun de nous, messieurs, qui n'ait rencontré certaines pleurésies à épanchement abondant, dont la résolution ayant marché d'abord assez rapidement sous l'influence d'un traitement purement médical, s'arrête tout à coup et cesse pendant longtemps de faire aucun progrès. Au bout de quinze jours ou trois semaines, le niveau du liquide est arrivé, je suppose, au tiers ou au quart de la poitrine; mais il reste là. On insiste vainement sur les vésicatoires, les purgatifs, les diurétiques, la diète sèche. Rien ne bouge plus.

A cette époque, le malade n'a plus de fièvre, plus de douleur, aucun trouble fonctionnel appréciable. Il serait véritablement guéri n'était ce peu d'eau qu'il conserve dans la poitrine, et cependant on n'ose point l'abandonner à lui-même, ce peu d'eau paraissant toujours, non sans raison assurément, comme une épine menaçante laissée par la maladie.

Pour que le liquide, me disais-je en présence des cas de ce genre, reste absolument stationnaire, c'est apparemment que l'exhalation et l'absorption se font exactement équilibre dans la plèvre. En tout cas, il ne paraît y avoir plus aucune tendance à la production d'un liquide nouveau. Si donc on venait à extraire ce qui en reste, la maladie serait par le fait et définitivement terminée. Maintes fois je me sentais bien fortement tenté, comme plus d'un de mes confrères, sans doute, de demander à la thoracentèse une solution qui se faisait si longtemps attendre. Je m'arrêtai toujours devant la crainte de faire subir au malade, en vue d'un résultat encore problématique, une opération après tout assez douloureuse, devant celle surtout de rencontrer, au bout de mon trocart, une portion du poumon assez rapprochée déjà de la paroi thoracique.

C'est en vue d'un de ces cas spéciaux que je fis d'abord construire le petit instrument que je vous présentais tout à l'heure. Rassuré dès lors par l'innocuité évidente d'une si petite piqûre, je ponctionnai sans crainte ces épanchements et les évacuai en effet sans difficulté. Mais mon espoir se trouva déçu et ma logique mise en déroute. Le liquide se produisait toujours. Il s'en reproduisait juste autant que j'en avais tiré. Son niveau remontait assez rapidement au point qu'il occupait avant la ponction, et il s'arrêtait là. Et lorsque je tentais d'y revenir à court intervalle, les choses se passaient encore à peu près de la même façon. Il faut bien le reconnaître, j'avais manqué mon but. Mais j'avais recueilli, je pense, un enseignement utile.

Pourquoi, en effet, cette reproduction constante d'une quantité déterminée de liquide? Était-ce qu'un kyste, formé par de fausses membranes empêchait l'épanchement de s'élever davantage et l'arrêtait à un point précis ? Ce fut la première interprétation qui me vint à l'esprit, mais elle ne s'est point trouvée exacte. D'abord, l'enkystement des épanchements séreux un peu anciens n'est pas, à beaucoup près, aussi fréquent qu'on l'imagine en général, et les fausses membranes ne me paraissent pas remplir du tout le rôle considérable qu'on est accoutumé de leur faire jouer dans ces cas-là; puis je ne tardai pas à voir les choses se passer comme je viens de le dire, dans des cas où la mobilité évidente du niveau de l'épanchement, sous l'influence des changements de position du malade, prouvait de la façon la plus certaine l'absence de tout enkystement. Il devenait donc évident que la soustraction même du liquide provoquait sa reproduction, et que la présence de ce liquide, en quantité déterminée dans la plèvre, était nécessaire pour que la sécrétion s'arrêtât. Voilà, j'imagine, comment cela se peut expliquer.

Il existe normalement dans la plèvre, ainsi que vous savez, une sorte de vide virtuel ou d'aspiration constante déterminés par la tendance également constante à se rétracter que le poumon doit à son élasticité d'abord, et sans doute aussi à l'action de ses éléments contractiles. Dans l'état sain, cela ne provoque point à la surface de la plèvre une exhalation telle que du liquide s'accumule dans sa cavité, parce que les parois vasculaires y résistent suffisamment; mais, lorsque cette membrane est le siége d'une irritation plus ou

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

moins inflammatoire qui tend à produire l'exhalation de la sérosité, on conçoit que l'aspiration pleurale, agissant d'une manière incessante à la façon d'une grande ventouse, favorise ce travail d'exhalation et y apporte un appoint. De là vient que l'exhalation continue jusqu'à ce que l'accumulation du liquide ait satisfait l'élasticité pulmonaire dans une mesure telle qu'il s'établisse une sorte d'équilibre entre les forces qui retiennent la sérosité dans les vaisseaux et celles qui tendent à l'en faire sortir. On conçoit maintenant que si l'aspiration pleurale est exagérée, si la rétraction pulmonaire agit avec plus de force, il se peut faire que l'exhalation de sérosité se produise encore alors même que tout travail inflammatoire semble avoir disparu. Or, c'est ce qui a lieu quand le poumon est demeuré plus ou moins longtemps comprimé par un épanchement inflammatoire. Il s'affirme dans toute la partie comprimée, s'infiltre, perd notablement de sa souplesse et prend une sorte de rigidité qui lui fait opposer une singulière résistance à l'air qui le voudrait distendre. On s'en peut assurer facilement quand, dans une autopsie, on cherche à l'insuffler. Aussi l'épanchement pleural tendra-t-il incessamment à se reproduire quand on l'aura extrait et se reproduira-t-il jusqu'au point où la rétraction pulmonaire est satisfaite, aussi longtemps que le poumon n'aura pas repris sa souplesse primitive.

Il y a donc un intérêt bien évident à laisser subsister le moins possible ces sortes d'épanchements, puisque leur action toute mécanique et les changements nutritifs qu'ils entraînent dans le poumon comprimé sont une cause de persistance pour eux; puisque, enfin, le fait seul d'avoir longtemps séjourné dans sa cavité rend la présence du liquide en quelque sorte indispensable à la plèvre et sa reproduction à peu près inévitable. La thoracentèse capillaire, en fournissant le moyen d'évacuer le liquide dès qu'il se trouve en quantité suffisante pour exercer une compression notable sur le poumon, a chance, par conséquent, d'abréger notablement la durée des épanchements pleuraux. Ainsi seulement je m'explique comment, après deux ou trois piqûres dont chacune vide en partie la plèvre, un épanchement jusque là très-rebelle finit par ne plus se reproduire. Ainsi, il se trouve que cette simple piqûre, outre l'avantage d'évacuer un liquide incommode ou dangereux, peut avoir encore une action réellement curative et une influence notable sur la durée totale de la maladie.

Quant à l'application de ce mode d'évacuation aux collections purulentes de la plèvre, j'aurai peu de chose à en dire. Bien que j'y fusse peu encouragé par mon expérience personnelle, les faits remarquables publiés par M. Bouchut, les heureux résultats que notre collègue dit avoir obtenus de cette pratique chez les enfants, m'ont décidé à faire de nouvelles tentatives chez l'adulte. Jusqu'ici, j'ai toujours vu que l'une des piqûres finissait par devenir fistuleuse, comme si une plasticité moindre ne permettait pas aux adultes de cicatriser aussi solidement ces petites plaies au contact de la suppuration. Il n'a donc pas été possible d'obtenir de ce procédé seul la guérison définitive. Néanmoins, ce n'est peut-être pas un moyen à négliger pour amener une rétraction plus ou moins notable des grands kystes purulents avant d'en venir à l'opération plus radicale qui doit mettre leur vaste surface en communication plus ou moins directe avec l'extérieur. L'expérience a encore, ce me semble, tout à dire à cet égard.

En résumé, messieurs, je crois que la thoracentèse, à l'aide des instruments capillaires, peut être employée d'abord dans les cas où jusqu'ici on pratiquait cette opération avec la canule de Reybard; que, dans ces cas-là, elle est seulement un moyen plus doux et moins pénible pour les malades et qui rend facile d'opérer l'évacuation complète de la plèvre en plusieurs fois, quand on juge utile de la faire;

Que, appliquée aux épanchements médiocrement abondants, elle doit, pour un certain nombre d'entre eux, abréger notablement la durée totale de la maladie, en même temps qu'elle supprime la part de danger que ces sortes d'épanchements font encore courir aux malades;

Enfin, lorsqu'il s'agit de pleurésies purulentes, qu'elle peut être employée au moins comme moyen provisoire, de manière à réduire les dimensions du kyste avant qu'on en vienne à l'œuvre d'une façon définitive.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 93. — SAMEDI 10 AOUT 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 10 AOUT 1872. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du traitement de la pneumonie. — Promenade dans les hôpitaux : Orchite suraiguë suppurée chez un vieillard. Procidence de l'utérus. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la pneumonie.

(Quatrième article.)

Ce qui domine toute question de thérapeutique, particulièrement en ce qui touche la pneumonie, nous l'avons vu, c'est ce que l'École italienne avait nommé *la tolérance*.

Avant d'aller plus loin, rendons-nous donc bien compte de ce qu'est cette tolérance.

Comme fait d'observation, fait expérimental, c'est la faculté qui se développe, sous l'influence d'un état morbide, de *tolérer* sans intoxication certaines substances toxiques, à des doses qui seraient funestes chez l'homme sain.

On dit qu'il y a tolérance, dans la pneumonie, pour l'émétique quand on peut sans inconvénient l'employer à doses massives, suivant la méthode de Rasori.

Il y a tolérance pour la digitale quand, sans provoquer de trouble grave dans les fonctions vitales, on peut monter jusqu'à 20 grammes de teinture, et peut-être plus, dans les vingt-quatre heures.

On a également noté la tolérance pour tel ou tel remède dans beaucoup d'autres maladies, notamment pour l'opium dans le *delirium tremens;* et c'est justement à propos du *delirium tremens* qu'un professeur très-distingué de la Faculté de Paris avait admis le défaut d'absorption comme explication générale du phénomène *tolérance.*

Mais si l'abolition complète de l'absorption dans tout l'appareil digestif est, à la rigueur, supposable au milieu d'un accès aigu de *delirium tremens*, quand tout l'être est dans un désordre comparable à une tempête, il n'en est certes pas ainsi chez un malade qui s'alimente et accuse de l'appétit.

Or, des pneumoniques qui tolèrent la digitale à hautes doses depuis plusieurs jours, n'en demandent pas moins parfois avidement ce qu'on leur permet comme nourriture, et tout prouve qu'ils le digèrent.

Ils arrivent ainsi à la convalescence avec un appétit croissant; et tel n'eût pas été le cas si *tolérance* eût voulu dire *abolition des fonctions digestives.*

Du reste, il ne faudrait pas croire que la *tolérance pathologique*, pour ainsi dire, celle qui paraît se lier à un état morbide et doit disparaître avec lui, soit un phénomène isolé en médecine.

En dehors de toute maladie, alors qu'il est certain que l'absorption a lieu, n'observe-t-on pas des différences individuelles considérables dans la manière dont telle ou telle personne est affectée par tel ou tel poison?

Et si l'on prend une moyenne pour fixer les doses toxiques, n'est-on pas conduit à admettre, chez quelques-uns, un certain degré de *tolérance constitutionnelle et physiologique*, si je puis m'exprimer ainsi?

Ajoutons que la tolérance n'est jamais un fait uniquement et exclusivement pathologique.

C'est la résultante d'éléments dans lesquels la constitution de l'individu entre pour beaucoup.

Aussi, une même lésion de même étendue la développe-t-elle chez les uns et non chez les autres :

Il n'y a pas de pneumonies, mais des pneumoniques, à ce point de vue.

En d'autres termes, la lésion locale est loin de dominer la scène. Mais le malade, plus ou moins jeune, plus ou moins sanguin ou nerveux, l'état de ses forces générales, la façon dont il réagit, la fièvre plus ou moins ardente, sont surtout à considérer.

Cependant il est bien certain que ceux qui tolèrent le mieux, sous l'influence de la pneumonie, la digitale, par exemple, seraient loin de la tolérer en dehors de toute maladie, je ne dis pas seulement à un égal degré, mais à un degré beaucoup moindre.

C'est donc la pneumonie qui développe chez eux la tolérance; et bien qu'elle n'ait pas ce même résultat chez tout le monde, il n'en faut pas moins lui attribuer, en pareil cas, le rôle de cause indispensable, mais insuffisante à elle seule.

Voilà ce qu'apprend l'observation au sujet de la tolérance; mais quand on veut aller plus loin, en venir à l'interprétation de ce phénomène incontestable, on est assez embarrassé.

Comprendre comment une maladie peut atténuer la léthalité de quelque substance toxique n'est pas chose des plus faciles.

Mais il n'est pas non plus facile de comprendre comment une substance toxique peut atténuer la léthalité d'une maladie.

Ce sont là problèmes connexes, que le praticien a sans cesse devant les yeux, et qu'il n'est pas sérieux de vouloir écarter, faute de pouvoir les résoudre, par la négation de leurs données expérimentales.

Parce que, dans les deux cas, le problème est complexe,

parce que remède et maladie ne se neutralisent pas l'un l'autre au même degré chez tout sujet, comme un acide et un alcali se neutralisent dans tout bocal; parce qu'il ne s'agit pas d'un fait purement chimique ou physique, mais d'un fait vital, qui dépend surtout de l'être vivant, il ne faut pas se croire en droit de le méconnaître.

On a voulu dépouiller le mercure de toute action spéciale chez les syphilitiques. Il peut donc venir à l'esprit de ne pas admettre l'action de la digitale chez les pneumoniques qui la tolèrent, et la tolérance pour la digitale qui se développe chez certains pneumoniques.

Mais le vrai praticien prend bientôt l'habitude d'accepter les faits d'observation alors qu'ils lui paraissent le plus inexplicables.

En effet, il faudrait, autrement, renoncer à toute thérapeutique, car rien ou presque rien n'y est encore expliqué d'une façon satisfaisante.

Par exemple, la digitale à très-hautes doses convient surtout chez les pneumoniques qu'on pourrait le plutôt saigner, chez les individus à réaction vive, à fièvre ardente, chez lesquels la pneumonie est *floride* pour ainsi dire. Chez eux, la tolérance est à son maximum et l'amendement corrélatif le plus évident.

Or ce puissant succédané de la saignée et de l'émétique, la digitale, on en fait maintenant un tonique et non un hyposthénisant.

Voici ce qu'en dit M. le professeur Gubler dans ses commentaires thérapeutiques sur le Codex :

« La digitale ralentit le pouls d'une manière remarquable et le fait tomber à 60, 50, 45 et jusqu'à 32 pulsations par minute, du chiffre de 100 à 120 ou 130 qu'il atteignait auparavant. On observe quelquefois la réduction du double au simple exactement, par exemple, de 120 à 60 pulsations, par le fait de l'atténuation progressive, puis de la suppression totale d'une pulsation sur deux en passant par un rhythme formé d'une série de paires de révolutions cardiaques, dans chacune desquelles la première contraction ventriculaire est forte, et la seconde faible, avec un *pouls véritablement redoublé*, analogue au pouls *dédoublé* de la fièvre typhoïde (Gubler). A mesure que le nombre des pulsations diminue, le pouls devient plus plein, plus fort et plus résistant, et la colonne de mercure, dans l'hémodynamomètre, s'élève beaucoup plus haut à chaque coup de piston du cœur (Cl. Bernard). La digitale n'est donc pas un hyposthénisant de la circulation centrale; elle en est plutôt le régulateur et le tonique; elle est moins l'opium du cœur qu'elle n'en est le quinquina (Bouillaud.) »

Un tonique du cœur et des vaisseaux, un excitant proprement dit, agissant dans le même sens que la saignée et l'émétique ! C'est une idée que le praticien aura de la peine à admettre.

Pourtant on invoque à l'appui toute une armée de théories physiologiques, basées les unes sur des vivisections, et les autres sur des tracés sphygmographiques, interprétés d'après les lois que M. Marey a formulées.

Quoi qu'il en soit, du reste, le fait importe plus au praticien que toutes les théories.

Qu'elle agisse ou non par l'excitation du grand sympathique, ce qu'il tient surtout à savoir, c'est dans quel cas la digitale à hautes doses sera tolérée et réussira chez les pneumoniques.

Or, je le répète, ce n'est pas chez les individus débiles, chez les vieillards décrépits, chez ceux qu'on songe à tonifier et chez lesquels il sera bon d'avoir recours à l'alcool ; ce n'est pas chez ceux-là, et ce n'est pas non plus dans les pneumonies secondaires presque sans fièvre ou réaction. Mais c'est, au contraire, alors que la fièvre est le plus franchement inflammatoire chez le sujet le plus robuste.

Le mieux, pour le moment, est donc de faire abstraction de toute autre donnée, pour se rappeler seulement que la digitale forme groupe avec l'émétique et la saignée ; tandis que l'alcool répond à des indications tout autres.

Différente en cela de la saignée et de l'émétique, la digitale est un remède à *longue portée*, pour ainsi dire. L'action ne s'en dessine qu'après un certain temps, et elle dure un certain temps.

Ceci n'avait pas échappé à Wunderlich dans ses belles études sur la température, et, de mon côté, j'ai constaté qu'en administrant la digitale à doses fractionnées, je ne voyais guère se produire, avant le second jour, les effets que j'en attendais et qu'il était dès lors facile de maintenir en continuant l'emploi des mêmes doses.

De même, si je faisais suspendre la digitale alors que son emploi était encore indiqué, l'oppression, la fièvre, etc., recouvraient leur intensité, et la pneumonie reprenait sa marche ascendante environ vingt-quatre heures après cette cessation du remède.

Un phénomène caractéristique que j'ai toujours observé dans les cas où j'avais atteint les limites de la tolérance, m'a permis d'arriver à une certitude presque absolue à ce sujet.

C'est une forme d'insomnie toute spéciale que la digitale produit alors.

Le malade, qui du reste a l'intelligence absolument nette et ne paraît ni absorbé ni très-abattu, se plaint d'être toujours subitement réveillé, en croyant tomber, sitôt qu'il s'endort.

Tantôt cette sensation pénible se mêle à une sorte de rêve, et tantôt elle se produit seule. Dans tous les cas, une secousse traduit ce réveil en sursaut.

Tant qu'on continue la digitale aux mêmes doses, et quelques heures encore après qu'on l'a cessée, ce phénomène met obstacle au sommeil.

C'est un phénomène de saturation, pour ainsi dire, et quand, à tout autre point de vue, la tolérance paraît complète, le praticien doit en tenir le plus grand compte.

On avait dit que les doses de digitale s'accumulaient, comme le font celles de strychnine, par exemple ; M. Legroux se ralliait à cette opinion dans sa thèse.

Mais c'est une erreur évidente, comme l'a du reste remarqué M. le professeur Gubler dans ses commentaires thérapeutiques.

Il suffit, pour en être sûr, d'avoir donné sans inconvénient, pendant cinq ou six jours de suite, les doses les plus élevées que put permettre la tolérance, et c'est ce que j'ai fait souvent, surtout en province.

En effet, les indications de la saignée, celles de l'émétique ou de la digitale à très-hautes doses, continuées longtemps, se rencontrent bien plus rarement à Paris que dans nos provinces de l'Est.

La méthode de M. Bouillaud pour la saignée, celle de Rasori pour l'émétique, et celle qui leur correspond pour la digitale, seraient à Paris plutôt nuisibles, si l'on voulait les généraliser.

Peut-être même y nuiraient-elles plus souvent encore que l'emploi exclusif des alcooliques préconisé par Todd.

Il faut, dans la plupart des cas, y recourir à une médication mixte dont nous parlerons prochainement.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX.

Orchite suraiguë suppurée chez un vieillard.

Dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Saint-Louis, nous avons vu un vieillard chez lequel une orchite s'était produite et avait suppuré, en quelques jours, dans les circonstances suivantes.

Cet homme, âgé de 60 ans, porte plus que son âge. Il est comptable, et il raconte que, depuis quelque temps, il se fatiguait beaucoup, travaillant souvent depuis 6 heures du matin jusqu'à 9 heures du soir, et prenant à peine le temps de manger.

Au commencement de la semaine dernière, un registre assez lourd lui tomba sur les cuisses, et le testicule gauche fut, paraît-il, frappé, mais faiblement, car ce fut à peine s'il s'en aperçut.

Cependant, peu de temps après, il commença à éprouver une douleur vive qui, de la région rénale, s'étendait jusqu'aux aines de chaque côté. En même temps, il avait, dit-il, mal à tous les membres, surtout quand il voulait se mouvoir.

Ce fut le quatrième jour seulement après le début de ces douleurs qu'il remarqua une augmentation du volume des bourses; mais il y fit peu d'attention, car il n'en souffrait pas. Il fit appeler un médecin, mais surtout pour ses maux de reins. Cependant, il existait déjà un gonflement énorme du testicule gauche, et vers le milieu du scrotum, de ce côté, une tumeur fluctuante près de s'ouvrir, qui s'ouvrit en effet spontanément avant que le médecin ait eu le temps d'intervenir comme il devait le faire à sa seconde visite. Ce fut alors, huit jours à peine après le début des accidents, que le malade fut transporté à l'hôpital.

M. Tillaux est un des chirurgiens qui s'occupent le plus de l'instruction pratique des élèves de son service. Il fait examiner longuement chaque entrant par l'un d'eux, et il n'intervient qu'en dernier lieu pour compléter ou rectifier le diagnostic.

Ce qu'il eut surtout à montrer ici, ce fut la sortie de la substance propre du testicule, des tubes séminifères, à travers la plaie fistuleuse qui s'était formée vers la partie moyenne du scrotum. Ainsi, c'était bien le testicule qui se vidait, après avoir si rapidement suppuré sous l'influence d'une inflammation suraiguë. Un peu plus haut, dans le scrotum, on sentait une fluctuation manifeste, et une incision donna issue à une quantité assez notable de pus verdâtre. Deux autres collections purulentes existaient à la partie périnéale du scrotum, vers la racine de la verge; elles furent également ouvertes. C'étaient des abcès de voisinage qui n'avaient aucune communication l'un avec l'autre, et dont la formation ne pouvait s'expliquer, comme la suppuration rapide du testicule, que par la violence de l'orchite. Or, je le répète, le malade n'avait jamais éprouvé de douleur dans la région du scrotum, il ne s'était plaint que des reins, du ventre et des aines. Il avait toujours uriné, du reste, très-librement, et, bien qu'il croie se rappeler qu'un testicule était un peu plus gros que l'autre, il ne saurait dire lequel; il n'accuse pas de blennorrhagie ou d'orchite blennorrhagique dans son passé.

Ce fait est curieux et exceptionnel par l'intensité de l'orchite, la rapidité de sa marche, et l'absence de toute douleur testiculaire.

— Un autre fait digne d'être mentionné dans le même service, est un phlegmon de la région pectorale, survenu chez un homme qui s'était blessé le doigt. L'inflammation, suite de lymphangite, avait passé des ganglions de l'aisselle au tissu cellulaire voisin, et un foyer de suppuration avait fini par se former en dessous du petit pectoral, le long du bord du deltoïde. M. Tillaux, après avoir divisé la peau le long de ce bord, déchirant les aponévroses et écartant les fibres musculaires avec ses doigts, pénétra sur l'abcès, qui donna issue à deux ou trois cuillerées de pus.

Procidence de l'utérus. — Méthode de Sims.

Dans le même hôpital, M. Panas nous a montré une femme qu'il a traitée d'une procidence complète de l'utérus en rétrécissant le vagin suivant la méthode de Sims.

Cette femme avait eu son dernier enfant il y a huit ans; exerçant le métier pénible de déménageuse, elle avait porté des poids très-lourds, et c'est ainsi que peu à peu s'était produit une procidence, qui était complète depuis trois ans quand M. Panas entreprit d'y porter remède. L'utérus pendait entre les jambes, augmenté de volume, car la sonde utérine pénétrait à une hauteur de 9 centimètres; le col était couvert d'ulcérations; le vagin, pâle et sec, avait perdu son aspect de muqueuse.

La vessie avait, bien entendu, suivi le vagin dans sa chute, et des anses intestinales remplissaient le fond de la tumeur. Quand on réduisait cette tumeur, la malade se trouvait, disait-elle, moins à l'aise. Cependant M. Panas tenta la guérison définitive suivant le procédé que Sims a décrit au chapitre v de sa *Chirurgie utérine*. Il aviva de chaque côté la muqueuse vaginale, suivant des lignes qui se rapprochaient au-dessus de l'orifice uréthral, formant ainsi un V tronqué à base supérieure; deux petites lignes d'avivement, que des extrémités supérieures de ce V dirigeaient vers la ligne médiane, mais sans l'atteindre et sans se rejoindre, changeaient presque ce V en Δ retourné. Puis, ces surfaces d'avivement furent rapprochées et réunies par des points de suture, de telle sorte qu'en avant du vagin il se trouvait ainsi formé une sorte de second canal, de *diverticulum* ouvert par les deux bouts.

Les fils ne sont pas encore retirés, sauf les inférieurs, qui ont rompu leurs points de suture; mais les supérieures semblent suffire pour maintenir l'utérus en place, et on espère un succès complet.

Dr Victor Révillout.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

La syphilis est une maladie générale essentiellement virulente, au moins dans les premières phases de son évolution. Elle est le produit d'un véritable empoisonnement. Le virus qui l'engendre a la propriété de se multiplier à l'infini au sein de l'économie, par une sorte de travail latent dont on ne connaît point encore la nature mystérieuse, mais qui paraît avoir quelque analogie avec le phénomène de la fermentation.

Toujours est-il qu'une quantité infinitésimale de virus syphilitique, une fois introduite par absorption dans le courant circulatoire, suscite, après une incubation plus ou moins longue, une série d'actes morbides qui prouvent et traduisent l'infection de l'organisme. Ils la traduisent si rigoureusement qu'ils possèdent et qu'ils conservent longtemps la propriété de reproduire la syphilis dans un autre organisme, par contagion ou par inoculation, pourvu toutefois que cet organisme n'ait pas subi préalablement une action toxique semblable.

L'infection de l'organisme, quelles que soient la gravité, la

forme, la localisation, les tendances bonnes ou mauvaises, résolutives ou destructives de ses suites, est rapidement générale. Il n'y a pas de partie du corps qui puisse l'éviter. Elle pénètre partout; aucun tissu, aucun organe ne lui échappe, pas même l'élément anatomique le plus inférieur, le plus inerte, le moins entraîné par le tourbillon incessant de la vie. Et comment n'en serait-il pas ainsi, puisque le liquide sanguin qui arrose et nourrit toutes les molécules organiques, sert de véhicule au principe virulent, et s'en sature, pour ainsi dire, au point de devenir contagieux et inoculable, tout comme un chancre induré ou une plaque muqueuse?

Quoique la preuve expérimentale de la virulence du sang ne date que de ces dernières années (1), Hunter admettait que le poison vénérien, après avoir pénétré dans la circulation, se répandait dans toutes les parties de l'organisme, et les infectait toutes avec la même force. Ce grand pathologiste, dont les doctrines ont eu une influence si grande sur les progrès et malheureusement aussi sur les erreurs de la syphiliographie moderne, disait que le poison vénérien « n'est déterminé par aucune force générale ou partielle de la machine animale à se rendre vers telle partie plutôt que vers telle autre, et qu'on ne voit rien non plus dans la nature du poison qui doive le porter plus facilement dans une partie du corps que dans une autre, quand elles sont toutes dans des conditions semblables. »

Il résulte de ce qui précède qu'aucune circonstance anatomique, aucune condition de structure spéciale ne peuvent mettre les tissus à l'abri de l'infection syphilitique. J'ajoute que je ne vois pas de mode fonctionnel dans l'économie vivante qui possède la vertu de préserver certaines parties de l'organisme des atteintes du virus, en leur conférant, soit une immunité absolue, soit une immunité relative et variable suivant les différentes phases de la maladie constitutionnelle. Du moment que la matière du virus a proliféré dans la masse sanguine au point de la rendre virulente et capable d'imprégner, sous ce nouvel état, toutes les molécules organiques, chaque tissu, chaque organe et chaque système organique, similaire ou non, se trouve dans les conditions d'opportunité propres à contracter l'action morbide.

Si donc on envisage l'infection syphilitique au point de vue de la *topographie* et de la *chronologie* des affections qu'elle suscite, on n'y trouve pas les éléments d'une classification rationnelle. La division des accidents consécutifs de la syphilis en secondaires, tertiaires et même quaternaires, est artificielle et arbitraire, et ne s'applique pas plus à la syphilis qu'aux autres maladies constitutionnelles. Je démontrerai plus tard qu'il faut chercher un principe moins empirique de classification, car on ne peut invoquer, en faveur de la fameuse division topo-chronologique, aucune des lois physiologiques qui gouvernent le développement, la nutrition, la structure et le fonctionnement des tissus et des appareils.

Mais les consdérations *à priori* et théoriques pourraient être avec raison regardées comme une fantaisie oiseuse si on ne leur donnait pour base des faits authentiques. Je vais donc exposer, analyser et commenter les cas d'accidents tertiaires précoces qu'il m'a été donné d'observer dans la première période de l'infection syphilitique, avant même les accidents secondaires, et quelquefois à une époque si rapprochée du chancre infectant, que celui-ci n'était pas encore entièrement guéri. Que devient la fameuse triade syphilitique si les accidents tertiaires peuvent se produire en même temps que les secondaires et même les précéder?

J'ai vû des manifestations syphilitiques qu'on a l'habitude de considérer comme tardives et de qualifier de tertiaires, survenir au début de la syphilis dans les os et le périoste, dans les viscères splanchniques, dans les muscles, dans le tissu cellulaire, en un mot à peu près dans toutes les parties constituantes de l'organisme. C'est ce qui me faisait dire plus haut qu'il y avait tout à la fois généralisation et simultanéité dans l'action du virus syphilitique.

L'apparition précoce des manifestations syphilitiques sur le système osseux fera l'objet de ce travail.

(*A suivre.*)

(1) Ce fait que le sang, dans les premières phases de la syphilis, acquiert toutes les propriétés contagieuses et inoculables du virus syphilitique, est un des plus considérables, selon moi, de l'histoire de la syphilis. Il a été mis hors de doute par les remarquables expérimentations que le professeur Pelizzari fit en 1862. Avant lui, Waller avait obtenu un résultat positif en inoculant du sang pris sur une femme syphilitique; mais, comme la peau de cette femme était littéralement couverte de taches syphilitiques, l'expérience n'est pas aussi probante que celle du professeur Pelizzari.

J'ai observé, dans ces derniers temps, un cas de contagion par le sang, qui aurait levé toute incertitude dans mon esprit à cet égard, si j'avais pu en avoir après la lecture des expériences de Pellizzari. C'est une preuve clinique après la preuve expérimentale. Voici ce fait: Un homme qui était resté à Paris pendant le siége prussien et avait envoyé sa femme en province, contracta, vers la fin de l'année 1870, un chancre syphilitique pour lequel il me consulta. Il eut ensuite une roséole érythémateuse, des croûtes dans les cheveux, des adénopathies spécifiques, des plaques muqueuses gutturales, etc., etc. Je le soumis à un traitement hydrargyrique, et quand sa femme revint à Paris, vers la fin de février, il n'existait plus aucune manifestation syphilitique sur la peau ni sur les muqueuses; l'induration chancreuse elle-même avait presque complétement disparu. Cet homme me demanda s'il pouvait cohabiter avec sa femme. Je lui en énumérai tous les dangers, et je lui fis observer que le sang lui-même était contagieux, et qu'il courrait risque d'infecter sa femme si, pendant les rapports sexuels, une écorchure laissait écouler quelques gouttes de sang. J'étais loin de croire que le mode de contagion dont je faisais pressentir au malade la possibilité pour le rendre plus prudent, se réaliserait. C'est ce qui eut lieu cependant. Deux jours après avoir vu sa femme, cet homme vint, très-alarmé, me dire que, pendant les rapports sexuels, il s'était écorché, et qu'il s'était écoulé du sang de cette écorchure. Je ne trouvai sur ses parties génitales aucune trace de plaques muqueuses ni d'une lésion syphilitique quelconque. Néanmoins, au bout de trois semaines, il me conduisit sa femme, chez laquelle je constatai, à l'entrée du vagin, l'existence d'un chancre syphilitique, qui fut suivi d'accidents consécutifs assez sérieux pour lesquels je l'ai traitée.

Il est évident, pour moi, que cette femme fut infectée par le sang de son mari, car j'ai la conviction, malgré les railleries auxquelles peut m'exposer ma crédulité, qu'elle n'avait eu de rapports qu'avec lui.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 juillet 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bordeaux médical*; — l'*Art dentaire*; — le *Marseille médical*.

M. Putégnat, membre correspondant, à Lunéville, adresse une brochure intitulée : *Article de bibliographie obstétricale*.

M. Boinet, membre titulaire, offre une brochure intitulée : *Service chirurgical de M. le docteur Boinet aux ambulances de la Société de secours aux blessés*.

M. Broca communique, de la part de M. le docteur Michel (de Cherbourg), le résultat d'expériences faites sur le cadavre, qui ont

conduit ce chirurgien à proposer une attitude du membre pour remédier aux déplacements des fragments des fractures de la clavicule.

Le procédé consiste à placer l'avant-bras derrière le dos, en relevant la main vers l'omoplate, du côté opposé. Ce procédé n'a pas été employé sur le vivant. M. Michel désire prendre date.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Aspiration des liquides dans les hernies. — M. FLEURY (de Clermont) envoie à la Société une note sur ce sujet.

Je crois qu'il serait opportun d'appeler l'attention de la Société de chirurgie sur les avantages ou les inconvénients que peut avoir dans le traitement des hernies étranglées l'emploi de la seringue de M. Dieulafoy.

Si tous les faits où l'on a eu recours à l'usage de cet instrument étaient rapportés, on aurait une idée exacte de son degré d'utilité; mais il en est de ces observations comme du plus grand nombre de celles qui sont publiées dans les journaux de médecine, on mentionne bien celles qui réussissent, mais on ne dit rien des autres.

Employé d'une manière générale, ce procédé opératoire, s'il a quelques avantages, peut avoir de nombreux inconvénients; il serait donc à désirer que les membres de la Société, si compétents en pareille matière, pussent établir, d'après les faits qu'ils ont observés, quelques règles précises et en indiquer les indications et les contre-indications.

Une observation publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* et recueillie dans le service de M. Demarquay, a donné un résultat satisfaisant; mais combien y a-t-il eu de faits négatifs dans le même service?

M. Richet (n° 87, *Gazette des Hôpitaux*), à l'Hôtel-Dieu, a eu recours dernièrement à ce traitement, et n'a rien obtenu; il a dû procéder immédiatement à l'opération radicale.

M. le docteur Aguilhon l'a employé à Riom, chez une jeune personne atteinte d'une hernie crurale étranglée. La tumeur a diminué de volume, mais la réduction ne n'est pas mieux opérée; l'incision et le débridement de l'anneau ont pu seuls conjurer les accidents.

J'ai eu, il y a quelques jours, dans mon service de l'Hôtel-Dieu de Clermont, un malade dans la force de l'âge, doué d'une bonne constitution, qui avait une hernie inguinale volumineuse qui, sans être étranglée, était irréductible depuis quatre jours. Les conditions me paraissaient évidemment des plus favorables.

J'ai employé sans succès la pompe aspiratrice de M. Dieulafoy, l'instrument plus perfectionné de M. Potain, rien n'est sorti par les canules; la tumeur a conservé son volume, elle est devenue douloureuse; deux vomissements qui sont survenus m'ont fait craindre un instant des symptômes d'étranglement.

Les ponctions répétées ont donc provoqué une inflammation, qui pouvait avoir des conséquences fâcheuses et que j'ai dû prévenir en insistant sur les réfrigérants et les onctions belladonées.

C'est dans ces conditions que le malade, fatigué de l'inefficacité de ce traitement, a voulu sortir de l'hôpital.

A la même époque, j'ai opéré deux femmes qui avaient deux hernies crurales.

Chez la première, l'étranglement existait depuis quatre jours; la constriction exercée par l'anneau avait été tellement forte, que la gangrène s'y était manifestée. La malade a succombé à une péritonite.

Chez la seconde, qui était dans de meilleures conditions relativement à la durée de l'étranglement, qui ne datait que de 48 heures, le taxis avait été si violent que l'anse intestinale était noire et flétrie, et qu'elle s'est affaissée lorsque la section de l'anneau a permis aux gaz de circuler dans le bout inférieur. Je n'ai pas osé réduire, j'ai pratiqué une petite ouverture, dans laquelle il a été introduit une grosse sonde; le cours des matières s'est rétabli à l'extérieur, les accidents ont cessé; il y a tout lieu d'espérer que la malade guérira de l'anus contre-nature qu'il a fallu pratiquer.

Si j'avais eu recours à l'aiguille de l'aspirateur Dieulafoy, il est probable que j'aurais réduit une anse intestinale gangrenée, et qu'un épanchement se serait fait dans la cavité péritonéale.

Ces piqûres sont-elles inoffensives, comme on l'assure? nul inconvénient à les tenter.

Peuvent-elles, au contraire, enflammer l'intestin ou provoquer des adhérences entre les deux feuillets du péritoine? il y a des inconvénients à les pratiquer d'une manière banale.

Je crois qu'il serait opportun de poser la question à la Société de chirurgie et de prier chacun de ses membres de publier les faits de sa pratique, afin d'établir les indications et les contre-indications du procédé opératoire.

Ce serait une règle qui ferait loi et à laquelle se conformeraient les chirurgiens moins expérimentés, qui seraient ainsi à l'abri des déceptions qui sont la conséquence de la lecture de faits donnés souvent comme trop positifs.

M. VERNEUIL. M. Fleury (de Clermont) a bien fait de poser la question, et je me proposais moi-même de la soulever à l'occasion d'un malade qui est sorti ce matin de mon service. J'ai pratiqué sur lui les ponctions avec l'appareil aspirateur de Dieulafoy; elles n'ont causé aucun désastre, mais elles ont été tout à fait inefficaces.

Un concierge atteint d'une hernie inguinale descendue dans le scrotum, et qui était étranglée depuis 2 heures du matin, a été apporté à 6 heures du soir dans mon service. L'étranglement remontait à seize heures. C'était une hernie habituellement contenue, sortie tout à coup, et qui, par conséquent, était véritablement étranglée. Il n'avait pas été fait de tentative de réduction.

Je diagnostiquai un étranglement par le collet du sac, et comme la tumeur était fluctuante, j'essayai la ponction et l'aspiration. Je retirai 400 grammes environ d'un liquide rosé; il y avait hydropisie du sac. Après cette évacuation, je reconnus une hernie d'un volume moyen. Je fis une tentative de réduction (le malade était chloroformisé). Le liquide étant enlevé, je pensais réduire; impossible! Je fis alors, pour la seconde fois, la ponction et l'aspiration avec le trocart n° 3 de l'appareil de Potain; il ne sortit rien d'abord, puis un peu de gaz et de sang. La tumeur ne diminuait pas; je ne savais pas si j'étais dans l'intestin; il est en effet difficile de le savoir. Je fis une nouvelle ponction; il sortit du sang rougeâtre. Je m'en tins là et je fis le taxis, mais je ne prolongeai pas les efforts.

Je fis la kélotomie, et je débridai le collet du sac; l'intestin était un peu livide. Il y avait sur cet intestin trois perforations : une du premier coup de trocart, deux du deuxième : l'intestin avait été traversé de part en part. Il suintait un peu de sang par une des piqûres. Je débridai largement et je liai l'épiploon, car la hernie était une entéro-épiplocèle, et je réduisis.

Le malade guérit. De ce fait je tire cette conclusion, que les ponctions ne doivent pas être faites dans un étranglement ancien, parce que des perforations sur un intestin malade peuvent entraîner de graves désastres. Sur un intestin sain, la ponction est innocente. Mon malade, après la réduction de l'intestin, n'a pas rendu de sang dans les selles. On peut donc dire que la ponction a été innocente; mais j'ai percé trois fois en vain l'intestin, et il faut, à mon sens, considérablement rabattre de l'enthousiasme que l'on a provoqué en faveur de la ponction et de l'aspiration dans les hernies étranglées.

M. PANAS. J'ai fait deux tentatives d'aspiration dans les hernies. Voici les deux faits : sur une femme atteinte de hernie crurale, j'ai essayé de réduire, et ayant échoué, j'ai tenté l'aspiration. J'ai rencontré les mêmes difficultés que M. Verneuil pour trouver l'intestin; mais j'ai enlevé le liquide du sac; j'ai voulu ensuite piquer l'intestin, j'ai échoué. J'essayai alors de nouveau de réduire, croyant avoir favorisé la réduction en enlevant le liquide du sac, ainsi que j'en ai fait l'expérience déjà sur des animaux. J'ai réduit, mais la malade a succombé le surlendemain. Elle avait un étranglement ancien. L'intestin ulcéré avait été réduit.

Chez un homme atteint d'une grosse hernie scrotale étranglée ou enflammée, je fis la ponction et l'aspiration; je retirai 100 grammes de liquide. Cette fois, l'anse intestinale n'a pu être réduite; le

taxis reconnu insuffisant, je pratiquai la kélotomie. Je trouvrai une grosse hernie enflammée. Le malade est mort des suites de l'opération. L'obstacle à la réduction est l'épaississement de l'intestin bien plus que la présence de liquides dans le sac. J'avais cru jusqu'ici que l'évacuation du liquide du sac était une bonne pratique; mais on voit que, dans ces deux cas, elle n'est pas bonne, et cela juge le procédé de la ponction et de l'aspiration dans les hernies.

M. DUBRUEIL. Les opérations de M. Panas ne prouvent rien contre l'opération proposée par M. Dieulafoy, car M. Panas n'a fait que la ponction du sac.

LECTURE

Anatomie pathologique des kystes dentaires. — M. MAGITOT lit un mémoire sur ce sujet. (Renvoyé à une commission composée de MM. Saint-Germain, Duplay et Tillaux.)

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de secours aux blessés des armées de terre et de mer ouvre un concours pour la construction des objets dont doit se composer le matériel des ambulances.

Ces objets sont : 1° une voiture pour le transport des hommes blessés grièvement; 2° un omnibus pour les hommes légèrement blessés et le personnel des ambulances; 3° une voiture-cuisine; 4° un fourgon pour le matériel; 5° une tente de chirurgien; 6° une tente pour les blessés; 7° brancards; 8° boîte de chirurgien (pansements); 9° boîte de chirurgien (opérations); 10° boîte de pharmacie; 11° charpie.

Les conditions que doivent remplir les objets mis au concours sont : pour les voitures : solidité, légèreté, traction par deux chevaux, facilité de tourner et largeur ordinaire de la voie.

La voiture pour les militaires grièvement blessés devra contenir au moins quatre blessés couchés et deux infirmiers; elle devra être construite de manière à recevoir tout brancard en ussage sur les champs de bataille.

L'omnibus pour le transport du personnel devra contenir huit personnes à l'intérieur et deux à côté du cocher.

La voiture-cuisine, destinée à reconforter les blessés, sera munie des appareils nécessaires pour la préparation des boissons et du bouillon concentré. L'appareil de chauffage devra fonctionner pendant la marche; il sera disposé de manière à ce que le chauffage puisse se faire à volonté au bois ou au charbon. La voiture aura un réservoir pour l'eau et des compartiments pour le combustible et les provisions.

Le fourgon du matériel devra être solide, léger, et contenir le matériel des ambulances, tel que : tentes, brancards, boîtes à pansements et à opératons, boîtes de pharmacie, linge, etc.

Le brancard devra être léger, solide et de montage facile, prenant peu de place quand il est enroulé; la toile doit être mobile.

Les boîtes de chirurgie et de pharmacie doivent réunir, sous le plus petit volume possible, les objets nécessaires pour les soins à donner aux blessés

Les plans, dessins ou modèles, ainsi que les devis, doivent être déposés au siége de la Société de secours aux blessés militaires, rue Matignon, n° 19, avant le 1er décembre 1872.

L'exposition publique de ces objets aura lieu du 10 au 15 décembre.

Un jury spécial, nommé par le Conseil central de la Société de secours, examinera les objets envoyés et décernera les récompenses aux personnes qui auront exposé les objets réunissant les meilleures conditions.

Une médaille sera accordée à l'inventeur du meilleur modèle de tout objet spécifié pour le concours, pourvu que ce modèle soit supérieur à ceux qui ont été faits déjà, et dont le public peut prendre connaissance.

Les devis et dessins sont obligatoires, et serviront de base à la décision du jury. Toutefois, les personnes qui auront fait construire des modèles à leurs frais pourront les présenter, pour faire mieux connaître la portée de leurs inventions.

Un prix d'honneur de 500 francs, offert par un membre du conseil, sera accordé à l'exposant qui, par son invention, aura le plus contribué au soulagement des blessés.

Les conditions imposées par ce programme sont obligatoires. Le jury peut cependant accorder une médaille à un exposant dont l'invention, dérogeant aux principes posés dans ce programme, réaliserait un perfectionnement que pourrait utiliser la Société de secours.

Les exposants resteront propriétaires des objets envoyés.

Un concours sera ouvert prochainement pour les objets concernant le sauvetage et les services sanitaires de la marine.

— La Société médicale d'émulation de Courtrai a jugé, dans sa séance du 10 juillet, les mémoires qui lui ont été adressés pour le concours ouvert en 1870 sur la question suivante : « Faire l'histoire de Jean Palfyn, — sa vie, ses travaux, et l'influence qu'ils ont exercée sur les médecins de son temps. Appréciation de ses titres à l'invention du forceps ».

Conformément aux conclusions de la commission chargée de l'examen des mémoires, elle a résolu de ne pas accorder le prix et de maintenir la question au concours, aux mêmes conditions, jusqu'au 1er mars 1874.

Les ouvrages devront parvenir avant cette date à M. le docteur Lagae, à Courtrai, président honoraire de la Société.

Les auteurs des mémoires antérieurement reçus et déjà examinés pourront les faire reprendre avant le 1er janvier 1873, chez M. le docteur Lagae; mais ils devront établir par des citations que le mémoire réclamé est bien leur œuvre, et déclarer leur nom, qui sera vérifié par l'ouverture du bulletin cacheté.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 27 juillet au 2 août 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	»	1	1	3
Rougeole	18	2	20	19
Scarlatine	4	»	4	3
Fièvre typhoïde	8	5	13	14
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	4	3	7	14
Bronchite aiguë	13	»	13	25
Pneumonie	14	6	20	43
Dysentérie	5	1	6	4
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	46	3	49 *	23
Choléra nostras	6	1	7	4
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	6	3	9	6
Croup	7	3	10	14
Affections puerpérales	4	2	6	7
Autres affections aiguës	206	83	289	242
Affections chroniques	241	74	315 **	297
Affections chirurgicales	24	31	55	46
Causes accidentelles	26	»	26	24
Totaux	632	218	**850**	788

LONDRES. — Population, 3,311,298 h. — Décès du 21 au 27 juillet 1872 ... 1,643

Variole, 33. — Rougeole, 25. — Croup, 10. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 50. — Fièvre typhoïde, 17. — Diarrhée, 394. — Choléra nostras, 19. — Bronchite, 65. — Pneumonie, 40.

* Dont 32 enfants au-dessous de 6 mois, 8 de 6 mois à un an, 9 de 1 an à 2 ans.

** Sur ce chiffre de 315 décès, 142 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra

sa prochaine séance mercredi 14 août, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : discussion sur la contagion du choléra, à propos de l'épidémie de la Guadeloupe ; — 2° maladies régnantes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Essai sur les aphonies réflexes et nerveuses, par le docteur LAFITTE. — In-8°. Prix : 2 francs. Paris, Adrien Delahaye.

Le château de Bourbon-l'Archambault, notice historique par le docteur PÉRIER, médecin inspecteur de ces eaux. — In-8° avec 3 planches. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'alcool dans le traitement des maladies puerpérales, suites de couches, et de la résorption purulente, par le docteur DANET, médecin du ministère de l'intérieur. — In-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Les eaux chlorurées-sodiques thermales de Bourbonne-les-Bains et les eaux similaires d'Allemagne, par le docteur BOUGARE. — In-8°. Prix : 1 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 94. — MARDI 13 AOUT 1872. 45e ANNÉE. MARDI 13 AOUT 1872. — N° 94.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas Jeudi.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL DU GROS-CAILLOU (M. Widal). Deux kystes hydatiques du poumon simulant une tuberculose aiguë. Rupture de la loge de l'un d'eux dans la plèvre. Pleurésie purulente consécutive. Mort. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés : Ouvrages récents d'ophthalmologie. — Correspondance. — Nouvelle.

LES QUESTIONS PENDANTES

Faut-il encore compter au nombre des questions à l'étude, celle de la suppression des inspecteurs d'eaux minérales?

La solution n'en est-elle pas indiquée d'avance par les conclusions du rapport fait à l'Assemblée nationale? Les amis mêmes des inspecteurs l'ont jugé ainsi, et ils s'en désolent.

Quant à nous, nous voyons un acte de justice dans l'égalité rétablie entre confrères qui, munis du même diplôme, offrent les mêmes garanties de capacité professionnelle.

Nous n'avons jamais été touché de l'argument qui consiste à dire que le titre d'inspecteur est une place donnée par l'État, et que l'État étant peu prodigue envers les médecins, le corps médical a intérêt à ne pas voir diminuer le nombre de ses faveurs.

Si, en effet, les inspecteurs touchaient des traitements élevés, leurs confrères pourraient se réjouir de les voir largement émarger au budget.

Mais la faveur qu'ils reçoivent de l'État est d'une tout autre nature. Leur traitement est si peu de chose, qu'il disparaît absolument devant les produits de la *réclame*, si l'on préfère ce mot au mot de *privilége*, de la réclame que l'État a constituée à leur profit.

Ils sont désignés au choix du malade, de préférence à leurs confrères, par mesure administrative pour ainsi dire. Et cette faveur, conférée au hasard, est étrange dans un pays où les diplômes, délivrés après examens par les Facultés, sont de vrais diplômes d'État, dans lesquels le Gouvernement, sur l'avis d'hommes compétents, permet l'exercice de la médecine à ceux qui ont d'abord fait preuve d'une suffisante instruction.

L'inspecteur est un fonctionnaire, mais un fonctionnaire dont la mission principale consiste à se payer lui-même au moyen de sa place.

Or, M. Germond de Lavigne a parfaitement montré, dans une série d'articles et dans une brochure qui ont puissamment contribué à élucider la question, et, de son côté, la commission de l'Assemblée a fait ressortir dans son rapport, tout ce qu'il y avait d'anormal dans la création et l'existence de tels fonctionnaires.

Quand on leur donne autorité, ceci revient à un régime qu'on a vu dans l'ancienne Rome, celui des Verrès et des autres qui dépouillaient les pays conquis.

Quand il s'agit de fonctionnaires dont l'autorité est peu de chose, mais qui font argent de leur prestige, les abus semblent moins criants; mais ce qui est profit pour les uns est toujours dommage pour d'autres.

Or, lorsqu'un médecin gagne aux dépens d'un autre, le corps médical, dans son ensemble, n'a pas à se réjouir; et les places de ce genre ne sont pas celles dont on doive, même au point de vue professionnel le plus égoïste, désirer voir grossir le nombre. En effet, les privilégiés et ceux qui souffrent du privilége sont égaux devant le diplôme.

Ce diplôme, sur qui repose toute l'organisation de la médecine en France, qui, lui, n'est point un privilége, mais au contraire un certificat de capacité sans lequel on ne saurait plus distinguer les médecins des empoisonneurs, puisque la plupart des remèdes sont des poisons, ce diplôme, bien entendu, ne pouvait être conféré que par des examinateurs auxquels l'Etat confiait cette mission publique.

Sous le régime exclusif des Facultés d'Etat, naturellement l'examinateur et le professeur ne faisaient qu'un, puisqu'à ce double titre, c'était toujours au nom de l'Etat qu'ils parlaient et qu'ils agissaient.

Mais chacun sent que la liberté de l'enseignement supérieur est dans l'air.

Cette éventualité paraît inévitable à la Faculté de Paris, et, avec une prévoyance qui lui fait honneur, elle s'occupe, depuis déjà plusieurs années, à étudier les changements que cette liberté doit apporter bientôt dans ses conditions d'existence.

Dans un premier projet, que nos lecteurs sans doute n'auront point encore oublié, quoiqu'il date d'assez longtemps, la Faculté proposait de faire une certaine part à l'enseignement libre.

Mais cette part fut regardée comme tellement insuffisante, que la Faculté se hâta de désigner une commission pour étudier la question à nouveau.

Cette commission a présenté tout dernièrement son rapport à la Faculté réunie en assemblée délibérante.

La conclusion était de demander la séparation du corps enseignant d'avec le corps examinant. D'un côté, un jury d'État étranger à la Faculté, et d'autre part la Faculté de Paris, attirant à

elle les élèves par un savant enseignement, dont elle aurait cherché sans cesse à rehausser l'éclat.

Le projet arrivait dans des conditions telles, que tout faisait prévoir qu'il serait adopté par la Faculté de Paris.

Il avait été, durant plusieurs mois, élaboré par une commission qui, par l'adjonction d'hommes éminents choisis sans distinction de nuances politiques, avait fini par comprendre à elle seule presque moitié des professeurs.

L'accord s'était fait dans la commission, après une sérieuse étude du problème ; mais, au sein de la Faculté, la renonciation à l'un de ses droits fut loin d'être bien accueillie par tout le monde.

Bref, après une discussion qui se prolongea durant plusieurs séances, il s'en fallut de bien peu que le projet n'eût la majorité, et, s'il avorta, ce fut, dit-on (nous rapportons ceci sous toutes réserves, car les séances de la Faculté ne sont pas publiques), grâce à l'indécision d'un de ceux qui l'avaient d'abord patronné.

Ceux qui sont amis de la Faculté de Paris et comme nous ont bon espoir pour son avenir, du moment où elle se verra stimulée par la concurrence, ceux-là regrettent vivement qu'elle n'ait pas pris une initiative qui eût montré jusqu'à quel point elle avait confiance en elle-même.

Mais, comme le temps porte conseil, comme un projet peut succéder à un projet, rien n'est perdu. Seulement, le rapport, déjà imprimé, ne paraîtra pas : tout est à recommencer.

Nous ne compterons pas au nombre des questions pendantes celle de savoir si on nommera un inspecteur général de l'enseignement médical, en remplacement de M. Denonvilliers.

Cet inspecteur général est un rouage tellement indispensable dans l'organisation actuelle, que sa suppression ne se comprendrait que si l'enseignement supérieur avait été déjà remanié par une loi.

En effet, il suffit d'être un peu au courant de la marche des choses au ministère de l'instruction publique pour se rendre compte du rôle de ce haut fonctionnaire, dont l'importance est telle qu'on a pu parfois le comparer à un *ministre de la médecine.*

Lui seul, comme homme compétent, donne son avis non-seulement sur toutes les questions générales d'enseignement médical, mais sur le choix des hommes qui sont appelés à professer dans les écoles secondaires, etc., etc. Il est donc chargé d'éclairer en ce qui touche à la médecine, non-seulement le conseil supérieur de l'instruction publique lorsqu'il tient ses sessions, mais le ministre et le ministère dans l'intervalle.

On sait généralement que le rétablissement du baccalauréat ès lettres pour les étudiants en médecine est dû surtout à l'influence de Denonvilliers ; mais ce qu'on ignore, c'est la part qu'il prenait sans cesse à une foule de mesures administratives. En effet, la médecine est une profession, une science tellement à part, que, sans le conseil d'un homme spécial, l'administration ne pourrait agir qu'en aveugle. Et voilà pourquoi elle s'est attaché un homme spécial qui, comme inspecteur général, peut étudier à fond les questions au sujet desquelles on le consulte.

En le créant, on avait prévu, pour l'interdire, le cumul de ce titre avec celui de professeur. Pourtant ce cumul a eu lieu plus d'une fois. Mais on veut, paraît-il, en revenir à cette disposition qui ne fut jamais abrogée.

Pourtant, ceci fera difficulté ; car comment priver les élèves d'un doyen qu'ils aiment et respectent, ou d'un célèbre professeur qui, depuis les jours les plus brillants de la Faculté de Paris, a su conserver à son enseignement le même éclat ?

Or, c'est entre les deux que l'on peut hésiter.

Dr Victor Revillout.

HOPITAL DU GROS-CAILLOU. — M. Widal.

Deux kystes hydatiques du poumon simulant une tuberculose aiguë. — Rupture de la loge de l'un d'eux dans la plèvre. — Pleurésie purulente consécutive. — Mort (1).

(Leçon recueillie par M. Zuber, médecin aide-major de 2e classe.)

Autopsie, le 15 juin, à 9 heures et demie du matin.

Cadavre amaigri, ne présentant extérieurement aucun signe particulier. Une ponction préalable, faite du côté droit, vers le sixième espace intercostal, donne lieu aussitôt à un échappement d'air de la plèvre, ce qui démontre l'existence du pneumothorax diagnostiqué pendant la vie. Rien de pareil du côté gauche.

Le thorax est ouvert largement et rabattu en même temps que la paroi abdominale sur les cuisses, ce qui permet de constater aussitôt les lésions suivantes :

La base du poumon droit est entourée d'une grande collection purulente parfaitement enkystée, couvrant en bas une large surface diaphragmatique, une partie du péricarde, et remontant jusqu'aux gros vaisseaux. La partie de la plèvre costale intéressée dans cet enkystement dépasse à peine 1 décimètre en hauteur ; le poumon y plonge largement par son bord libre.

Au milieu du pus, on voit flotter une membrane blanchâtre assez résistante, qui, retirée du liquide, représente absolument un sac vide, gros comme un œuf, et déchiré en deux endroits. Cette forme caractéristique fait penser aussitôt à un kyste hydatique, qui aurait donné lieu au pyothorax, en agissant simplement comme corps étranger.

Au-dessus de l'empyème se trouve un second enkystement pleurétique séreux, bien moins considérable que le premier, et probablement dû à son voisinage.

Le poumon, sorti du thorax, ne présente nulle part de traces de tubercules et est parfaitement sain, excepté au lobe moyen, à droite, et au lobe inférieur, à gauche.

Le lobe moyen du côté droit est creusé en une large cavité communiquant avec l'empyème par une ouverture de la largeur d'un doigt. Cette cavité, qui devait être primitivement la loge du kyste trouvé flottant dans le liquide purulent, est entièrement tapissée de fausses membranes, molles, mais adhérentes à la paroi, et ne communique avec aucune bronche considérable. Tout autour, le tissu pulmonaire est induré et même fibreux dans certains endroits.

Le lobe inférieur gauche, à la partie supérieure seulement, présente, en le palpant, une induration singulière, eu égard au reste du poumon. Les tissus sont, en effet, très-consistants et crient sous le couteau. A peine l'incision est-elle faite qu'un second kyste s'en échappe, pareil au premier, occupant une loge absolument semblable, mais plus petite. Ici la cavité n'est pas revêtue de fausses membranes ; elle est formée par le tissu pulmonaire, sans adhérence avec le kyste, et présente autour d'elle une grande congestion périphérique, et dans certains points une véritable hépatisation. Elle communique largement avec l'air extérieur par deux bronches : l'une du second, l'autre du troisième ordre.

Le second kyste était à peu près vide, déchiré comme le premier, mais présentant infiniment moins de résistance dans ses membranes.

Le péricarde est distendu par une assez grande quantité de sérosité ; cœur sain. Rien dans les autres organes.

En examinant de plus près les deux kystes ainsi découverts, on voit qu'ils sont formés de plusieurs membranes demi-transparentes,

(1) Fin. — Voir le numéro du 8 août 1872.

gélatiniformes, se séparant facilement en minces feuillets. Cette disposition est excessivement marquée au microscope, où chaque membrane se présente sous forme de lamelles fines anhistes, séparées très-nettement les unes des autres. Cette structure, avec quelques rares crochets découverts sur la membrane interne, met hors de doute la nature hydatique des deux kystes.

Ce cas nous a semblé remarquable à un double point de vue :

1° *Au point de vue du nombre et du siége des hydatides.* Les kystes hydatiques du poumon sont relativement rares, et bien plus rares encore les kystes multiples. M. Davaine, sur 48 observations, en cite tout au plus deux exemples. Il faut remarquer aussi qu'ils siégent d'ordinaire dans le lobe moyen, tandis que l'une des hydatides observées chez notre malade siégeait dans le lobe inférieur.

2° *Au point de vue de la singularité de la marche.* Ce cas constituait un diagnostic des plus difficiles. En effet, quoique, d'une façon générale, les kystes agissant comme corps étrangers puissent donner lieu aux symptômes les plus extraordinaires dans les divers organes affectés, il n'en est pas moins vrai que, dans la majorité des cas, l'hydatide thoracique suit une marche différente de celle que nous venons de décrire. Voici ce que dit M. Davaine à ce sujet (*Traité des entozoaires*, p. 421) : « Les hydatides de la poitrine ont été rarement reconnues pendant la vie, lorsqu'elles n'avaient pas de communication avec l'extérieur. Les médecins qui les ont observées ont cru, dans la plupart des cas, avoir affaire à des épanchements pleurétiques. . . . . . L'absence de tout bruit respiratoire, d'égophonie ou de bronchophonie, correspondant à la percussion, est probablement un signe pathognomonique de l'hydatide thoracique. »

Or, dans l'observation qui précède, la marche de la maladie ressemble absolument à celle de la tuberculose aiguë. Les symptômes ambigus observés dans la poitrine, l'état général, l'amaigrissement, tous les symptômes d'une consomption rapide, militaient fortement en faveur de cette opinion.

Et cependant, malgré la difficulté du diagnostic, confirmée d'ailleurs par les paroles de M. Davaine, il est naturel de se demander si une observation très-attentive n'aurait pas pu mettre sur la voie de la nature réelle de la maladie. On aurait peut-être pu, pendant la vie, grouper certains faits peu décisifs étant isolés, mais qui, par leur ensemble, distinguaient cette affection d'une phthisie aiguë.

1° *L'extrême variabilité* des phénomènes, qui disparaissaient du jour au lendemain, changeaient presque chaque matin, et cela dans un espace de temps très-court : trente-sept jours.

2° *La localisation bien nette* des symptômes en deux endroits très-limités. Une phthisie aiguë aurait présenté des désordres plus graves et dans tout le poumon. Ajoutons encore qu'il n'existait pas d'antécédents tuberculeux.

3° *La marche de la température.* Certes, nous n'accordons pas une confiance aveugle aux types thermométriques donnés par les auteurs. La marche de la température varie avec chaque malade ; mais il n'en est pas moins vrai qu'au fond on observe toujours, dans la tuberculose aiguë, les oscillations quotidiennes de la fièvre hectique, tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de la température normale. La course de notre malade se composait, au contraire, de petites défervescences successives, occupant chacune deux ou trois jours, et les oscillations n'apparurent qu'à la fin, lorsque la pleurésie droite devint purulente.

Quoi qu'il en soit, il faut toujours, lorsqu'on se trouve en présence d'un de ces cas extraordinaires dont l'appareil symptomatique s'écarte des espèces nosologiques communes, n'oublier aucune des causes, *même les plus rares*, qui puissent rendre compte des effets. En réalité, il semble que les kystes hydatiques ne sont plus précisément une cause rare dans l'armée depuis quelque temps. C'est ainsi que, dans le service de M. Widal, on a observé deux cas d'hydatide à six mois d'intervalle, et, d'un autre côté, les ténias deviennent également plus nombreux. Cette recrudescence des entozoaires chez nos soldats ne serait-elle pas l'effet des déplorables conditions où ils se sont trouvés, pendant la dernière guerre, quand les salaisons et la viande crue ou à peine cuite formaient la base de leur alimentation ?

Il faut surtout, et c'est là-dessus que nous désirons attirer l'attention, il faut ne laisser de côté aucun des moyens d'investigation que la science moderne met à notre disposition. Il est probable que le problème eût été résolu par *l'examen microscopique des crachats*, examen que l'on oublie de faire trop souvent, et dont l'observation qui précède montre avec évidence la nécessité absolue dans certains cas.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

PREMIÈRE PARTIE

DÉTERMINATIONS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS SUR LE PÉRICRANE

I

Lorsque je constatai pour la première fois, il y a sept ou huit ans, l'existence des périostites péricrâniennes au début de la syphilis, ma surprise fut grande. J'étais alors imbu des idées régnantes et j'acceptais sans contrôle les trois périodes : primitive, secondaire et tertiaire. Voici le fait qui me mit en défiance contre les lois de l'évolution syphilitique, qu'on proclamait si absolues, si immuables :

Une jeune femme vint me consulter pour des douleurs atroces, à forme névralgique, qu'elle éprouvait dans toute la tête, depuis une semaine environ. Ces douleurs, plus vives la nuit que le jour, ne lui laissaient pas un instant de sommeil. Elle me montra sur le front et sur le crâne de petites tumeurs, très-sensibles à la pression, et qui lui paraissaient être le point de départ et la véritable cause de ses souffrances. En palpant les régions qu'elle m'indiquait, je constatai facilement la présence de ces bosselures, que leur saillie, du reste, rendait visibles, principalement sur le front. Elles étaient au nombre de 8 ou 10, irrégulièrement disséminées sur le frontal, les pariétaux et l'occipital. La peau qui les recouvrait ne présentait à leur niveau aucun changement de coloration et était parfaitement mobile. Quant aux tumeurs, dont le volume égalait à peu près celui d'un gros pois, elles étaient immobiles et comme implantées sur le crâne. Arrondies et d'une consistance fort dure, elles ne cédaient pas à la pression, qui provoquait sur place une douleur très-aiguë, formant en divers sens des irradiations.

Je soupçonnai tout de suite et avant tout renseignement leur nature syphilitique ; mais je pensai qu'elles appartenaient à un ordre tardif de manifestations et qu'elles se rattachaient à la série des accidents tertiaires. Aussi fus-je fort étonné quand cette femme

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 août 1872.

m'apprit qu'elle avait, depuis quelques semaines, une ulcération aux parties génitales, et que c'était la première fois qu'elle était atteinte d'une maladie vénérienne. L'exploration des parties génitales me fit, en effet, découvrir un chancre infectant en voie de cicatrisation; il y avait une adénopathie inguinale spécifique des deux côtés; mais il n'était encore survenu ni sur la peau, ni sur les muqueuses, aucune manifestation syphilitique. Je prescrivis à la malade le traitement à l'iodure de potassium. Les douleurs de tête et les tumeurs péricrâniennes diminuèrent progressivement, et, pendant qu'elles étaient en voie de guérison, la peau se couvrit d'une roséole papuleuse confluente. J'employai alors, conjointement avec l'iodure de potassium, des préparations hydrargyriques, ce qui n'empêcha pas cette première explosion de la syphilis d'être très-sévère. Au bout de quelques semaines, je perdis la malade de vue; les tumeurs périostiques avaient complétement disparu.

II

Je n'avais pas alors une grande expérience en fait de maladies vénériennes, ne m'en étant pas occupé d'une manière spéciale. Je regardai ce fait comme tout à fait anormal et exceptionnel. Néanmoins, il me fit réfléchir sur l'évolution de la syphilis et modifia l'idée que je m'en faisais, d'après la doctrine en vogue.

Depuis cette époque, j'ai observé beaucoup de faits semblables, et j'ai été forcé de reconnaître qu'ils n'étaient pas aussi irréguliers que je le supposais d'abord. Voici quelques-uns de ces faits, qui me permettront, je l'espère, de donner une histoire générale des périostites péricrâniennes précoces.

Obs. I. — *Début des accidents primitifs caractérisé par une adénopathie inguinale double indolente. — Huit jours après, apparition d'un chancre infectant qui ne dure que six jours. — Au vingtième jour de ces accidents primitifs, accès de céphalalgie et apparition des bosses frontales périostiques; accès névralgiforme ayant pour point de départ une tumeur de même nature. — Puis roséole et accidents secondaires cutanés et muqueux. — Traitement mixte. — Guérison.*

M. X... (Édouard), âgé de 22 ans, boucher, d'une bonne constitution et d'une santé excellente, n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, si ce n'est une blennorrhagie légère en janvier 1871, lorsque le 20 novembre de la même année, des grosseurs indolentes se manifestèrent dans les deux aines, et huit jours après seulement, il survint un chancre au-dessous de la verge, sur la partie cutanée du prépuce. Ce chancre ne dura que six jours et suppura très-peu. L'adénopathie ne fut pas augmentée par l'apparition du chancre; elle n'a jamais occasionné aucune douleur.

Vingt jours après, croûtes dans les cheveux, céphalalgie atroce, plus intense la nuit que le jour, et apparition de bosses frontales très-volumineuses, très-sensibles, sans changement de couleur à la peau, empêchant de mettre le chapeau.

Quand je vis le malade pour la première fois, vers la fin de décembre (un mois et demi après le chancre), il existait encore une de ces périostoses frontales: elle avait la largeur d'une pièce de 5 francs en argent. Elle était mal délimitée, commençait à la racine des cheveux et s'étendait vers le sourcil gauche; la peau qui la recouvrait était mobile à sa surface et ne présentait aucun changement de coloration.

Un peu de rougeur à la place du chancre, sur le fourreau, mais pas trace d'induration; adénopathie bi-inguinale multiple et très-considérable; adénopathie cervicale; croûtes dans les cheveux; céphalalgie continue, moins violente qu'au début; irradiations névralgiques ayant leur point de départ au sommet de la tête. En cet endroit, on sent une deuxième bosse périostique, large comme une pièce de 2 francs. Roséole au début, entremêlée de quelques papules plates, très-petites. Rougeur érythémateuse dans la gorge.

Appétit; santé générale assez bonne, mais amaigrissement considérable depuis un mois.

Je fis subir à ce malade un traitement mixte: les bosses périostiques disparurent au bout d'un mois. Les accidents secondaires persistèrent plus longtemps. Au bout de six mois, il n'existait plus aucun accident: l'adénopathie inguinale avait disparu; l'adénopathie cervicale persistait encore.

Il y a dans ce fait, en dehors du sujet qui nous occupe, une circonstance singulière que j'ai notée d'après les récits du malade, mais que je n'ai jamais constatée: je veux parler de cette adénopathie spécifique qui aurait précédé de quelques jours l'apparition du chancre infectant. Bien que je croie à la possibilité de beaucoup de choses étranges en matière de syphilis, je déclare que, sauf l'affirmation susmentionnée dont il ne faut peut-être pas tenir grand compte, je n'ai aucun motif de supposer que l'adénopathie spéciale à la syphilis puisse traduire l'action du virus sur les ganglions lymphatiques, avant que l'accident primitif, le chancre, se soit déclaré et ait constitué le premier foyer virulent de l'organisme. Il est probable que le virus élaboré dans ce premier foyer est en partie absorbé par les lymphatiques et va créer, dans les ganglions où il séjourne quelque temps, de nouveaux foyers de prolifération, qui le déversent incessamment dans le torrent de la circulation.

Mais revenons aux périostites péricrâniennes. Ici la première poussée des accidents consécutifs de la syphilis a eu lieu après une incubation très-courte, puisqu'elle n'a été que de vingt jours. L'infection de l'organisme s'est donc produite avec une rapidité exceptionnelle, et s'est traduite simultanément par des manifestations sur le péricrâne, sur la peau et sur les muqueuses.

Les deux périostites frontale et pariétale ont présenté des dimensions qu'on observe rarement au même degré. Cela indiquerait-il que les os sous-jacents participaient au travail morbide? La facilité avec laquelle elles sont entrées en voie de résolution et ont disparu sans laisser de traces ne permet guère d'admettre une pareille hypothèse.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 juillet 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

PRÉSENTATION DE MALADE.

Exstrophie de la vessie avec double hernie ilio-scrotale. — M. GUÉNIOT présente un enfant de 2 mois, bien développé et en bon état de santé, sur lequel il donne les détails suivants: Cet enfant a été apporté ce matin même dans mon service, avec une lésion originelle qui me paraît être un type d'exstrophie vésicale. Toute la région hypogastrique et pubienne est occupée par une tumeur rouge, muqueuse, ayant la forme d'un quadrilatère dont les angles supérieurs seraient arrondis. Son relief, peu marqué dans l'état de repos, augmente notablement pendant les cris de l'enfant; la tumeur semble alors être propulsée par les viscères abdominaux, et elle devient hémisphérique. Sa surface est humide, lisse dans presque toute son étendue, et, au contraire, inégale, comme festonnée sur sa circonférence, qui se relie presque sans transition avec les téguments de l'abdomen. Les deux angles inférieurs sont saillants et coniques; ils figurent deux petits mamelons, percés chacun d'une ouverture à travers laquelle s'écoule incessamment un liquide limpide, qui n'est autre que de l'urine. Ces

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

deux mamelons correspondent aux orifices vésicaux des uretères, dont la muqueuse est légèrement prolapsée.

La tumeur mesure 4 centimètres dans le sens transversal et 3 centimètres 1/2 dans le sens vertical. Il n'existe aucune trace d'ombilic; les inégalités muqueuses qu'on remarque à l'angle supérieur droit de la tumeur, étant plus marquées que sur les autres points, semblent indiquer que le cordon ombilical s'implantait à ce niveau. Entre la pointe sternale et ces inégalités, on trouve un intervalle de 9 centimètres 1/2.

La verge, tout à fait rudimentaire, n'est représentée que par le gland, largement ouvert en gouttière à sa partie supérieure; elle confine à la vessie extroversée, et présente, sur sa demi-circonférence inférieure, une portion de prépuce munie d'un frein.

Enfin, les régions ilio-inguinales sont le siége (la gauche principalement) d'une éventration ou hernie intestinale qui s'étend depuis la partie supérieure de la fosse iliaque jusqu'au fond des bourses, où l'on reconnaît aisément la présence des testicules. Ces deux hernies, séparées en haut et juxtaposées en bas dans le scrotum, forment une sorte de bourrelet ou de tumeur cylindroïde qui embrasse, à la manière d'un croissant, les deux tiers inférieurs de la tumeur muqueuse avec le rudiment du pénis qui s'y trouve annexé. On détermine sans peine du gargouillement dans les hernies; mais la cavité abdominale ne paraît pas être assez spacieuse pour contenir l'intestin réduit, ni même pour permettre momentanément une réduction complète. La paroi abdominale se trouve ainsi très-incomplétement développée, de même que les os pubis, qui, restant écartés l'un de l'autre, n'ont pu compléter en avant l'enceinte pelvienne.

Comment remédier à un tel vice de conformation? Malgré le bon état général de l'enfant, je ne crois pas qu'on puisse tenter quoi que ce soit dans cette vue. Il s'agit d'une lésion très-complexe, contre laquelle les efforts de la chirurgie seraient aussi dangereux qu'inefficaces.

PRÉSENTATION DE PIÈCE

Luxation complète de l'astragale. — M. GUÉNIOT, à l'occasion du fait relaté par M. Desprès dans la dernière séance, présente le moule en plâtre d'une luxation astragalienne complète, et communique la note suivante qu'il a recueillie, en 1858, pendant son internat à l'hôpital Lariboisière.

Le malade, âgé de 30 ans, de constitution robuste, se trouvait sur un tombereau de charbon quand celui-ci versa et lui blessa violemment le pied droit. Une heure après l'accident, il entrait dans le service de M. Chassaignac, où nous pûmes constater les caractères et la gravité de la lésion.

Le pied, fortement déjeté en dedans, ne correspondait plus à l'axe de la jambe; il avait, en outre, subi un mouvement de rotation, en vertu duquel la face plantaire regardait notablement en dedans; la malléole externe formait une saillie très-exagérée, menaçant de perforer les téguments, et un sinus profond se remarquait au-dessus d'elle. La malléole interne, jugée fracturée, occupait au contraire le fond d'un angle formé par la jambe et le bord interne du pied. Cet angle était aussi profond que la malléole externe était saillante. Sur la face dorsale du pied, à 5 ou 6 centimètres en avant et en dedans de la malléole externe, se trouvaient deux reliefs osseux, dont l'un était formé par la tête de l'astragale déplacé, et l'autre par un bord de cet os. Tous deux étaient souscutanés et distendaient fortement les téguments. La saillie du talon restait normale. Enfin, les mouvements étaient impossibles, la douleur très-vive et la tuméfaction modérée.

Après chloroformisation, les internes tentèrent la réduction de l'astragale luxé. Des efforts furent faits dans cette vue pendant dix minutes, sans aucun résultat.

Le lendemain, M. Chassaignac renouvela ces tentatives, mais sans plus de succès, quoique les tractions, les pressions et les manœuvres de toutes sortes aient été continuées pendant une demi-heure. Grâce à l'énergie des efforts, la rotation du pied en dedans put être néanmoins corrigée, ainsi qu'une grande partie de son déjettement du même côté. Ce fut le seul changement obtenu dans l'état primitif.

Deux jours après, la gangrène se manifesta au niveau de la saillie astragalienne, et bientôt la chute d'une eschare, large comme une pièce de 5 francs, permit d'extraire l'astragale. On s'assura alors que cet os était non-seulement luxé sur le scaphoïde et sur le calcanéum, mais qu'il avait aussi perdu ses rapports avec le tibia et le péroné; que la luxation, en un mot, était complète, et, de plus, que l'os expulsé de sa loge avait subi un mouvement de rotation sur son axe, mouvement en vertu duquel son bord inférieur et externe était devenu supérieur. C'était ce bord qui, saillant sur les téguments, menaçait dès les premiers jours de les perforer. Il résulte de cette disposition que les pressions exercées sur cette arête, pendant les efforts de réduction, auraient eu pour conséquence d'augmenter le déplacement suivant l'axe, plutôt que d'y remédier.

Le membre avait été immobilisé; des accidents généraux graves n'en survinrent pas moins; puis, consécutivement, un phlegmon de la jambe qui nécessita l'ouverture d'un abcès à sa partie supérieure. Peu à peu, cependant, il se produisit une amélioration qui alla progressivement croissant; de telle sorte que, deux mois et demi après sa chute, le malade était hors de danger, mais ne pouvait encore se tenir debout. J'ignore ce qui advint par la suite, car mes notes s'arrêtent à cette période de la convalescence.

M. BROCA. Ce moule nous représente une luxation de l'astragale complète. Ce n'est pas une luxation sous-astragalienne : la tête de l'astragale n'est plus au niveau du milieu des malléoles. Il y a aussi une fracture de la malléole interne.

La gangrène est survenue dans ce cas, mais elle a été moins rapide que dans les cas de luxation sous-astragaliennes. Aussi peut-on dire que la gangrène est plus rare dans les cas de luxation complète de l'astragale que dans les cas de luxation sous-astragalienne, où la tête de l'os comprime si fortement la peau de dehors en dedans. Roux et Dupuytren ont vu des cas de luxation de l'astragale avec renversement complet, qui ont guéri sans gangrène, ni nécrose, et ce fait se conçoit à peine quand on pense que tous les ligaments qui maintiennent l'astragale sont forcément rompus dans ce genre de luxation.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret pour entendre des communications diverses.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÈS.

VARIÉTÉS

Ouvrages récents d'ophthalmologie

Par MM. LIEBREICH, DE MONTMÉJA et MAURICE PERRIN (1).

Le *Traité d'ophthalmoscopie et d'optométrie* de M. Perrin est plus étendu, et se compose d'un grand volume de texte et d'un atlas. C'est une œuvre savante, bien étudiée comme oculistique, mais incomplète au point de vue médical. Toute l'ophthalmoscopie afférente aux lésions directes ou réflexes des méninges du cerveau et de la moelle a été volontairement omise. Elle y est même condamnée d'un trait de plume par une sorte d'arrêt sommaire qui concorde peu avec les résultats de l'observation moderne et qui est en désaccord avec tout ce qui se fait en Angleterre et en Allemagne. M. Perrin ne pense pas que l'ophthalmoscopie soit autre chose qu'un moyen d'étude des maladies de l'œil, et qu'elle puisse devenir une méthode de diagnostic des maladies du cerveau, c'est-à-dire un moyen d'exploration à ajouter à l'étude clinique des affections cérébro-spinales. M. Perrin changera d'avis quand il aura eu l'occasion de vérifier les faits qui se présentent tous les jours à l'observation du médecin dans les hôpitaux et lorsqu'il aura lu les recherches

(1) Fin. — Voir le numéro du 3 août 1872.

faites à Londres et à Zurich sur ce sujet. C'est une étude à faire, et il pourra plus tard figurer les névrites et les névro-rétinites de la méningite typhoïde et rhumatismale, la choroïdite tuberculeuse et les tubercules de la choroïde, que l'on regrette de ne pas voir dans son atlas.

Au point de vue plus restreint où s'est placé M. Perrin, son livre est rempli d'intérêt. Comme tous les traités de ce genre, il renferme une partie relative au mode d'éclairage de l'œil, à l'emploi de l'ophthalmoscope et à la théorie de cet instrument, aux différentes espèces d'ophthalmoscopes et à la description d'un œil artificiel inventé par l'auteur pour faciliter la pratique de l'ophthalmoscopie. Ce chapitre est intéressant, et, en effet, cet œil artificiel mérite la plus entière approbation, car il abrége de beaucoup l'apprentissage de la méthode d'examen. Les figures seules laissent à désirer en raison de leur petitesse, ce qui a empêché l'artiste d'y mettre les détails anatomiques nécessaires.

Ces préliminaires achevés, l'auteur entre en matière par l'étude des variations du champ visuel, de l'acuité de la vision, et par l'exposition des maladies du corps vitré, de la choroïde, de la rétine et du nerf optique.

Un des plus intéressants chapitres est celui qui a pour objets *les variétés physiologiques de l'image ophthalmoscopique*, et qui est accompagné de planches chromo-lithographiées représentant ces variétés.

Beaucoup d'oculistes accordent, comme M. Perrin, une très-grande place à ce qu'ils appellent les variétés physiologiques du fond de l'œil. Sont-ils bien en droit de le faire? N'y a-t-il pas là quelque défaut d'observation? Pour mon compte, je suis tenté de le croire. En effet, les oculistes appellent variétés de l'état physiologique, ces cas de lésion du fond de l'œil qui ne sont pas accompagnés de troubles visuels. Ils concluent de l'intégrité de la fonction visuelle à l'état physiologique de la rétine du nerf optique ou de la choroïde, même lorsqu'il y a une modification évidente de texture dans ces parties.

Au point de vue de leur spécialité d'oculistes, ils ont une apparence de raison, car ils peuvent dire : le malade voit bien, donc son œil n'est pas malade; mais au point de vue médical, il y a là un fait qui mérite d'être discuté et controversé En effet, les tubercules de la choroïde, certaines rétinites glycosuriques, la choroïde staphylomateuse, etc., qui ne troublent pas la fonction visuelle, pourraient aussi être considérées comme des variétés de l'état physiologique. A mon sens, c'est une erreur de considérer comme autant de variétés de l'état normal les maladies latentes du fond de l'œil, et les figures 6 de la planche IX et 4-5 de la planche X dans l'atlas de M. Perrin, représentées comme des variétés physiologiques, parce qu'il n'y avait pas de troubles visuels chez l'individu, sont identiques à certaines figures insérées plus loin, planches XX et XXI, comme étant des névro-rétinites.

Je suis frappé depuis longtemps de ce vice d'appréciation, et j'ai essayé de m'en rendre compte. Cela dépend de la manière dont les oculistes font leurs recherches. Dans leurs dispensaires, ils n'assistent jamais au début des lésions intra-oculaires ou rétino-choroïdiennes qui se produisent dans les maladies aiguës du cerveau et de la moelle, ni dans les maladies du cœur, lésions qu'on ne voit que sur des malades couchés à l'hôpital. On ne va consulter les spécialistes de l'œil que si la vision est troublée. Alors, s'ils trouvent des lésions anciennes qui ne sont pas en rapport avec l'altération visuelle, ou s'ils découvrent une lésion dont les malades ignorent l'existence parce qu'elle ne produit aucun affaiblissement de la vue, ils considèrent ces altérations comme de simples variétés de l'état physiologique.

C'est là une conclusion erronée. En effet, quand on examine les yeux avec l'ophthalmoscope dans toutes les maladies générales comme je le fais depuis dix ans à l'hôpital, on voit que parmi elles il y en a beaucoup qui ont une influence marquée sur la circulation et sur la nutrition du fond de l'œil. Les maladies du cœur, la fièvre typhoïde avec délire, l'érysipèle de la tête, la tuberculose, le diabète, l'albuminurie, la chorée, les névroses, etc., provoquent souvent des hyperémies plus ou moins grandes, et quelquefois assez prolongées du nerf optique et de la choroïde, sans troubles visuels appréciés du malade. A la suite de ces hypérémies durables, viennent des altérations de nutrition, comme cela s'observe dans les maladies du cœur. Il en est de même après les maladies aiguës générales qui engendrent la névrite optique et l'œdème rétinien; la maladie passe et la lésion oculaire persiste plus longtemps, de façon à engendrer, par sa permanence, une maladie consécutive du fond de l'œil.

En un mot, la plupart des variétés de l'état physiologique signalées par les oculistes ne sont que des reliquats de maladies antérieures du fond de l'œil, les unes primitives, les autres secondaires à des maladies générales. Ainsi j'ai vu un grand nombre de sujets, après une pneumonie délirante, après une fièvre typhoïde ataxique, un érysipèle de la tête ou une névrose congestive de l'encéphale, conserver des lésions oculaires qui n'existaient pas avant la maladie, qui n'altéraient pas la vision, et qui, dans une clinique ophthalmologique, au bout de quelques années, sont prises pour des variétés de l'état physiologique.

En aucune façon il ne faut juger l'état physiologique du fond de l'œil par l'intégrité de la fonction visuelle, car on voit souvent des malades qui ont le nerf optique et la rétine avoisinante couverts d'exsudats considérables et qui ont la vision très-distincte. J'en ai cité un très-curieux exemple avec figure démonstrative dans mon travail sur les paralysies de la 6e paire. Il s'agit d'une jeune fille de 12 ans qui avait une névro-rétinite exsudative énorme, et qui travaillait dans une imprimerie où elle était occupée à décomposer les formes.

Il est inutile de s'appesantir davantage sur ce sujet. Je le signale à l'attention des ophthalmologistes, car il devient à l'ordre du jour par la publication du chapitre et des figures de M. Perrin.

Dans le reste du livre, il est question des maladies de la choroïde, telles que la choroïdite congestive, la choroïdite chronique simple, la chroïdite staphylomateuse, les blessures, hémorragies et anomalies de la choroïde. Il manque là un chapitre sur la choroïdite rhumatismale et sur la choroïdite tuberculeuse représentant les granulations que l'on trouve journellement chez les phthisiques et dans la méningite tuberculeuse.

Les chapitres XII et XIII sur les maladies de la rétine et du nerf optique sont très-bien faits et fort instructifs. Ils comprennent : le décollement de la rétine ; l'hyperémie et l'œdème de la rétine ; l'apoplexie rétinienne ; la rétinite chronique, albuminurique, syphilitique, leucémique, glycosurique, etc., ainsi que les névrites optiques et les névro-rétinites. Comme étude locale, c'est tout ce qu'on peut désirer de rencontrer dans un livre d'ophthalmologie, et M. Perrin, ayant eu la précaution de mettre en tête de chacun de ses chapitres quelques pages d'anatomie fine sur la structure du corps vitré, de la choroïde, de la rétine et du nerf optique, le lecteur saisit infiniment mieux qu'il ne pourrait le faire sans cela, les discussions relatives à la pathologie des tissus constituants de l'œil.

A chaque chapitre correspondent de nombreuses figures, qui se trouvent dans un atlas de 24 planches. J'eusse préféré des figures un peu plus grandes et d'une teinte un peu moins sombre, afin d'avoir une image plus grossie des détails du dessin ophthalmoscopique; mais il faut savoir tenir compte des difficultés pratiques de l'exécution. J'ai fait des dessins de ce genre, et j'en ai fait chromolithographier un certain nombre. Pour faire de grandes figures, il faut consentir à des frais énormes, qui dépassent de beaucoup le prix de vente d'un ouvrage de ce genre. On est donc obligé de se borner à un petit nombre de grands dessins ou à un grand nombre de dessins plus petits. Tels qu'ils sont, ceux de M. Perrin, sauf leur couleur trop sombre, donnent l'idée des maladies du fond de l'œil, et ils ont été bien exécutés par l'artiste, M. Regamey. Ces planches et le texte constituent une œuvre sérieuse qui fait honneur à l'ophthalmologie française, et les critiques que j'ai faites à l'occasion des lacunes qui m'ont frappé n'enlèvent rien au mérite de l'œuvre et au talent de son auteur.

E. Bouchut.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur le directeur,

J'ai toujours plaint très-sincèrement les secrétaires de nos sociétés savantes, qui sont obligés de saisir au vol les opinions émises par chacun dans des discussions le plus souvent improvisées, et je comprends, sans le leur reprocher, que de nombreuses inexactitudes doivent se glisser forcément dans leurs procès-verbaux.

Aux intéressés il appartient de relever ces inexactitudes lorsqu'elles dénaturent leur pensée au point de la rendre méconnaissable, comme cela est arrivé, pour ce qui me concerne, dans le procès-verbal de la Société de médecine (séance du 5 avril 1872), publié dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 1er août (p. 710, 2e colonne).

Ainsi, loin de critiquer l'expression de *sclérose des muscles*, je l'ai fort approuvée, et il se pourrait même bien que j'eusse été le premier à l'introduire dans la discussion.

En ce qui concerne Laennec, je n'ai pu le féliciter d'avoir fait usage de ce mot « sclérose », qui n'était pas employé de son temps; mais j'ai dit que notre grand clinicien français avait été au-devant des découvertes les plus récentes de l'anatomie pathologique moderne, lorsqu'il avait admis une cirrhose du poumon ou du rein, semblable à la cirrhose du foie. Nous savons, en effet, maintenant que les lésions élémentaires de la sclérose sont les mêmes dans tous les organes et qu'elles sont parfaitement identiques à celles de la cirrhose; d'où il résulte que la cirrhose du foie n'est absolument rien autre chose qu'une véritable *sclérose*, dont la constitution anatomique ne diffère pas de celle de la sclérose du rein, du tissu nerveux, ou même des muscles.

Enfin, je me suis demandé si l'exubérance du tissu cellulaire, lésion essentielle de cette sclérose, est bien toujours la cause de la disparition ou de l'atrophie du tissu propre de l'organe affecté, ou si elle ne serait pas plutôt la conséquence de l'atrophie préalable de ce même tissu, sous l'influence d'une maladie antérieure. D'où il résulterait que la « sclérose, » au lieu d'être une lésion primitive, ne serait plus qu'une altération consécutive à un autre état morbide, dont la détermination resterait à chercher.

Je suis entré, à ce propos, dans quelques développements qui ont paru intéresser nos collègues présents à la séance, mais qu'il serait superflu de reproduire dans cette note purement rectificative.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

T. Gallard.

La commune de Busigny, — 3,540 habitants, — désire un médecin. — S'adresser au maire de Busigny (Nord).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institue en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — Séance de l'Académie de médecine. — Hospice civil et militaire de Pau. Statistique d'opérations de fistule vésico-vaginale par le procédé américain. Moyen de maintenir la sonde dans la vessie après l'opération (M. Cassan). — Ulcération de la muqueuse rectale ; ablation partielle de la partie antéro-inférieure de l'intestin et de la portion correspondante de la prostate (MM. Ricord et Demarquay). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Académie de médecine.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Sédillot est venu proclamer son adhésion aux conclusions pratiques qui, comme nous l'avons indiqué mardi dernier, avaient obtenu un assentiment presque général.

Il a déclaré que par le mot d'*autorité*, il avait toujours eu en vue cet assentiment général, et qu'en interprétant autrement ses paroles, on l'avait mal compris.

Quant à la tradition, histoire de l'esprit humain dans son évolution graduelle, lien du présent et de l'avenir avec le passé, il la recommande comme telle ; mais il s'associe pleinement à ce qu'a dit M. Béhier sur l'indépendance à conserver par rapport aux doctrines qu'elle nous a transmises.

Les anciens fourmillent d'erreurs ; M. Sédillot en a cité de nouveaux exemples : les principes posés à propos des blessures de la vessie, qui, suivant Hippocrate, étaient toujours mortelles, tandis que le contraire est journellement prouvé par l'opération de la taille.

Seulement, M. Sédillot ajoute avec raison que, quand les anciens se trouvent être dans la vérité il y a tout autant d'indépendance à les approuver, qu'à les critiquer dans le cas contraire.

Les préceptes hippocratiques étaient-ils conformes à la vérité en ce qui touche le traitement de la pleurésie purulente ?

C'est une question qui, pratiquement, a peu d'importance, mais qui peut passionner un esprit délicat, curieux, distingué, qui aime en artiste les restes de l'antiquité et les problèmes de l'histoire.

Il ne faut donc pas s'étonner si, après avoir déclaré et répété à diverses reprises que la discussion académique avait enfin mis en lumière les vrais principes représentant la science actuelle, et qu'elle avait eu pour résultat un progrès très-considérable dans les connaissances médicales sur la pleurésie purulente et son traitement, après avoir mieux fait que de le dire, l'avoir prouvé en modifiant profondément les appréciations développées dans son premier discours, tant sur les injections iodées que sur une foule d'autres points, M. Sedillot n'en a pas moins voulu démontrer que les règles hippocratiques étaient d'accord avec le progrès quand on savait les interpréter.

Les interpréter, tout est là.

Il est évident qu'Hippocrate a eu raison de conseiller d'opérer le quinzième jour d'une pleurésie, s'il faut traduire cette date par « aussitôt que la pleurésie sera purulente. » Alors on y retrouve la règle, acceptée aujourd'hui universellement, d'opérer sitôt que la plèvre contient du pus. Il est évident qu'avec ce système d'assimilation, appliqué à tous les détails, on peut échapper aux objections les plus pressantes. Mais si on n'avait pas les données des modernes pour déterminer le sens précis qu'on doit ainsi attribuer à chaque règle des anciens, on les interpréterait probablement très-mal.

On peut donc admettre qu'ils aient eu raison, mais à la condition de ne pas oublier qu'il faut aller ailleurs apprendre à expliquer ce qu'ils ont dit.

Nul ne songera plus à nier l'utilité des discussions académiques. On a vu cette fois à quel point les hommes les plus intelligents, les professeurs les plus autorisés, savaient faire leur profit des arguments de fait mis en avant de part et d'autre.

Partis des opinions les plus contradictoires, ils en sont venus à converger vers les mêmes conclusions, et nous avons montré à quoi maintenant se réduisent encore les points qui les séparent : à des préférences instinctives, pour ainsi dire, et qui resteront telles jusqu'à ce qu'elles reposent sur les résultats ultérieurs de la pratique, sur des observations nouvelles.

L'assentiment de M. Sédillot était précieux pour confirmer ce résultat. Mais, maintenant, la discussion doit être close ; elle n'aurait plus de raison d'être.

Les questions douteuses sont posées, certaines prétentions exclusives sont écartées, les solutions acquises sont mises en lumière. Revenir sur des arguments déjà compris, sur des critiques et des réponses personnelles, ce serait perdre le temps, et, de plus, compromettre un vrai succès, dont l'Académie doit être fière.

Elle s'est enfin réveillée. On a vu que l'esprit français n'y avait pas perdu ses grandes qualités de netteté, de sens critique, de compréhension rapide et sûre.

La discussion a abouti à l'assentiment général par la lutte ardente, et c'est ainsi qu'elle a constitué la seule autorité admissible en matière de science, celle que M. Sédillot a reconnue avec raison.

A l'œuvre donc ! et qu'un autre sillon soit creusé par l'Académie et par sa sœur la Presse Médicale !

Disons quelques mots d'une discussion plutôt physique que

médicale sur le vide qui se produirait dans la cavité de la plèvre, alors qu'un liquide épanché en est sorti jusqu'aux dernières gouttes.

Pour que l'on observe ce vide, il faut d'abord qu'il y ait quelque obstacle à l'expansion du tissu pulmonaire, fausses membranes épaisses, adhérences, ou maladies du poumon lui-même; et puis il faut qu'on ait employé un appareil aspirateur.

Autrement on n'a rien à craindre qui, de près ou de loin, ressemble à ce qui a lieu dans le récipient d'une machine pneumatique.

Jamais la diminution de pression qui se produirait d'elle-même par un écoulement spontané du liquide ne suffirait pour amener la production de vapeurs ayant une tension et prenant la place de ce liquide.

Ainsi l'explication donnée par M. Chauffard est inutile lorsqu'il s'agit de la canule de Reybard. Elle est même alors inexacte, quand on constate à l'auscultation que le poumon a repris sa place et que la respiration pénètre bien partout.

Mais elle n'est que trop exacte, malheureusement, quand on s'obstine à vouloir vider jusqu'au bout, à l'aide de quelque aspirateur, une cavité dont les parois ne peuvent se mettre en contact.

En effet, on en vient rapidement, dans ce cas, à diminuer la pression dans des limites telles, que le pus mousse, émettant des gaz et des vapeurs plus ou moins fétides.

Quand on se sert de l'appareil inventé par M. Potain, on assiste à ce phénomène; car la bouteille interposée entre la plèvre et la seringue aspiratrice s'y trouve soumise aux mêmes différences de pression que la cavité pleurale.

Récemment encore, dans le service de M. Peter, à la Charité, je constatais ce bouillonnement du pus, résultant du vide, dans la bouteille, tandis que la malade accusait un malaise croissant.

Ces gaz fétides, que deviennent-ils?

Leur tension première est moindre que celle de l'atmosphère. Ils s'interposent entre les surfaces granuleuses.

Peut-on dire que, par leur présence, ils ne nuisent pas à la guérison?

C'est au moins douteux, et, dans tous les cas, ils laissent subsister encore un certain vide relatif.

Pratiquement, cette question des appareils aspirateurs est bien loin d'être résolue.

Dr Victor Revillout.

HOSPICE CIVIL ET MILITAIRE DE PAU. — M. Cassan.

Statistique d'opérations de fistule vésico-vaginale, par le procédé américain. — Moyen de maintenir la sonde dans la vessie après l'opération.

Il est, en chirurgie, des procédés opératoires qui sont conçus d'après des principes tellement rationnels, qu'ils pourraient se passer de statistique, une fois qu'ils ont fait leurs preuves; de ce nombre est le procédé américain pour l'opération de la fistule vésico-vaginale. Cependant, si petite qu'elle soit, une statistique peut avoir son utilité à l'égard de ceux (s'il en existe) qui peuvent douter de l'incontestable supériorité du principe sur lequel repose ce procédé. C'est ce qui m'autorise à publier la mienne. J'établis, d'abord, que je n'ai pas fait un choix, et que je publie succinctement tout ce que j'ai vu en fait d'affections de ce genre.

Obs. I. — X... (de Lescar), couturière, âgée d'environ 30 ans: vaste fistule; avivement aux dépens de la lèvre antérieure du col de la matrice, amincie, qui est comprise dans toute son épaisseur dans un des points de suture: huit points; enlèvement des fils le douzième jour. Guérison complète et définitive.

Cette opération me paraît en tout point semblable à celles dont a parlé M. Boinet, à la Société de chirurgie, dans la séance du 12 juin.

Obs. II. — X..., du pays basque, âgée d'environ 37 ans: vaste fistule au bas-fond de la vessie; huit points de suture; enlèvement des fils le douzième jour; cicatrisation parfaite; incontinence d'urine par paralysie du sphincter vésical.

Obs. III. — X..., âgée de 40 ans, présente le canal de l'urèthre, avec une portion du bas-fond de la vessie; en avant, on sent la face postérieure du pubis; en haut, des anfractuosités dont l'index ne sent pas le fond; les urétères sont déviés. Elle insiste pour être opérée. L'opération nécessite l'oblitération du vagin, qui est pratiquée par le même procédé: avivement aux dépens de la muqueuse vaginale, etc. Le douzième jour, j'enlève les fils, la cicatrisation est complète. Mais la malade est prise d'accidents inflammatoires du côté du péritoine, tellement graves, que je rouvre, par la fistule, une large issue à l'urine.

Obs. IV. — X..... (d'Escurès) présente une fistule au bas-fond de la vessie; six points de suture; enlèvement des fils le douzième jour. Guérison complète et définitive.

Obs. V. — X... (de Luc-Armau) présente une fistule avec cette particularité, que le sphincter vésical se trouve sous la lèvre antérieure de la fistule; l'avivement et la suture exigent par conséquent certaines précautions: six points de suture; enlèvement des fils et cicatrisation complète le douzième jour. Guérison définitive.

En résumé, comme procédé opératoire, cinq sutures, cinq réunions parfaites. Comme résultat d'opération: cinq fistules, cinq opérations, ont donné trois guérisons parfaites; une incontinence d'urine, indépendante de l'opération, par paralysie du sphyncter de la vessie, et une opération à défaire.

Le procédé opératoire a été des plus simples: avivement aussi profond que possible, aux dépens de la muqueuse vaginale; les points de suture ont toujours été passés d'avant en arrière; la cicatrisation a toujours été parfaite le douzième jour.

J'ai vu deux autres fistules qui se ressemblent, du moins en apparence. Dans l'une, j'ai trouvé d'abord un rétrécissement cicatriciel du vagin très-serré; je l'ai dilaté avec des éponges préparées et des racines de gentiane, et j'ai pu sentir, avec le doigt, une fistule assez petite, inaccessible à la vue et située près du col de la matrice; le bas-fond de la vessie était conservé, derrière le rétrécissement vaginal. J'ai voulu tenter le sommeil par le chloroforme, les débridements latéraux pour rendre la fistule accessible à l'œil et aux instruments; mais la malade, très-indocile d'ailleurs, s'y est refusée.

Voilà tout ce que j'ai vu en fait de fistules vésico-vaginales.

J'arrive à un détail de pratique qui n'est pas sans importance. Une source des plus grands désagréments, après l'opération de la fistule vésico-vaginale, est le maintien de la sonde dans la vessie. Il faut être constamment près du lit de l'opérée, ou par voies ou par chemins pour la replacer. Je suis arrivé à un moyen sûr, très-simple, de fixer la sonde. Je l'ai employé dans ma dernière opération: j'ai pu, grâce à lui, dormir tranquille pendant les douze jours qui ont suivi l'opération, et m'en tenir à une seule visite, dans les vingt-quatre heures, pour nettoyer la sonde. Je passe, comme cela se pratique, des fils d'argent, longs chacun de 20 centimètres environ. Je tords chaque fil au degré voulu, et, au lieu de couper les bouts à 2 centimètres environ de la suture, je les conserve tous; je les ramène en paquet, largement tordus ensemble, à la vulve, en les laissant saillir de quelques centimètres en dehors de cette ouverture. Après avoir

introduit la sonde, j'enlace dans une anse de fil la sonde et les bouts de fil de la suture, je tords les bouts de l'anse au degré voulu, et la sonde est fixée d'une manière invariable.

Cette manière de procéder offre deux autres avantages : celui de ne pas laisser dans le vagin des points de suture, dont les bouts piquent plus ou moins la muqueuse, et celui de permettre d'aller très-facilement à la recherche des points de suture quand il s'agit de les couper.

ULCÉRATION DE LA MUQUEUSE RECTALE

ABLATION PARTIELLE DE LA PARTIE ANTÉRO-INFÉRIEURE DE L'INTESTIN ET DE LA PORTION CORRESPONDANTE DE LA PROSTATE.

Par MM. Ricord et Demarquay.

Les faits d'ablation partielle de la prostate ne sont point d'une pratique si usuelle qu'on puisse laisser perdre ceux qu'on a la bonne fortune de pouvoir observer. Nusbaüm est un des rares chirurgiens qui, dans les ablations des tumeurs périnéales, ont touché à la prostate. Mais est-ce bien seulement la prostate qu'il a enlevée en pareille circonstance? Dans le fait dont il s'agit aujourd'hui, il y a ceci de particulier que le chirurgien, après avoir attentivement examiné la lésion et calculé la profondeur des tissus envahis par l'élément morbide, a suivi, couche par couche, tissu par tissu, jusqu'à la prostate, qu'il a écornée, rasée, enlevée dans une partie de son épaisseur, à la face postérieure, dans son plancher, tout en respectant l'urèthre et les canaux éjaculateurs.

Voici d'ailleurs la relation de ce cas, opéré par M. Demarquay, en présence de M. Ricord, ayant pour aides les docteurs Gratiot et Voelker :

Observation. — Le 24 juillet 1871, une curieuse observation était pratiquée à l'anus d'un homme de 39 ans, dont voici l'histoire :

Depuis longtemps obsédé par la présence d'ascarides vermiculaires au rectum, M. de X... s'était décidé, en 1860, à recourir à l'intervention médicale. On lui avait conseillé, ce qu'il fit d'ailleurs exactement, une série de dix à douze lavements au sublimé corrosif(?), après avoir essayé la longue liste pharmaceutique en usage en pareil cas. Le succès répondit à son attente : il fut débarrassé des ascarides, mais un suintement de muco-pus se produisit aussitôt après, et il le garda jusqu'en 1871, sans que personne se doutât de la désagréable infirmité dont il était porteur.

Pendant ces onze années, il eut donc à subir et à cacher un écoulement de muco-pus permanent par l'anus. La douleur n'était point vive, mais il y avait du malaise, de l'irritation, des *défaillances physiques*, un affaiblissement très-marqué dans la marche et dans la station, une anémie générale, quelques accès de fièvre, et, finalement, une grande mélancolie, que l'énergique volonté du malade savait toujours maîtriser et dissimuler.

Il arriva ainsi à la première période du siége de Paris, et là, l'alimentation échauffante des cinq mois de siége, autant que l'abus des exercices corporels qu'il dut faire, ne contribuèrent pas peu à changer son état, pour ainsi dire passif, en celui d'une affection aiguë et à marche rapide Cette situation nouvelle le fit se décider enfin à recourir à un médecin.

Quelques lavements au semen contra, l'introduction d'onguent mercuriel au rectum, le débarrassèrent des ascarides qu'au spéculum on voyait réinstallés en ce point. On introduisit ensuite des mèches enduites d'un cérat composé d'acétate de plomb et d'axonge aromatisée. Mais l'écoulement et l'inflammation continuèrent à persister. On trempa alors les mèches dans la teinture d'iode presque pure, et enfin le rectum fut badigeonné, pendant quatre minutes(?), avec le nitrate d'argent. Comme conséquence immédiate, le malade fut pris de délire furieux pendant dix-neuf heures. Dix à douze jours après, l'écoulement muco-purulent reparaissait.

Vers le 10 juin, il consulta enfin M. Gratiot, qui, de concert avec M. Ricord, prescrivit des bains quotidiens, des lavements laudanisés; le délire disparut rapidement, et, avec lui, les insomnies, les hallucinations qui, depuis quelque temps, avaient tant effrayé le malade.

M. Ricord examina alors très-sérieusement M. de X... L'anus n'offrait extérieurement rien de particulier; mais l'introduction du doigt dans le rectum révélait la cause de tous les accidents. Une ulcération fongueuse saignant facilement, à bords indurés, se prolongeant assez haut, à la face antérieure du rectum, indiquait assez à quelle source il fallait attribuer les désordres fonctionnels. Il s'agissait là d'une ulcération de mauvaise nature dont l'extension ne pouvait qu'augmenter et envahir tous les tissus avoisinants. L'opération fut dès lors proposée au malade; et, pour en finir une fois pour toutes, il consentit à être débarrassé de cette repoussante infirmité.

Disons toutefois, auparavant, que M. de X... a eu un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 21 ans. A cette même époque, il a été atteint d'une gonorrhée compliquée d'orchite; mais le tout radicalement guéri en trois mois. En 1855, il a eu une spermatorrhée vivement amendée et disparue; enfin, deux autres gonorrhées, de 1855 à 1862, toutes deux d'ailleurs très-bénignes et de peu de durée.

M. de X... est d'une constitution affaiblie par la souffrance... Il est pâle, extrêmement nerveux, amaigri, et effrayé des conséquences de sa situation. C'est dans ces tristes conditions qu'il se décide, sur les conseils de MM. Ricord et Demarquay, à subir, le 24 juillet, l'opération suivante :

Après avoir été convenablement endormi par le chloroforme, le malade est placé dans la situation ordinaire à ces sortes d'opérations : couché sur le côté gauche, il tient le membre pelvien droit fortement replié sur l'abdomen, la cuisse et la jambe gauche restant complétement étendues sur le lit.

Une bougie assez volumineuse est introduite dans le canal de l'urèthre; elle doit servir de guide pendant toute la durée de l'opération.

Une incision profonde, faite en arrière, à la marge de l'anus, et se dirigeant du côté du coccyx, ouvre largement le rectum. Un spéculum américain y est introduit; il éclaire ainsi la région sur laquelle doit agir l'opérateur, et empêche en même temps le sang et les liquides de l'intestin de venir gêner les divers temps de l'opération.

M. Demarquay pratique alors une double incision courbe, à la face antérieure du rectum, de manière à isoler le mal; il dissèque ensuite toute la portion de muqueuse ulcérée, ainsi que les parties dures avoisinantes. Bien que l'ulcération eût paru superficielle au premier abord, la dureté des parties se trouve dépasser l'épaisseur de la muqueuse; celle-ci et les autres tuniques de l'intestin adhèrent à la prostate et à l'urèthre. Il faut donc poursuivre le mal jusque dans la prostate et enlever une portion de sa face rectale. M. Ricord s'assure, après chaque coup de bistouri, qu'on a bien enlevé la partie malade. Cette dissection est longue, pénible, à cause de la ligature des vaisseaux profondément placés, et en raison de la région elle-même. Néanmoins, avec beaucoup de précaution, en ne perdant point de vue la bougie laissée dans l'urèthre, laquelle guide le doigt du chirurgien, M. Demarquay parvient à enlever toute la partie prostatique atteinte sans intéresser aucunement le canal uréthral, ni dans sa portion membraneuse, ni dans sa portion prostatique; mais le doigt se trouve tout à fait rapproché de la bougie uréthrale.

Les canaux éjaculateurs sont également respectés.

Le pansement consiste à mettre des morceaux d'éponge dans la grande excavation qui résulte de l'ablation de la tumeur, et à introduire ensuite une grosse mèche dans le rectum, afin de tenir écartée la plaie postérieure et de donner un point d'appui aux éponges

placées dans l'excavation prostatique. Un plumasseau de charpie et un bandage en T terminent cet appareil de pansement.

Le deuxième et le troisième jour, on enlève les éponges et on les remplace successivement par des boulettes de charpie. Ces simples pansements, répétés plusieurs fois par jour, sont chaque fois accompagnés d'une injection faite dans le rectum, avec une légère solution de permanganate de potasse aiguisé d'alcool ou avec du vin aromatique étendu d'eau. On déterge ainsi la surface malade et on lui enlève toute odeur.

La cicatrisation s'opère ainsi régulièrement et tout marche bien, lorsque, le 8 avril, le malade est pris d'une cystite très-douloureuse. M. de X... rend continuellement du pus par le canal, et la miction, souvent répétée, est insupportable.

En même temps, de vives douleurs se montrent dans l'espace ischio-rectal droit; une tuméfaction assez marquée s'y produit; un véritable phlegmon s'y forme, et pendant la période de maturité le malheureux patient est pris de douleurs névralgiques atroces portant sur le périnée, les cuisses et l'urèthre.

Toutes ces fâcheuses complications finissent cependant par disparaître, grâce à une médication énergique; le malade était même sur le point d'être guéri, lorsque survient un rhumatisme articulaire aigu, dont le sulfate de quinine a raison, mais qui retarde singulièrement le rétablissement de sa santé.

Aussi, pressé de quitter Paris, a-t-il regagné Maisons-Laffitte, sa résidence habituelle, demandant au grand air la confirmation de sa guérison. Celle-ci n'est demeurée radicale qu'en avril 1872, neuf mois après l'opération. M. de X... a passé par toutes les alternatives cruelles de récidive. Mais, aujourd'hui, nul doute n'est permis; il n'y a plus ni induration, ni plaie. Le malade est méconnaissable, tant il est gras, frais et rajeuni. Toutes les fonctions sont régulières et ne laissent rien à désirer.

Le fait est d'autant plus curieux à publier, indépendamment de sa rareté, qu'il a été, de la part des opérateurs, l'objet des soins les plus minutieux. Cette ulcération, qui ne se manifestait au dehors par aucun symptôme, a été suivie minutieusement jusqu'au delà de ses limites. Sa marche envahissante au sein de la prostate permet de se demander presque s'il ne s'agit point là d'une dégénérescence prostatique qui aurait atteint les tuniques musculaires de l'intestin, sa muqueuse ensuite, pour s'éliminer, s'étendre par l'anus, le point le moins résistant de la région.

Quoi qu'il en soit, il est curieux de voir une ulcération gagner une partie seulement, le plancher, de la prostate, sans qu'il se soit manifesté au dehors autre chose que de la douleur, que des phénomènes nerveux, ou tout au moins de simples accidents dus aussi bien à une affection isolée de l'anus. Le bistouri a ici ébarbé la prostate, en l'attaquant par son plancher, et délimité le mal, dont la marche ne se fût point arrêtée à ce niveau. Plus précise que l'amputation de Nusbaüm, cette ablation de la portion inférieure de la prostate méritait de ne point passer inaperçue. C'est un des cas les plus intéressants et les plus curieux de la chirurgie des organes génito-urinaires.

MÉMOIRE
SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES
DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

III

Dans le cas suivant, outre la tumeur périostique au niveau du pariétal, il a poussé sur la langue une petite tumeur tuberculeuse ou gommeuse, qu'on doit aussi regarder comme un accident tertiaire précoce. Je n'insisterai pas maintenant sur cette circonstance, parce que j'aurai plus tard l'occasion d'y revenir à propos d'un cas remarquable de syphilis tertiaire de la langue non douteuse, et très-rapprochée de l'accident primitif.

Obs. II. — *Incubation de l'accident primitif de deux mois de durée. — Très-courte incubation des accidents secondaires. — Roséole, plaques muqueuses, etc. — Bosse pariétale avec douleurs crâniennes névralgiformes. — Petite tumeur de la base de la langue.*

M. H..., âgé de 22 ans, blond et lypmhatique, habituellement bien portant, n'a jamais eu d'autre manifestation constitutionnelle que des gourmes dans son enfance. Dans l'hiver de 1867-68, chancres mous. En août 1868, blennorrhagie, et, vers le 25 et le 28 octobre de la même année, chancre infectant.

Le 6 novembre, je vis le malade pour la première fois (15e jour environ du chancre, au dire du malade). Induration du filet et double pléiade ganglionnaire. Roséole confluente érythémateuse. *Tubercule dur* sur la face dorsale de la langue, en arrière. Plaques muqueuses sur la joue gauche. Papules plates sur la face et le cuir chevelu.

Douleur contusive sur le pariétal gauche, où existe une bosse dure, au-dessus de laquelle la peau, non altérée à ce niveau, glisse facilement. Cette bosse a un demi-centimètre environ de saillie et un centimètre et demi de diamètre; elle est arrondie. Elle a été précédée de douleurs irradiantes et est sensible à la pression.

Tous ces accidents dataient de huit jours environ. Traitement: *neuf* centigrammes de protoiodure.

12 novembre. — L'éruption a pâli. Douleurs rhumatoïdes dans les épaules, les coudes et les genoux. Persistance de la bosse pariétale, qui a la largeur d'une pièce de 50 centimes, est douloureuse à la pression et le point de départ d'irradiations névralgiformes.

La tumeur de la langue a diminué de plus de moitié.

Vers le 20 novembre, la tumeur pariétale s'effaça et les douleurs dont elle était le centre disparurent. Le 1er décembre, il n'en existait pas trace. La petite tumeur de la langue s'était aussi fondue (2e mois environ de la maladie).

Peu à peu, les accidents cutanés et muqueux s'effacèrent; mais en juin il revint des plaques muqueuses dans la bouche (9e mois de la maladie).

J'ai à noter encore quelques circonstances intéressantes relativement à l'incubation de l'accident primitif et des accidents secondaires.

Après un mois de continence, le malade vit une femme vers le milieu du mois d'août : deux ou trois jours après, blennorrhagie, dont la guérison eut lieu dans la première semaine d'octobre. Le malade n'eut commerce avec aucune femme, excepté le 20 octobre. Cinq jours après, retour de la blennorrhagie; le malade découvre deux boutons sur les côtés du filet; ils s'indurent. Le 6 novembre, les accidents secondaires avaient déjà fait leur apparition.

Évidemment, ce n'est pas la dernière femme qui a infecté, mais l'avant-dernière, qui a donné tout à la fois le chancre et la blennorrhagie. L'incubation du chancre a été de deux mois. Quant à celle des accidents secondaires, elle a été très-courte, puisqu'ils se sont manifestés quinze jours après l'apparition du chancre.

Ici la bosse péricrânienne était unique. On remarquera qu'elle avait été précédée de douleurs irradiantes ou névralgiformes, dont elle est devenue plus tard comme le foyer et le point de départ. Elle était, en outre, le siége d'une douleur contusive permanente. Cette association des douleurs fixes et des douleurs irradiantes est un des caractères de la périostite péricrânienne. N'est-il pas probable que beaucoup de céphalées névralgiformes décrites comme des névralgies syphilitiques, naissant sous la seule influence du virus et sans l'intermédiaire d'une lésion matérielle, n'étaient autre chose que ces algies symp-

(1) Suite. — Voir les numéros des 10 et 13 août 1872.

tomatiques d'une périostite qu'on négligeait de rechercher ou qu'une exploration insuffisante ne permettait pas de découvrir?

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 août 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Rouge, de Lausanne, qui remercie l'Académie de la récompense accordée à son livre sur l'uranoplastie.

M. BRIQUET présente un *Traité d'hygiène élémentaire en six leçons*, par M. le docteur A. Mignot.

M. BÉCLARD met sous les yeux de l'Académie un nouveau porte-liquides laryngien, fabriqué par M. Mathieu, sur les indications de M. le docteur Krishaber.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection des commissions de prix pour l'année 1872.

Sont nommés :

Prix de l'Académie : MM. Bouillaud, Barth, Bourdon, de Kergaradec, Hérard.

Prix Civrieux : MM. Bergeron, Jolly, Guérard, Pidoux, Vernois.

Prix Barbier : MM. Barthez, Bernutz, Gosselin, Roger, Verneuil.

Prix Capuron : MM. Davaine, Depaul, Marey, Tarnier, Blot.

Prix Godard : MM. Delpech, Fauvel, J. Guérin, Guéneau de Mussy, Sée.

Prix Orfila : MM. Devergie, Ricord, Tardieu, Giraldès, Piorry.

Prix Lefèvre : MM. Baillarger, Briquet, Chauffard, Marrotte, Peisse.

COMMUNICATION

M. OLLIER lit un mémoire sur les résections sous-périosto-capsulaires de l'articulation du coude. Nous en publierons les conclusions dans notre prochain numéro.

Discussion sur l'empyème et sur la thoracentèse.

M. SÉDILLOT. La discussion qui se poursuit sur la pleurésie purulente aura produit des résultats importants. Elle datera comme un grand progrès dans les connaissances médicales sur ce sujet. Elle a conduit à des préceptes généralement acceptés, et à ce propos je tiens à dire qu'on a très-mal compris, probablement parce que je n'ai pas su me faire bien comprendre, ce que j'ai dit, dans mon premier discours, au sujet de l'autorité. Je n'ai jamais voulu parler de l'autorité personnelle du professeur ou d'autres, mais de l'autorité qui repose sur l'assentiment général.

Je m'associe parfaitement à tout ce qui a été dit par M. Béhier sur son détachement des doctrines fausses des anciens. Il est certain qu'il y a, dans Hippocrate, un très-grand nombre de principes faux. Par exemple, lorsqu'il dit que la blessure de la vessie est toujours mortelle, ce qui serait en opposition avec l'opération de la taille, etc., etc.

Mais il y a autant d'indépendance à approuver qu'à critiquer selon qu'on reconnaît la justesse ou l'inexactitude des préceptes posés. Et quant à la tradition, il faut en tenir compte, parce qu'elle représente l'évolution de l'esprit humain. Le présent repose sur le passé. Un homme, si distingué soit-il, ne gagne jamais à s'abstraire de ce qui a été fait avant lui ou autour de lui.

A propos de la tradition, il est ressorti pour moi, des résultats acquis par cette discussion, une confirmation de ceci : que les anciens, et particulièrement l'École hippocratique, avaient été merveilleux de sagacité en ce qui touchait le traitement de la pleurésie purulente.

Ainsi, un premier fait est devenu certain pour tout le monde : c'est la nécessité d'une intervention chirurgicale sitôt qu'il existe un épanchement purulent dans la plèvre. La résorption du pus est excessivement rare; les exemples, bien qu'il en existe d'incontestables, sont si peu nombreux qu'on a toujours tendance à discuter ceux qui se présentent.

Voilà donc un fait qui se dégage très-nettement. Eh bien, avant la discussion, cette nécessité d'une opération était bien loin d'être évidente pour tous.

Aujourd'hui, personne n'en doute ; dès qu'il y a du pus dans la plèvre, il faut agir, et le plus tôt possible.

Est-ce que ce n'étaient pas ces idées que traduisaient les préceptes hippocratiques? Hippocrate disait : « N'agissez pas avant le quinzième jour, mais agissez après. » Evidemment cela voulait dire : « N'agissez pas dans la pleurésie aiguë, simple, tant que l'épanchement est séreux, mais agissez dès que le pus aura remplacé la sérosité. »

M. Béhier dit qu'Hippocrate avait confondu les pleurésies séreuses et les pleurésies purulentes : est-ce qu'on peut toujours échapper, aujourd'hui même, à cette confusion? Que de fois n'arrive-t-il pas que l'on ponctionne, croyant trouver de la sérosité, et qu'il sort du pus? ou qu'on croit avoir affaire à du pus, et qu'il sort de la sérosité?

Puisque Hippocrate ne voulait pas qu'on ponctionnât avant le quinzième jour, il est clair qu'il voulait condamner les ponctions faites dans la pleurésie séreuse aiguë. M. Béhier dit que les faits sont favorables à cette ponction. Bornons-nous à reconnaître que c'est une question encore à l'étude. Dans une observation récente publiée par M. Bouchut, nous voyons le pus survenir après une ponction qui avait donné issue à de la sérosité. Se serait-il produit aussi rapidement sans cette opération? Je pourrais citer bien des statistiques contraires à la ponction dans les épanchements séreux de fraîche date. Mais, je le répète, cette question est encore à l'étude.

Ainsi, rien ne montre jusqu'ici que le précepte d'Hippocrate ait quelque chose d'erroné.

Un second fait également établi par la discussion, c'est que, si le pus se reproduit à plusieurs reprises, il faut finir par lui donner issue d'une manière permanente; autrement il se fait des fistules, ou le pus se corrompt, etc. Ceci n'a-t-il pas été dit par Hippocrate?

Entre ces deux moments, celui où le pus se produit pour la première fois et celui où on le fait couler d'une manière permanente, il existe une période qui était incertaine autrefois et qui l'est encore.

Les anciens donnaient le précepte de ne pas vider la poitrine du premier coup, et ils avaient raison. Quand l'épanchement a duré longtemps, il y a un écartement considérable des parois; il faut quelquefois plusieurs jours au poumon et au cœur pour reprendre leur situation. Certains malades en ont conscience et disent : « Voilà que mon cœur reprend sa place. »

Dans l'état normal, au contraire, entre l'inspiration et l'expiration, il y a des changements de tension qui, étudiés au manomètre, se traduisent par 10 centimètres de mercure de chaque côté, en tout 20 centimètres.

Si on vide du premier coup la poitrine, il y aura donc une différence énorme de pression, puisqu'il y avait auparavant une compression exagérée et qu'on produit au contraire un vide. Or, la plèvre est une surface poreuse, vasculaire, qui sécrète de la sérosité en abondance ; comment voulez-vous qu'elle supporte sans dommage cette différence de pression et ce vide? Aussi voit-on, quand on a fait couler plus de pus qu'il n'est nécessaire pour faire disparaître l'excès de pression, le malade être pris de toux, de suffocations, et étouffer même ou mourir de syncope. Et puis, en dehors de ces accidents immédiats, les parois de la collection ou sac pseudo-pleural si l'on veut, car les mots sont indifférents, doivent évidemment souffrir de ce vide. Les granulations ne peuvent pas s'y organiser. Voilà pourquoi les anciens disaient que le malade mourait si on vidait entièrement la poitrine.

Maintenant, les préceptes pratiques admis par tous ne reviennent-ils pas encore à ce principe des anciens?

Nous sommes tous d'avis qu'il est bon de commencer par des

ponctions, soit des ponctions simples avec le trocart ordinaire ou le trocart de Reybard, dont la canule est munie de baudruche, ou le trocart que M. Jules Guérin adapte à sa seringue, soit des ponctions suivies d'injections, injections d'eau, injections iodées comme l'a conseillé M. Hérard, ou injections au nitrate d'argent, etc.

Dans l'un et l'autre cas, on ne donne au pus qu'une issue momentanée, et la poitrine ne reste pas vide.

Quant aux ponctions aspiratrices, c'est encore un des points sur lesquels l'accord cesse, une des questions à l'étude. Il n'est pas certain qu'elles soient innocentes. Je n'en parle pas.

En les mettant donc de côté, on voit que nous sommes d'accord à peu près tous avec les anciens.

Les anciens avaient formulé à ce sujet deux préceptes bien nets, qui semblent d'abord contradictoires, mais qui se complètent l'un par l'autre quand on sait bien en pénétrer le sens.

D'une part, ils disaient : « Vous ne viderez pas entièrement la poitrine, autrement le malade mourrait. »

Et d'une autre part, ils disaient : « Vous pourrez retirer du pus autant qu'il vous paraîtra convenable. »

Il est bien clair que ce précepte revenait à ceci : « Vous retirerez du pus juste la quantité qui sera nécessaire pour que le vide ne soit pas produit dans la poitrine. » Or, les anciens avaient, à ce sujet, comme moyen d'appréciation, la toux, etc.

Nous en sommes réduits jusqu'ici aux mêmes moyens; mais avec les progrès de la science, on peut espérer que bientôt on aura inventé une sorte de manomètre à introduire dans la poitrine, et dès lors on pourra sûrement éviter un vide qui détruit la membrane pleurale et le pseudo-sac.

Les anciens recommandaient les injections; nous en faisons aussi, seulement nous en faisons d'autres, car on est parti du principe qu'il fallait modifier les surfaces suppurantes.

On arrive donc à quelques points sur lesquels tout le monde se rallie; il en reste d'autres à étudier, et quand ceux-là seront connus, il en restera d'autres encore, car l'horizon s'élargit sans cesse et le progrès est indéfini.

Si l'on compare cette dernière discussion académique aux précédentes qui ont eu lieu sur le même sujet, on verra qu'il y a un progrès énorme, car il n'y a plus de dissentiment sur les règles fondamentales, et pour le reste, on voit très-bien dans quel sens il faut étudier.

Il me reste à dire quelques mots au sujet des térébrations costales que M. Guérin m'a reprochées. Je n'ai rien à regretter à ce sujet. Une des grandes difficultés que l'on rencontre jusqu'ici est celle d'empêcher l'entrée de l'air autour des canules et de pouvoir fermer celles-ci quand on le veut. J'ai déjà dit comment les anciens s'efforçaient de fermer la plaie avec un tampon dans l'intervalle des injections. Mais cette compression au niveau de la plaie devient souvent tellement douloureuse, qu'on est obligé d'y renoncer. Par la térébration de la côte, on obtient le même résultat très-facilement, sans plaie douloureuse. Aucune nécrose ne s'est produite chez le malade dont j'ai parlé, et M. Reybard a guéri par ce procédé plusieurs malades. Ainsi, bien que ce procédé ne soit peut-être pas à comparer à d'autres, tant qu'on n'aura pas découvert un moyen d'éviter les inconvénients que je signale, on pourra le considérer comme digne d'être étudié.

Mes conclusions sont celles de tout le monde :

1° Ouvrir la poitrine dans tous les cas dès le début de la purulence.

2° Tant qu'on n'aura pas découvert une espèce de soupape, qui permette de fermer hermétiquement la poitrine quand on le veut et d'empêcher l'entrée de l'air, faire cette première ouverture par le moyen d'une ponction à l'aide d'un des procédés indiqués : seringue de Guérin, canule de Reybard, ou canule munie d'un robinet qu'on ferme alors qu'il est sorti assez de pus, et qu'on retire ensuite, etc.

3° Si, après une ou deux ponctions, le pus s'est reproduit, ouvrir la poitrine d'une manière permanente.

4° Faire des injections pour empêcher le pus de s'y corrompre; injections modificatrices ou même injections simples, car Récamier a prouvé autrefois que l'eau pure suffisait pour empêcher la corruption du pus. Et enfin, laisser entrer l'air sans plus redouter les effets d'un changement de pression, qui ne se produira plus puisque les parties déplacées auront eu le temps de revenir graduellement à leur place.

Quant à fixer le moment où il faudra ainsi laisser sortir le pus et entrer l'air, c'est une indication que donnera surtout l'art, l'art qui est supérieur à la science, car il exige des organisations exceptionnelles, tandis que la science peut être acquise par le premier venu. L'instinct de la révélation va au devant des sciences, et c'est lui, c'est l'art qui surtout fait le médecin.

Cette discussion aura été très-profitable; elle est arrivée à une lumière, à une clarté d'indications qui n'existait pas auparavant.

M. CHAUFFARD. Au point où en est arrivée la discussion, je ne veux dire que quelques mots.

Je crois que M. Sédillot s'exagère beaucoup le vide dans la poitrine. Ce vide n'existe pas. La preuve, c'est que lorsqu'on ouvre la poitrine selon le procédé de Reybard, en permettant l'écoulement des liquides pleuraux à travers une canule munie d'une baudruche, la poitrine se vide entièrement sans qu'il soit même besoin de recourir à l'aspiration. Elle se vide entièrement, sans toux et sans secousse, et on entend le bruit respiratoire dans toute son étendue. Donc le vide que M. Sédillot redoute tant ne se produit pas.

L'aspiration elle-même, qui devait avoir théoriquement des effets si redoutables, nous l'avons tous vu employer journellement, sans qu'elle produise aucun de ces effets terribles qui n'existent qu'en théorie.

Du reste, les lois mêmes de la physique devaient faire prévoir que le vide n'existerait pas en pareil cas dans la poitrine. Lorsqu'on fait le vide au-dessus d'un liquide, ce liquide émet des vapeurs qui ont une certaine tension. La cavité de la plèvre renfermant des liquides lorsque le vide vient à s'y produire, nécessairement ces liquides émettent des vapeurs qui viennent en prendre la place. Le sang lui-même perd ses gaz lorsqu'on fait le vide au-dessus de lui. Ainsi le vide n'existe pas dans les cas en question.

M. SÉDILLOT. J'ai fait une expérience que je n'ai pas indiquée, mais que voici : prenant un chien, je lui ai d'abord empli d'eau une des plèvres, puis je lui ai lié la trachée, et enfin j'ai retiré l'eau, et il s'est ainsi produit un vide qui, mesuré au manomètre, était de 15 centimètres de mercure.

M. J. GUÉRIN. Mais la trachée était fermée, il était évident qu'alors il serait facile de faire le vide dans la plèvre. Tel n'est pas le cas chez ceux qu'on ponctionne.

M. SÉDILLOT. Je me mettais ainsi dans les conditions de ceux chez lesquels le poumon est retenu par des fausses-membranes.

M. CHAUFFARD. Je répète que toutes les fois que le poumon a repris sa place et que la respiration s'entend jusqu'à la base, alors qu'on s'est servi de la canule de Reybard, il n'y a pas de vide dans la poitrine, et des vapeurs ont dû prendre la place des liquides extraits.

M. BARTH. Si l'Académie pense que l'on doive continuer cette discussion ?...

Plusieurs voix. Non! non!

M. BARTH. Je recommanderai aux orateurs de ne pas négliger les faits qui ont été présentés dans une discussion précédente sur le même sujet.

M. JULES GUÉRIN. Il y a sept ans.

M. BARTH. J'ai, à cette époque, parlé d'une jeune fille de 6 ans, qui, après deux ponctions à la suite desquelles l'épanchement s'était reproduit, était regardée comme perdue, lorsqu'une troisième ponction, pratiquée sur mon avis, avec l'assistance de M. Barthez, donna issue à un grand verre à bière d'un pus tellement fétide que nous fûmes sur le point de nous trouver mal. Je fis laver la cavité à l'aide d'injections d'eau tiède; je fis laisser en place un tube en gomme élastique, un simple tube au moyen duquel je fis conti-

nuer des injections, d'abord d'eau pure, puis d'un mélange d'eau et d'iode soluble, et enfin, la malade guérit ; elle va très-bien.

J'employai de même un simple tube de caoutchouc chez un officier, qui guérit également très-bien par la même méthode, après que la ponction eut donné issue à quatre litres de pus. Quand je parle de ces faits à M. Chassaignac, il dit : « Mauvais, mauvais ! » Tout ce qui n'est pas tube à drainage est mauvais pour lui ; mais tel n'est pas l'avis de ceux qui ont guéri sans contre-ouverture ni tube à drainage.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 93. — MARDI 20 AOUT 1872. 45e ANNÉE. MARDI 20 AOUT 1872. — N° 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . 16 — — Un an. . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔTEL-DIEU DE REIMS. Utérus bifide; présentation pelvienne (1re position); péritonite; mort (M. Paris). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Résections sous-périostéo-capsulaires de l'articulation du coude : Conclusions (M. Ollier). — Nouveau porte-liquide laryngien (M. Béclard). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Correspondance. — Nouvelles.

LES QUESTIONS PENDANTES

La question du nouvel Hôtel-Dieu est grosse de complications.

L'Assistance publique avait avancé 17 millions du bien des pauvres pour les constructions déjà faites, et elle comptait y trouver 800 lits de malades.

De son côté, la ville de Paris avait dépensé 18 millions, ce qui élève à un total de 35 millions la dépense actuelle.

Dans le plan qui eût consisté à réduire le nombre des lits, à raser quelques pavillons jusqu'au premier étage et à approprier le reste des bâtiments en hôpital, il n'aurait pas fallu moins de 10 millions encore; et, sans compter les réclamations des entrepreneurs, l'Assistance publique, n'ayant plus son nombre de lits, aurait pu se faire rembourser par la ville deParis une somme proportionnelle sur ce qu'elle avait avancé du bien des pauvres.

Ce plan a été rejeté par le Conseil municipal dans la séance du 1er juillet, et il est maintenant probable que ces bâtiments, abandonnés comme hôpital, devront recevoir une nouvelle destination.

Deux membres du Conseil municipal, MM. les docteurs Thulié et Marmottan, proposent de les vendre pour en faire des docks. Nous ne discuterons pas les avantages qu'ils attribuent à leur projet au point de vue budgétaire, car ce qui intéresse surtout le corps médical, c'est la manière dont la Ville pourra fournir à l'Assistance publique 800 lits de malades dans les conditions les plus hygiéniques.

MM. Marmottan et Thulié proposent de les placer en majeure partie dans des postes-casernes élevés sur les remparts, et dont quelques-uns avaient, en effet, été transformés en ambulances dans les premiers temps de la guerre contre les Prussiens. On pourrait conserver des anciens bâtiments de l'Hôtel-Dieu ce qui serait nécessaire pour qu'ils continssent 200 lits.

Ces hôpitaux sur les remparts rappellent les hôpitaux-baraques que M. le professeur Collin, du Val-de-Grâce, a proposé de construire sur la zone militaire : hôpitaux destinés à être brûlés et remplacés de temps en temps, comme on le fait en Amérique, afin que les germes morbides et les miasmes y soient détruits.

Enfin, poursuivant une idée qu'il avait exposée lors du siége de Paris, M. le docteur Félix Rochard a élaboré un nouveau projet d'hôpital fluvial. Cette fois, il ne s'agit plus, comme lors du siége, de bateaux aménagés en hôpital, de baraques flottantes en bois, mais bien de bâtiments solides et permanents, de baraques en fer et en briques construites sur pilotis. Chaque baraque contiendrait de 20 à 25 malades. Disposées en groupes de quatre, sur la Marne, à environ un kilomètre en amont du pont de Charenton, auprès des îles d'Enfer et de Charentonneau, qui seraient converties en jardins pour les convalescents, ces baraques seraient assez nombreuses pour que leur ensemble pût renfermer les 800 lits demandés, et la dépense totale ne s'élèverait qu'à 6 millions, suivant devis dressé par M. Jæger, architecte.

Une des tendances communes à tous ces projets, c'est de transporter les services hospitaliers assez loin du centre de Paris, soit sur l'enceinte elle-même, soit sur la zone militaire, soit plus loin encore. M. Rochard, particulièrement, parle d'y réunir les 800 lits de l'Hôtel-Dieu.

Cet éloignement a de grands avantages, d'abord au point de vue financier, puis à celui de l'aération, et peut-être même à celui de l'état sanitaire des quartiers centraux ; mais il a bien aussi quelques inconvénients.

Je ne veux pas parler ici des intérêts de l'enseignement médical, car il est évident que l'intérêt du malade doit passer avant tout.

Mais pour un blessé, pour un ouvrier qui s'est fait une fracture en tombant d'un échafaudage, ou pour un malheureux atteint de pneumonie au cœur d'un hiver rigoureux, est-il vraiment avantageux d'avoir un long trajet à faire avant d'être enfin reçu dans un lit ?

La civière devient impossible quand le trajet est par trop long. Dans le projet de M. Rochard, un bateau à vapeur pourrait faire le service durant une partie de l'année ; mais cette ressource manquerait alors qu'elle serait devenue le plus utile, dans les froids excessifs.

Il est donc bon de conserver de loin en loin de petits hôpitaux dans les quartiers du centre, et rien n'empêcherait alors de transporter dans des hospices très-excentriques ceux qui sont atteints d'affections chroniques ou de maladies contagieuses, comme on y a déjà transporté les infirmes et les vieillards.

On peut essayer des baraques de M. Collin et de celles de M. Félix Rochard ; mais je crains un peu que ces dernières, malgré tous

les moyens de chauffage intérieur, aient les murs bien froids, étant construits en fer et en briques, au milieu d'un fleuve.

Quelle épaisseur faudra-t-il donner aux murs de briques pour qu'ils isolent de la température extérieure les malades faibles, délicats, impressionnables ?

Le bois est en cela bien supérieur aux briques, qui se laissent assez bien traverser par la chaleur, pour qu'en Suisse on en construise d'immenses fourneaux.

Or, les malades ne doivent pas avoir froid.

Dr Victor Révillout.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. Panis.

Utérus bifide. — Présentation pelvienne (1re position). Péritonite. — Mort.

(Observation recueillie par M. Baudry).

Sidonie ***, âgée de 30 ans, journalière, d'une très-bonne constitution, entre à la salle d'accouchements le 19 juin.

Antécédents. — La menstruation s'établit chez elle à l'âge de 16 ans et se fit toujours d'une façon régulière. Il y a trois ans, elle accoucha pour la première fois. Présentation du siége. L'expulsion du fœtus et la délivrance furent très-faciles

Ayant perdu, l'année suivante, son mari et son enfant, elle quitta la campagne pour se fixer à Reims, où elle entra en service et fatigua beaucoup. Elle cirait presque journellement des appartements. Quelques mois après son arrivée, elle ressentit, aux époques menstruelles, des douleurs sourdes et une sensation très-prononcée de poids dans les organes génitaux. C'était le commencement d'un prolapsus vaginal, que les mêmes occupations continuées et de nouvelles fatigues accrurent insensiblement Au mois d'octobre dernier, elle devenait enceinte pour la seconde fois ; rien de particulier à signaler pendant sa grossesse.

État actuel. — Le 19 juin, à 9 heures du soir, elle se présente à la salle d'accouchements, à terme, et ayant ressenti quelques douleurs. On touche : l'orifice du col est complétement dilaté; les eaux sont écoulées, et le pied gauche s'engage; on a affaire à une position sacro-iliaque gauche antérieure. Les douleurs deviennent plus fréquentes, et le pied droit restant relevé vers l'abdomen, on le dégage. La progression du tronc se fait ensuite lentement. En explorant la région ombilicale du fœtus, on constate une tension considérable du cordon, et un arrêt de la circulation. L'expulsion du tronc s'achève très-lentement, et les bras se trouvant relevés de chaque côté de la tête, on dégage le postérieur, puis l'antérieur. Les doigts rencontrent au cou quatre circulaires que l'on fait glisser sur le tronc. Arrêt du travail; la tête reste engagée. Le chirurgien intervient pour terminer l'accouchement, pendant qu'un aide maintient le prolapsus vaginal devenu de plus en plus volumineux. Une hémorragie assez abondante suit l'expulsion du fœtus. Les adhérences utéro-placentaires nécessitent la délivrance artificielle, et l'hémorragie cède rapidement à l'administration du seigle ergoté. L'accouchement est terminé à 1 heure du matin. La nuit du 19 et la journée du 20 furent assez bonnes.

21 juin. — A 4 heures du matin, frisson intense.

L'abdomen est ballonné et très-sensible, principalement au niveau de la fosse iliaque gauche ; 110 pulsations.

R. Glace et injection à l'épigastre de *trois* centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Le soir, aggravation des symptômes; deux vomissements bilieux.

La perte de sang subie pendant l'accouchement fait renoncer à une application de sangsues.

R. Frictions mercurielles et nouvelle injection de morphine.

La nuit, quelques nausées, mais pas de vomissements.

22 juin. — Diminution de la sensibilité et du météorisme ; même fréquence du pouls. La malade est sondée avec une certaine difficulté; la vessie, entraînée par le prolapsus, est venue s'étrangler contre le bord inférieur de la symphyse pubienne, et la direction du canal de l'urèthre décrit une courbe très-prononcée à concavité supérieure. Deux vomissements porracés; le prolapsus est complet ; les lèvres du col de l'utérus proéminent entre les grandes lèvres.

R. Douze paquets de calomel; potion de Rivière, et, le soir, injection de morphine.

Mort dans la nuit.

Autopsie. — La muqueuse vaginale fait saillie à la vulve sous forme d'un bourrelet très-volumineux, au centre duquel on aperçoit l'orifice externe du col de l'utérus, circonscrit par les deux lèvres.

L'abdomen ouvert, on trouve les anses intestinales libres d'adhérences, mais distendues par des gaz très-abondants. Les lésions de la péritonite à laquelle a succombé la malade sont caractérisées par un épanchement de liquide séro-purulent, épanchement plus marqué à gauche.

L'utérus, abaissé par le prolapsus, incliné à gauche, ayant une direction oblique de haut en bas, de gauche à droite et d'avant en arrière, n'a qu'une trompe, qu'un ovaire et qu'un ligament rond; ces organes, normalement conformés, s'insèrent, comme d'ordinaire, à la partie supérieure du bord gauche. A la partie moyenne et droite de la portion cervicale de l'utérus, s'implante, à angle aigu, une tumeur pyriforme. légèrement oblique de haut en bas, à parois épaisses et résistantes. Cette tumeur, en rapport avec la moitié droite du bassin, présente, à la partie supérieure de son bord externe, l'insertion d'une trompe, d'un ovaire et d'un ligament rond, également de conformation normale. Nous avons affaire à un second utérus, que nous désignerons sous le nom d'utérus droit, eu égard à son siége. Chacun de ces utérus est en rapport, par sa face postérieure, avec la face antérieure du rectum ; le cul-de-sac recto utéro-vaginal est dédoublé; une cloison médiane, qui s'insère à son extrémité inférieure à l'angle de réunion des deux utérus, sépare les deux moitiés du cul de-sac.

La vessie, entraînée en bas et en avant par le prolapsus, s'étrangle au niveau de la partie moyenne du corps, sur le bord inférieur de la symphyse pubienne. Ces nouveaux rapports de la vessie avaient été, pour ainsi dire, indiqués d'avance par la direction à donner à la sonde dans le cathétérisme.

Diamètres. — *Utérus gauche.* — Diamètre vertical, étendu du bord libre de la lèvre postérieure du col au fond de l'utérus : 31 centimètres.

Diamètre transverse, d'un bord à l'autre, à la partie moyenne du corps : 14 centimètres.

Circonférence interne à la partie moyenne du corps : 25 centimètres.

Utérus droit. — Diamètre vertical, étendu de l'orifice de cet utérus au fond : 11 centimètres.

Le même diamètre, étendu du bord libre de la lèvre postérieure du col commun au fond : 21 centimètres.

Diamètre transverse : 8 centimètres.

Circonférence interne : 9 centimètres 1/2.

L'orifice propre de l'utérus droit admet facilement le volume du pouce.

De ce qui précède, il est peut-être permis de conclure que, en dehors de la fécondation et de la gestation, la conformation de ces utérus était la suivante : Deux corps distincts, d'égales dimensions, se réunissant, à angle aigu, au niveau de leur portion cervicale, pour s'ouvrir, chacun par un orifice, à la partie supérieure d'un col commun.

L'augmentation des diamètres de l'utérus droit peut être vraisemblablement attribuée à la participation qu'a prise cet utérus au développement dont a été le siége l'utérus gauche pendant la grossesse.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par CHARLES MAURIAC, médecin de l'Hôpital du Midi.

PREMIÈRE PARTIE

DÉTERMINATIONS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS SUR LE PÉRICRANE.

IV

Dans l'observation suivante, on verra qu'il eût été facile de méconnaître la cause réelle de la névralgie.

OBS. III. — *Syphilis incertaine au début, sans autre accident qu'une névralgie temporo-pariétale droite, ayant pour foyer une périostite péricrânienne de la tempe correspondante. — Quelques jours après la guérison de la névralgie et la disparition de la tumeur, syphilide papulo-squameuse, puis laryngopathie.*

Le 17 juin 1869, je fus consulté par Mlle Thérèse X..., âgée de 19 ans, qui était la maîtresse d'un monsieur à qui je donnais des soins pour une syphilis contractée trois mois auparavant. Qu'elle eût donné ou reçu cette maladie, il était probable, *à priori*, qu'elle en était atteinte.

Elle éprouvait depuis six jours des douleurs névralgiques dans la région temporale droite, revenant sous forme d'attaque pendant la nuit, précédées d'un léger frisson et accompagnées de fièvre. Elle s'était aperçue, la veille, qu'il existait une tumeur douloureuse à la tempe.

Je constatai en effet, à 2 ou 3 centimètres au-dessus du sourcil droit, une grosseur ayant les dimensions d'un noyau de cerise, sous-cutanée, dure, immobile et vaguement circonscrite. Au-dessus d'elle, la peau, intacte, glissait avec une grande facilité. Cette petite tumeur était extrêmement douloureuse à la pression. C'est de là, comme d'un foyer, que partaient les irradiations névralgiques, se dirigeant du côté de l'oreille et du pariétal correspondants. Il existait, en outre, quelques douleurs locales et vagues dans la tête, mais sans autre tumeur. L'accès était surtout nocturne et un peu fébrile. Cette affection ne se rattachait à aucune violence extérieure, à aucune cause accidentelle, à aucune intoxication paludéenne.

Par un singulier scrupule, cette fille ne voulut pas permettre l'examen des parties génitales, où elle affirmait n'avoir aucune lésion. Ganglion volumineux et indolent dans l'aine droite. Je ne parvins à découvrir aucune manifestation syphilitique.

Chloro-anémie, face blafarde, yeux battus, langueur morbide de la physionomie. Dyspepsie, inappétence.

Convaincu que cette névralgie était de nature syphilitique, je prescrivis *un gramme* d'iodure de potassium à prendre chaque jour.

18 juin (huitième jour de la maladie). — La fièvre, un peu retardée, n'a commencé qu'à 1 heure du matin, sans frissons ni sueurs, et a duré jusqu'au jour. Attaque névralgique aussi violente, insomnie et agitation. Douleur presque nulle dans la journée. La tumeur temporale n'a pas changé.

19 juin. — Douleurs névralgiques moins fortes que les nuits précédentes. Accès de fièvre à 9 heures 1/2 du soir. Insomnie complète. Agitation. Larmoiement produit par l'iodure de potassium. Tumeur toujours très-sensible à la pression.

21 juin (onzième jour). — Un peu de sommeil, moins de fièvre. Aucune douleur dans la journée. Toujours attaques névralgiques nocturnes, mais moins intenses. La tumeur reste dure et comme osseuse ; elle paraît moins sensible à la pression ; aucun symptôme de syphilis. Je fais continuer l'iodure de potassium ; sirop d'iodure de fer, quinquina.

Vers la fin de juin et les premiers jours de juillet, les douleurs névralgiques et les accès de fièvre s'atténuèrent peu à peu et cessèrent complétement ; en même temps la petite tumeur s'affaissa.

Le 12 juillet (trente-deuxième jour de la maladie), je revis la malade. La bosse fronto-temporale avait disparu sans laisser aucune trace. L'iodure de potassium avait été continué jusqu'au 6. L'examen le plus attentif ne me fit découvrir aucune manifestation caractéristique de la syphilis, si bien que son existence devenait pour moi problématique.

Mais un mois après, le 10 août, la malade vint me consulter pour une éruption qui ne pouvait me laisser aucun doute : elle avait, en effet, sur tout le corps des taches d'une roséole pâle ; dans la paume des mains des plaques psoriasiques, et au pubis de larges papules lenticulaires d'un rouge foncé. Ganglions cervicaux. Plus d'accès névralgiques. Chloro-anémie.

Elle me raconta que cinq mois auparavant environ, c'est-à-dire en mars ou en avril, elle avait eu des maux de gorge et une douleur singulière dans la main et dans le bras droits : cette douleur était paroxystique et surtout nocturne; elle parcourait tout le bras, se prolongeait jusqu'à l'extrémité des doigts et causait un tel engourdissement qu'il était impossible à la malade de coudre et d'écrire. (Proto-iodure. Toniques.)

Trois mois après survint une laryngopathie indolente, avec enrouement caractéristique, qui dura plusieurs semaines et alla presque jusqu'à l'aphonie.

Depuis cette époque, je n'ai pas revu la malade.

Il est difficile de déterminer d'une manière précise l'époque à laquelle a commencé la syphilis de cette fille. Je croirais volontiers que la périostite péricrânienne et la névralgie temporo-pariétale qui en dérivait n'étaient qu'une deuxième poussée des accidents consécutifs, la première ayant consisté en maux de gorge et en douleurs névralgiformes du bras et de la main du côté droit. Dans plusieurs cas que j'ai observés, c'est par une névralgie brachiale compliquée parfois d'une sorte de paralysie qu'a commencé la série des accidents généraux de la maladie. Cette manifestation, il faut bien le reconnaître, est rarement isolée, et si elle n'est pas accompagnée actuellement des phénomènes habituels de la syphilis, tels que roséole, maux de gorge, céphalées, etc., elle en a été précédée ou elle en sera suivie.

Quant à la nature syphilitique de la tumeur sous-cutanée et de la névralgie temporale, je ne pense pas qu'il soit possible de la mettre en doute, non plus que la relation de cause à effet qui existait entre elles. Ici, la névralgie a pris un caractère plus franchement intermittent que dans aucune des autres observations. L'intermittence était même si régulière au début, qu'on aurait pu croire qu'elle résultait d'une intoxication palustre. Ces névralgies intermittentes régulières, à accès vespéraux et surtout nocturnes, ces névralgies accompagnées d'un mouvement fébrile plus ou moins violent, ordinairement composé de deux stades, celui de la chaleur et de la sueur (ce dernier pouvant aller jusqu'à la diaphorèse profuse), sont assez communes chez la femme. J'en ai vu un cas d'une gravité telle, qu'il simulait un accès de fièvre pernicieuse, avec délire, trismus, contracture tétanique des muscles de la nuque, etc.

Une particularité intéressante à noter dans l'observation précédente, c'est l'éruption roséolique qui ne survint qu'un mois après la tumeur péricrânienne.

(Sera continué.)

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13 et 15-17 août 1872.

RÉSECTIONS SOUS-PÉRIOSTÉO-CAPSULAIRES
DE L'ARTICULATION DU COUDE.

Conclusions d'un mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 13 août 1872, par M. Ollier.

On obtient, après la résection sous-périostée du coude, une articulation du même type que l'articulation enlevée, un véritable ginglyme. L'articulation nouvelle est solide et très-mobile dans le sens antéro-postérieur. La flexion et l'extension sont complètes. La pronation et la supination s'exécutent également, mais moins complètes qu'à l'état normal.

La solidité latérale de l'articulation est due à la reproduction des tubérosités humérales, qui se présentent le plus souvent sous la forme de deux apophyses latérales dirigées en bas et en dehors par rapport à l'axe de l'humérus. Elle forme ainsi une mortaise solide, dans laquelle sont reçus le radius et le cubitus. La formation d'un nouvel olécrâne plus ou moins recourbé en crochet augmente encore la solidité de l'articulation.

La forme des tubérosités humérales reproduites fait ressembler la nouvelle articulation du coude à l'articulation tibio-tarsienne. Les tubérosités humérales figurent les malléoles.

Aucun muscle n'ayant été coupé pendant l'opération, tous les mouvements peuvent s'exécuter dans l'articulation nouvelle. L'extension est active et énergique; elle se fait par la contraction des triceps et non par le relâchement graduel des fléchisseurs, comme dans les opérations anciennes. Quand on coupe le triceps, il se rétracte et va se souder le plus souvent à l'humérus; il perd ainsi toute action sur les os de l'avant-bras.

L'artérite de l'extension après la résection du coude était tellement rare autrefois, que Malgaigne la niait absolument.

Pour obtenir la reconstitution d'un ginglyme après une résection du coude portant sur la totalité des renflements osseux qui constituent cette articulation, la conservation de la gaîne périostique est une condition indispensable, mais elle n'est pas la seule. Il faut surveiller et diriger le traitement consécutif. C'est surtout pendant les trois premiers mois qu'il faut avoir les opérés sous les yeux, si l'on veut remplir les indications importantes et quelquefois pressantes du traitement consécutif. Un de nos opérés a perdu ses mouvements de pronation et de supination parce qu'on avait négligé pendant quinze jours de lui imprimer ces mouvements.

On ne saurait trop insister sur l'importance de ce traitement consécutif.

C'est parce que je n'ai pas suivi mes opérés que plusieurs ont eu des membres imparfaits. Deux de mes opérés de la guerre, entre autres, ont eu une ankylose pour être restés trois ou quatre mois dans la même gouttière.

Le traitement consécutif consiste principalement dans la position à donner au membre et dans la mobilisation méthodique et persévérante de l'articulation.

Ce qu'il y a de plus important dans la position à donner au membre, c'est la détermination de l'écartement qu'il faut laisser entre les surfaces de section.

La règle que j'observe est la suivante : il faut rapprocher d'autant plus qu'on compte moins sur la régénération osseuse. L'âge du sujet et la nature de l'affection pour laquelle on résèque sont les principaux termes du problème à résoudre.

On doit imprimer au membre des mouvements dès qu'on peut le faire sans douleur. Il n'est pas possible de fixer une époque pour commencer ces mouvements. Dans quelques cas, nous les avons commencés au bout de trois semaines, mais il n'était pas possible de les exécuter.

Il importe d'autant plus de commencer au plus tôt ces mouvements de l'articulation que, toutes choses égales d'ailleurs, la résection sous-capsulo-périostée expose plus à l'ankylose que la méthode ancienne.

C'est surtout l'articulation radio-cubitale supérieure qui est menacée d'ankylose lorsque la cupule seule du radius a été retranchée. Il faut donc y veiller de près pour conserver les mouvements de pronation et de supination.

Il est difficile d'apprécier d'une manière générale le périoste de la résection du coude. L'âge du sujet, la salubrité du milieu, la nature de l'affection pour laquelle on résèque, sont des indications de la plus haute importance.

Au-dessus de l'âge de 25 ans, nous n'avons perdu aucun de nos opérés par arthrite suppurée ou ankylose, et nous avons 15 succès sur 15 opérations.

Au-dessus de cet âge, nous avons perdu, des suites immédiates de l'opération, 5 opérés sur 20. Ils ont succombé : à la pyohémie, 2; à l'érysipèle, 2, et à la pourriture d'hôpital, 1.

6 opérés, dont 1 amputé ultérieurement, ont succombé à une époque plus ou moins éloignée de l'opération, soit à la phthisie pulmonaire [4], soit à une maladie n'ayant aucun rapport avec l'affection articulaire.

Les cas traumatiques, pris en bloc, me donnent 7 succès sur 11. Ici les résultats ont été bien plus favorables pour les plaies d'armes à feu que pour les fractures compliquées dues à une autre cause. Sur 4 cas opérés pour des fractures résultant de chute sur le coude, je n'ai eu que 1 succès, tandis que sur les 7 cas que j'ai opérés dans les campagnes de la Loire ou de l'Est, 6 ont guéri, et le 7e a succombé à une lésion indépendante de la résection, la division totale de l'artère humérale par le projectile, qui donna lieu à une hémorragie foudroyante dix-huit jours après l'opération.

NOUVEAU PORTE-LIQUIDE LARYNGIEN

(Présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 13 août 1872, par M. Béclard.)

Cet instrument se compose d'un tube légèrement conique, en argent vierge, sans soudure, à parois relativement épaisses, pouvant être courbé plus ou moins sans inconvénient, et ayant pour but l'introduction dans le larynx de liquides de diverses natures.



L'instrument est muni d'un manche et d'un orifice à chaque extrémité; les deux orifices étant libres, on le plonge dans le liquide médicamenteux à employer; on place ensuite l'index de la main qui tient l'instrument sur l'orifice supérieur situé près du manche, et, de cette façon, le liquide qui a pénétré dans l'instrument y est maintenu en vertu d'une loi physique bien connue (le tube est gradué par gouttes, 1, 2, 3, 4; sa capacité moyenne est de 25 gouttes); une fois l'instrument placé dans le larynx, on dégage l'orifice supérieur en ôtant l'index, et le liquide tombe sur la partie malade.

Cet instrument a l'avantage de permettre :

1° La mensuration précise du liquide à employer;

2° De limiter son action exactement sur le point malade, lorsqu'il s'agit de cathérétique ou de corrosif;

3° De rendre possible l'introduction en quantité illimitée de substances médicamenteuses, telles que eaux minérales, par exemple, avec la certitude de leur introduction dans les voies aériennes.

Avec tous ces avantages, ce porte-liquide laryngien remplace avantageusement, d'une part, les porte-éponges et les porte-pinceaux, et, d'autre part, les pulvérisateurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 août 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — les *Archives générales de médecine et de chirurgie;* — le *Lyon médical;* — le *Bordeaux médical;* — la *Gazette médicale de Strasbourg;* — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique.*

Le secrétaire du *Collége royal des chirurgiens de Londres* remercie la Société de l'envoi de ses bulletins.

M. Guéniot présente, de la part du docteur Villebrun, de Marseille, une observation d'utérus bifide. (Rapporteur : M. Guéniot.)

Discussion sur les lympho-sarcomes. — M. Trélat. L'ordre du jour appelant une discussion déjà commencée, je prends la parole pour exposer en quelques mots l'objet de ma première communication.

Vous vous rappelez le fait qui a été publié dans nos bulletins : un malade, atteint de tumeur ganglionnaire du cou, est opéré; le mal récidive dans la cicatrice, et le patient succombe pendant l'opération pratiquée pour cette récidive. A l'autopsie, nous avons trouvé une généralisation du mal dans la rate et dans les ganglions mésentériques.

J'avais diagnostiqué, en raison de la marche rapide du mal et de l'état de santé en apparence florissant du malade, un cancer des ganglions, ou plutôt une tumeur à éléments histologiques néogènes. L'examen microscopique des tumeurs enlevées a été fait par M. Ranvier, et vous vous rappelez que cet anatomo-pathologiste a caractérisé la lésion un sarcome des ganglions avec hypergenèse des éléments cellulaires du ganglion. Vous vous rappelez aussi qu'à la même époque, M. Lannelongue publiait une observation de tumeur des ganglions, où le sarcome était caractérisé par la présence d'un élément réticulaire, et que cette sous-variété de sarcome avait eu les mêmes allures que le sarcome que j'ai observé.

Ainsi donc, voilà des faits qui se multiplient : tumeurs des ganglions solitaires sans retentissement apparent sur la santé générale, débutant comme l'adénie et sans leucocythémie. On peut les rattacher à l'adénie décrite par Trousseau, à cette adénie qui existe sans leucocythémie, mais sous des points de vue essentiels elles en diffèrent entièrement. L'adénie a une marche rapide, les hypertrophies des ganglions se multiplient, la santé générale faiblit, et les médecins sont dans l'habitude de n'y rien faire localement. Les tumeurs que je signale, au contraire, restent solitaires; elles n'ont pas d'action évidente sur la santé générale. Les désordres intérieurs restent profondément cachés, et comme leur développement rapide rappelle la marche du cancer, elles sollicitent une opération.

Ce que j'avais observé m'avait conduit à formuler, au moment de ma première communication, cette proposition, que je ne croirais pas devoir opérer un sarcome ganglionnaire. En effet, alors que rien ne me la faisait supposer, une généralisation du mal existait. Mon malade est mort accidentellement; la Société a pensé que le chloroforme y était pour quelque chose, mais sa mort a été seulement précoce, car six mois plus tard à peine il eût succombé au progrès de la généralisation du sarcome dans les viscères. En somme, on est exposé aujourd'hui à enlever un sarcome en croyant avoir affaire à un ganglion strumeux, et on fait, à mon sens, une mauvaise opération. Il est donc de la plus haute importance de traiter cette question, neuve au point de vue clinique, et de chercher les bases d'un diagnostic certain. Cela est-il possible?

Il y a bien quelques signes : ces tumeurs se développent chez des sujets déjà d'un certain âge; ce ne sont point des jeunes gens, et le mal arrive à une époque où se développent les tumeurs néoplasiques. Il n'y a point, parmi les antécédents, de cause apparente d'adénites dans le voisinage; enfin, le développement du mal est très-rapide. Lorsque la tumeur a un certain volume, il y a encore un caractère qui peut éclairer : la tumeur ne se perfore point, il n'y a pas de suppuration; elle est demi-dure, il n'y a pas de lobes multiples. Chez mon malade, il n'y avait que trois lobes; cette disposition correspond à l'hypertrophie réticulaire des cloisons qui divisent la tumeur et simulent des lobes. Hors ces quelques signes, je ne vois pas d'autre assiette au diagnostic.

L'histologie, cependant, ne laisse aucun doute; ces tumeurs sont bien des sarcomes. Je demande donc que nous nous éclairions ici, car, d'après ce que j'ai vu, lorsqu'il existe un lymphadénome sarcomateux qui n'est pas franchement de l'adénie avec ou sans leucocythémie, je crois qu'il ne faudrait pas faire d'opération.

M. Verneuil. Je ne pense pas pouvoir élucider tous les points du débat, et je ne donnerai pas sans doute toute satisfaction à M. Trélat, mais j'ai dix faits sur lesquels j'appellerai l'attention de la Société et qui pourront éclairer la question.

Il existe des tumeurs nées dans les ganglions qui ne semblent pas en rapport avec une lésion locale de voisinage. Ces adénopathies, qui se présentent le plus souvent au cou n'ont pas la marche des autres engorgements ganglionnaires. Elles ne sont pas accompagnées de leucocythémie, de sorte que l'on peut se demander si elles rentrent dans les cas d'adénie, telle que l'a décrite Trousseau. *A priori*, je dois dire que les faits que je vais rapporter ne sont pas de l'adénie; il ne s'agit point d'engorgements ganglionnaires se multipliant partout et coïncidant avec la lococythémie; il s'agit d'engorgements localisés plusieurs années dans un point.

L'anatomie pathologique et l'histologie de ces tumeurs m'ont appris qu'il en existait plusieurs espèces :

1° Une variété dans laquelle il y a hypertrophie des follicules clos, comme dans les rates atteintes de dégénérescence amyloïde. J'ai trois cas de ce genre; l'un d'eux a été publié dans la *Gazette hebdomadaire* en 1854.

2° Le ganglion a subi la dégénérescence fibro-plastique; l'aspect du ganglion est conservé, malgré l'augmentation de volume; on ne trouve que des éléments fibro-plastiques, et le ganglion présente, à la coupe, un aspect charnu.

3° La troisième variété correspond au sarcome et renferme des éléments embryo-plastiques. Deux sous-variété composent ce groupe. Il y a une dégénérescence du ganglion, qui est constitué par des masses blanches, et où domine l'élément embryo-plastique. Les cloisons du ganglion sont hypertrophiées et sont remplies d'éléments fibro-plastiques fusiformes : c'est le fibro-sarcome. La deuxième sous-variété est une forme hypertrophique; la capsule fibreuse du ganglion a acquis un accroissement énorme, et, au centre, se trouve une masse pulpeuse, comme le contenu d'une loupe : c'est le fibro-adénome.

4° Il y a un squirrhe franc des ganglions; j'en ai vu deux exemples remarquables.

5° Une dernière variété est un sarcome présentant une grande mollesse et offrant, quant à la composition histologique et à l'aspect général, les caractères de l'encéphaloïde ancien.

6° Le cancer primitif dur. C'est au cou, principalement, que j'ai observé ces tumeurs; j'en ai vu une à l'aisselle, une à l'aine.

Les faits sur lesquels nous appelons l'attention ont été entrevus, nous ne le méconnaissons point; mais les recherches modernes sont à faire sur ce point. Si Lebert avait signalé le cancer primitif des ganglions, Velpeau avait dit qu'il n'y avait pas d'engorgement des ganglions sans lésion primitive dans un point voisin. Si l'on enlevait des ganglions, on disait qu'on enlevait des engorgements scrofuleux malins; j'en appelle aux travaux de Larrey et de Velpeau. Plein de ces idées, j'avais, au début de ma carrière, jugé mauvaise l'opération qui avait pour but d'enlever des ganglions. Personne, à cette époque, n'avait fait de distinction capable de diriger les opérateurs.

M. Forget. On avait distingué.

M. Verneuil. Quand nous aurons les preuves de la distinction avec des observations, nous discuterons l'assertion de M. Forget.

La question du diagnostic est posée. Comment peut-on la résou-

dre? Entre un engorgement hypertrophique simple et un sarcome, comment distinguer? Cela est important, car j'ai une observation qui démontre que l'on peut enlever avec succès les sarcomes des ganglions. Pour ma part, je ne sais si je pourrais toujours diagnostiquer, sur le vivant, les variétés que j'ai reconnues à l'autopsie des tumeurs.

Toutes les variétés de tumeurs que j'ai observées existaient chez des sujets adultes. Au dessus de 20 ans, je n'ai pas vu de signes clairs de scrofules ou de lymphatisme. Chez les malades, gens robustes, d'ailleurs, une seule région ganglionnaire était prise; il n'y avait pas de lésion antérieure dans la sphère voisine des ganglions. Chez aucun malade, il n'y avait de leucocythémie, et, à cet égard, on ne peut confondre ces engorgements chroniques avec la leucocythémie que tout à fait au début.

On ne peut se fonder sur la durée du mal pour établir le caractère de malignité de la tumeur. J'ai enlevé une tumeur du cou, qui, après l'opération, a pris la marche grave du cancer, et cependant le malade portait cette tumeur depuis six ans. J'ai enlevé une tumeur que j'ai désignée sous le nom d'adénome périphérique. La durée du mal dépassait cinq ans et demi. La tumeur de l'aisselle, que j'ai enlevée, tumeur énorme que les chirurgiens étrangers avaient renoncé à opérer, gênait peu le malade, et la coquetterie seule le poussait à se faire opérer. Après l'opération, il y a eu une généralisation dans le foie, et cependant le mal durait depuis neuf ans.

Cependant, combien serait-il urgent de diagnostiquer la nature exacte du mal à une époque voisine du début! Alors, en effet, le ganglion roule facilement sur les parties profondes et est facile à extraire. On n'est pas obligé d'attendre et d'en arriver à ce point qu'on doive laisser les opérations inachevées, comme j'ai dû m'y résigner dans un cas où cependant la tumeur avait une mobilité apparente.

Faut-il opérer ces tumeurs? M. Trélat dit non, parce que la récidive et la généralisation cachée ne tardent pas à emporter les malades; mais, à ce compte, on ne devrait pas toucher aux tumeurs malignes du sein.

M. TRÉLAT. Mais je n'ai parlé que d'une variété des tumeurs dont s'occupe M. Verneuil.

M. VERNEUIL. Comme le diagnostic est difficile, sinon impossible, ce que je dis des tumeurs hypertrophiques s'applique aussi aux sarcomes graves.

Y a-t-il d'ailleurs des documents, dans les livres modernes, relatifs aux lymphadénomes? Le livre de Virchow ne renferme rien qui ait trait à la chirurgie et surtout à la clinique. Pour moi, d'après ce que j'ai vu dans tous les cas, rien ne fait présager une généralisation qui serait capable de contre-indiquer une opération.

Le sarcome du pli de l'aine que j'ai présenté ici à la Société existait chez un malade qui avait toutes les apparences d'une excellente constitution. J'opère; la pyoémie emporte le malade. Il y avait dans le foie et dans les ganglions viscéraux des foyers secondaires, et il n'y avait pas moyen de se douter de ce fait avant l'opération. Il en était de même pour l'observation de la jeune fille chez laquelle j'ai dû laisser l'opération inachevée. Ces opérations sont, en effet, plus graves et plus laborieuses qu'on ne le suppose. Malgré une mobilité apparente, on est obligé de sculpter la tumeur, on dénude des artères, des veines; deux fois j'ai rompu la veine jugulaire, et j'ai dû lier. Est-ce à dire qu'on ne doive pas opérer? Les faits qui ont été publiés dans la thèse de M. Debarre (*De la dénudation des artères*, thèse de Paris, 1860), dans la thèse de M. Bergeron (*Des engorgements ganglionnaires du cou*, concours d'agrégation, 1872), renferment des faits de ma pratique, où se trouvent des cas de dénudation des artères et des veines et de ligature des veines qui n'ont été suivies d'aucun accident. La dernière thèse renferme l'histoire d'un boucher auquel j'ai enlevé une tumeur de l'aisselle avec la veine axillaire, dont j'ai lié les deux bouts; le malade a guéri. Un autre ganglion apparut au cou; je l'ai enlevé un an après : c'était de l'encéphaloïde pur. Un engorgement ganglionnaire du cou s'est ensuite montré derrière l'oreille; le mal semblait près de se généraliser. Néanmoins, cet homme a eu six ans de guérison, et cela est bien quelque chose. Un jeune homme que nous avons vu avec Follin, avait une grosse tumeur ganglionnaire du cou allant du pariétal à l'acromion, et étouffant le malade; nous opérons, et sept ans après nous revoyons le malade guéri. Sa tumeur était composée de tissu fibro-plastique. J'ai opéré une actrice dont le mal a continué, et qui est allée mourir à la mer. Une malade de Fontainebleau avait une adénite cervicale double; j'opère d'un côté; un érysipèle survient. Sous cette influence, les ganglions de l'autre côté guérissent. La malade est morte, cinq ou six mois après, tuberculeuse, a-t-on dit; mais je crois qu'elle a pu succomber à une généralisation de son mal.

J'ai aussi essayé la thérapeutique contre les tumeurs de ce genre. En 1867, un étudiant en droit avait un ganglion hypertrophié dans la région des vaisseaux du cou (c'est là, en général, que siége le mal). La tumeur était grosse. Je refusai d'opérer ce jeune homme, et je l'envoyai à la mer. Ce malade venait me voir tous les six mois. Le mal diminua très-sensiblement, des deux tiers environ. A-t-il disparu tout à fait? Je ne sais, et il serait heureux que notre *Bulletin* pût être connu de lui, afin que cette note l'engageât à donner des renseignements sur l'état de sa tumeur. En résumé, d'après ce que j'ai vu, les opérations pratiquées pour les tumeurs dont je viens de vous entretenir sont des opérations très-graves; mais, à mon sens, elles doivent être faites.

M. MARJOLIN. Les antécédents des malades étaient-ils connus? Y avait-il, dans leurs ascendants, des cancéreux ou des scrofuleux?

M. VERNEUIL. Je n'ai parlé ici que des lésions qui ne sont ni de la scrofule ni du cancer.

PRÉSENTATION DE MALADES

Polype naso pharyngien; résection temporaire de la paroi antérieure du sinus maxillaire. — M. TRÉLAT montre un malade auquel il a enlevé un polype naso-pharyngien par une résection temporaire du maxillaire, suivant le procédé de Langenbeck, modifié par Bœckel. Un lambeau étant taillé sur la joue, sans détacher les parties molles des os, une section avec la scie à main à chantourner a été faite sur la paroi antérieure du sinus maxillaire, puis sur l'apophyse montante, puis sous le bord orbitaire, et enfin sur l'os malaire. Le lambeau relevé, le sinus a été ouvert, la paroi externe de la fosse nasale a été détruite, et le polype a pu être enlevé. Aujourd'hui, ajoute le présentateur, quatre semaines après l'opération, le lambeau a repris, les os sont soudés, et la joue est très-solide. Cette opération est rendue assez difficile, à cause des hémorragies qui ont lieu pendant les manœuvres d'arrachement du polype. Le malade est parti guéri dans son pays.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL DU 8 JUIN

Des injections intra-veineuses de chloral. — M. ORÉ a envoyé la note suivante. (Sera publiée.)

La séance est levée à 5 heures 1/2.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Stainville, 15 août 1872.

M. le directeur,

Je lis, dans votre numéro du samedi 10 août, une note de M. le docteur Michel (de Cherbourg), sur un procédé qui consiste à placer l'avant-bras derrière le dos, en relevant la main vers l'omoplate, du côté opposé, pour remédier aux déplacements des fragments des fractures de la clavicule.

Ce procédé, ajoute le docteur Michel, n'a jamais été essayé sur le vivant.

Il y a plus de vingt ans, dans une fracture de la clavicule droite,

je ne pouvais affronter convenablement les fragments; il me vint à l'idée d'employer le procédé indiqué par le docteur Michel. Je fus enchanté du résultat obtenu sur le moment; mais quelques jours plus tard, la fatigue et des douleurs qui se développèrent dans le bras m'obligèrent à renoncer à l'emploi de ce moyen.

Depuis, j'ai fait quelques nouvelles tentatives, mais toujours avec le même insuccès.

Peut être notre confrère sera-t-il plus heureux que moi.

Agréez, etc.

Un de vos abonnés,

Dr Morin.

Nous avons reçu de M. le docteur Pichon une lettre sur le même sujet. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Muséum de Paris. — M. Fischer, préparateur de la chaire de déontologie au Muséum d'histoire naturelle, est nommé aide-naturaliste attaché à ladite chaire, en remplacement de M. Gaudry, appelé à d'autres fonctions.

— M. Bureau, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, est nommé aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle et attaché à la chaire de botanique, en remplacement de M. Tulasne, admis à la retraite.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 97. — JEUDI 22 AOUT 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 22 AOUT 1872. — N° 97.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agen (M. Demarquay). — Endocardite végétante (M. Oulmont). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Fracture de la clavicule au tiers externe ; réduction par le procédé de M. le docteur Pélissier (de Clermont-Ferrand) ; guérison en vingt-cinq jours ; absence de gêne dans les mouvements du bras (M. Pichon). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Correspondance. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Comme nous en avions exprimé l'espoir, la discussion sur la thoracentèse et sur l'empyème a été close au commencement de cette séance.

A propos du procès-verbal, M. Guérin a dit quelques mots sur les avantages de sa méthode de ponction comparée à celle de Reybard. Contradictoirement à M. Chauffard, il a cherché à établir que la ponction directe, telle qu'on la fait actuellement quand on se sert de la canule de Reybard, n'était pas du tout comparable à la ponction après déplacement de la peau, suivant la méthode sous-cutanée, car elle exposait infiniment plus à l'entrée de l'air. Il a, en outre, contesté que l'ont pût complétement vider la cavité pleurale sans faire aucune aspiration, en cas d'épanchement chronique ou purulent.

A ces observations très-courtes, M. Chauffard a répondu brièvement par une double affirmation nouvelle ; puis les deux orateurs en ont appelé également à l'expérience, ayant soin de ne pas prolonger outre mesure ce dernier incident d'une discussion épuisée.

Maintenant, il s'agit de choisir un autre point de science à élucider par l'Académie.

M. Barth a rappelé que, depuis très-longtemps, il y avait à l'ordre du jour une question importante, celle du choléra, au sujet de laquelle il avait imprimé un volumineux et savant rapport. Mais personne ne s'est fait inscrire pour prendre la parole sur ce sujet.

Pourquoi ? Probablement parce que le choléra n'est pas revenu nous visiter depuis que ce rapport a été publié, et parce que la médecine étant essentiellement une science d'observation et de pratique, les médecins sérieux n'aiment pas à se plonger dans les théories sans la pensée de les contrôler par l'étude de faits actuels.

Cette toute-puissance des faits contre les doctrines préconçues sur l'esprit des vrais médecins ne peut plus être mise en doute depuis la dernière discussion académique.

Nous n'avons pas besoin de rappeler à nos lecteurs quels noms autorisés avaient attribué les effets les plus désastreux, les plus rapidement mortels, à l'entrée de l'air dans une cavité pleurale en pleine suppuration chronique, et avaient, pour cette raison, complétement repoussé, en principe, l'opération de l'empyème. Les mêmes noms autorisés peuvent être invoqués maintenant pour établir l'utilité de cette opération en cas pareil, et pour montrer le peu de fondement des craintes exprimées au sujet de cet air en contact avec une plèvre suppurante.

Qu'a-t-il donc fallu pour convaincre ces maîtres éminents qui avaient leurs théories à opposer à celles d'autrui ? Il a fallu des faits, et des faits ont suffi. On ne s'est pas borné à leur citer des observations : on leur a fait voir d'anciens pleurétiques qui étaient parfaitement guéris et dont la poitrine gardait les cicatrices d'opérations d'empyèmes, faites à Paris, dans des hôpitaux, c'est-à-dire dans les conditions les moins favorables.

Il est donc naturel d'attendre une nouvelle épidémie pour s'occuper du choléra.

D'autant plus qu'il ne manque pas d'autres questions déjà parvenues à ce point de maturité qui permet à la discussion, par la mise en lumière des faits et leur critique, d'aboutir à l'assentiment général, seule autorité légitime en matière de science, comme l'a très-bien dit M. Sédillot.

Pourquoi, par exemple, ne mettrait-on pas à l'ordre du jour la question des végétations polypiformes de l'endocarde et des embolies qui en résultent ?

Il ne s'agit point là d'une affection très-rare, puisque, en quelques jours, M. Oulmont recueillait dans son service les deux observations qu'il a présentées à l'Académie avec pièces pathologiques à l'appui, M. Richet en recueillait une autre, dont nous avons parlé dans une revue clinique, et M. Jaccoud une quatrième, que M. Oulmont a bien voulu nous communiquer et que nous publions aujourd'hui.

Tous ces faits ont cela de commun, qu'à l'autopsie on a trouvé, à la surface interne du cœur gauche, particulièrement sur les valvules, des productions d'apparence fibreuse, plus ou moins saillantes, plus ou moins faciles à déchirer, et que, d'une autre part, la mort avait été le résultat direct d'oblitérations artérielles.

Ce sont donc bien là des exemples de cette espèce d'embolie qui fut décrite par Legroux dès 1827, professée pas lui dans ses cours en 1842, 1843, indiquée formellement dans une foule de thèses de la Faculté de Paris que l'on trouvera citées dans les mémoires de MM. Vergely et Bertin, de celle, en un mot, dont on peut revendiquer la théorie comme française, et qu'en 1845 M. Bouillaud exposait devant M. Richet, sans la donner comme

nouvelle, à propos d'un malade atteint de gangrène sèche des extrémités inférieures.

Quant à cette autre espèce d'embolie, ayant les veines pour point de départ et pour aboutissant les artères pulmonaires, qui fut l'objet des travaux de Virchow dans les années 1845 et suivantes, c'est une classe tout à fait à part, dont l'étude a été légèrement esquissée devant l'Académie à propos de la tuberculose.

Il y aurait déjà matière à une très-belle discussion en la limitant aux embolies dont le point de départ est le cœur gauche.

Faut-il attribuer à une véritable endocardite des végétations polypiformes qui ne se traduisent dans le cœur par aucun symptôme inquiétant et par aucune réaction générale ?

Quel rapport y a-t-il entre elles et les plaques laiteuses de l'endocardie ?

A quoi attribuer les symptômes généraux d'apparence typhique de l'endocardite ulcéreuse ?

Est-ce à l'endocardite elle-même ou aux embolies microscopiques que causent les débris entraînés par le sang ?

Dans quelle proportion les emboles cardiaques sont-ils cause de mort ?

J'indique ici les premières questions qui se présentent sous ma plume ; mais il en est certainement bien d'autres ; et, en les discutant, l'Académie rendrait un vrai service aux praticiens, pour qui la connaissance des embolies, de leur fréquence, de leurs effets, de leurs symptômes et de leurs causes, n'est point encore assez généralement et scientifiquement vulgarisée.

Dr Victor Revillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent.

(Leçons recueillies par M. Redard.)

Depuis la célèbre découverte de Jackson, les communications sur le chloroforme n'ont pas cessé. Tous les jours nous voyons apparaître des mémoires tendant à indiquer l'action du chloroforme sur notre organisme et les moyens d'éviter le danger. C'est qu'en effet un danger existe, et, nous ne devons pas nous le dissimuler, administrer du chloroforme, anéantir pour un instant le système nerveux sensitif, est une question des plus graves et des plus périlleuses. Nous en avons, du reste, malheureusement la preuve tous les jours. Un certain nombre de cas malheureux ont déjà été publiés, un grand nombre laissés dans l'oubli, et peu de chirurgiens ne connaisssent pas des cas ainsi négligés. Pour notre part, nous avons vu un accident, arrivé pendant la guerre, et cet accident n'a pas été publié. Nous sommes donc loin de croire que les accidents qui arrivent pendant les opérations étaient aussi fréquents avant qu'après l'emploi des anesthésiques. Nous connaissons le relevé intéressant consigné dans le *Medical Times* (1), d'après lequel, sur 2 millions de cas d'emploi du chloroforme, il y aurait 150 cas connus de mort produite par cet agent : 1 mort sur 14,000.

Le docteur Chapmann (2) avait pensé qu'il existait 1 mort sur 1,600.

Dans la guerre de Crimée, dit Sanson, il n'exista qu'un seul cas de mort sur 40,000 anesthésies.

(1) *Medical Times*, 1863.
(2) Westminster, *Review January*, 1859.

Ces résultats ne sont pas l'expression de la vérité. Il ne se passe pas d'année que nous ne lisions dans nos journaux des cas de mort par chloroforme. En 1869, nous voyons deux cas de mort arrivés à Londres : l'un à Saint Barthelemy Hospital, l'autre à l'infirmerie de Lead ; en France, un cas à l'hôpital Saint-Antoine, un récemment publié par M. Trélat. Mais les moyens d'éviter le danger, c'était évidemment de connaître l'action du chloroforme sur nos organes; c'est pourquoi l'on se mit à l'œuvre, et l'on chercha de tous côtés à expliquer cette action, que l'on a rendue mystérieuse et qui a donné lieu aux théories les plus fantaisistes. Certains chirurgiens ont expliqué la mort par la syncope, d'autres par l'asphyxie ; d'autres enfin ont prétendu que le sang se trouvait modifié, et que la propriété des anesthésiques était de diminuer l'échange entre les éléments du sang (Sanson, George Harley, Lefort) ; Sanson a même décrit, à la fin de son livre, des déformations de globules (1). Ces idées anticipées ont égaré plutôt qu'elles n'ont conduit le médecin dans la recherche de la vérité. Il aurait fallu ne pas oublier que le chloroforme est un poison, et lorsqu'il vient à être introduit dans notre organisme, il se conduit comme tel. L'analyse physiologique des poisons, sous l'impulsion du maître illustre Claude Bernard, nous a donné de sublimes résultats. Cette méthode si féconde, et qui nous a donné des résultats si curieux pour le curare, l'oxyde de carbone, la strychnine, doit être appliquée au chloroforme. Voir les éléments sur lesquels se fixe cet agent, le rapport et l'importance de ces éléments, examiner si le trouble fonctionnel produit, si les modifications qu'il entraîne autour de lui sont incompatibles avec la vie, telles sont les questions à résoudre.

Substance étrangère à la constitution chimique du sang, et, par cela seul, poison, le chloroforme a besoin d'arriver dans le système artériel. Introduit dans le poumon, il agit d'une façon instantanée, et il est facile de le retrouver dans le sang de l'animal après quelques secondes. Il s'accumule alors en certaine quantité ; mais ce n'est qu'au moment où *sa quantité est suffisante que ses effets se manifestent*. C'est alors qu'il agira sur l'irritabilité, non pas d'un élément spécial, mais de tous les éléments; mais il commencera par le plus irritable, le système nerveux sensitif ; mais ce serait une erreur de croire que le système nerveux sensitif puisse être seul impressionné ; la fibre musculaire, les cils vibratiles, tous les éléments d'un animal peuvent être éthérisés. La sensitive (*mimosa pudica*), corps vivant, possédant l'irritabilité, peut être éthérisée, et ses feuilles ne se ferment plus au contact de la main. Si des lésions anatomiques ont été décrites, c'est qu'en effet le chloroforme produit une coagulation des liquides et les solidifie, et ce qui se passe là ne se passe pas autrement dans l'organisme ; transporté dans le milieu intérieur, il amène la coagulation des éléments; les cellules sensitives ne peuvent plus réagir, et si l'on poussait son action trop loin, la contractilité disparaîtrait et pourrait reparaître au bout d'un certain temps (2). L'éther n'est pas un agent spécial, c'est un irritant général, dit M. Bernard.

Le chloroforme, introduit d'abord dans le sang, milieu intérieur liquide, indispensable au fonctionnement de tous nos éléments, le modifie. Or, modifiez d'une façon quelconque le milieu, desséchez une grenouille en l'exposant à l'air ou en la mettant dans un liquide chargé de chlorure de sodium, et vous verrez

(1) *Chloroforme : its action and administration*. Londres, 1865.
(2) Nous ne devons pas être étonnés après cela si M. Simpson a éthéré localement des lombrics. M. Papenhein Good a décrit des altérations locales dans les tissus soumis aux vapeurs de chloroforme.

aussitôt des accidents analogues à ceux produits par les poisons : convulsions et mort; si l'on veut donc modifier le milieu, une des conditions essentielles c'est de modifier lentement, et c'est un précepte que ne doit jamais oublier celui qui est chargé d'une mission aussi difficile que celle de donner le chloroforme. Nous sommes persuadés que la plupart des accidents qui arrivent tiennent à ce que l'on néglige trop souvent cette pratique.

Et d'abord, il est impossible de nier que la syncope ne se présente souvent chez les sujets anesthésiés. On a bien dit que la syncope ne saurait être déterminée chez les animaux; c'est là une erreur, et nous ne comprendrions pas cette différence entre deux organismes construits identiquement. Sur un assez grand nombre d'expériences pratiquées sur des animaux, nous avons pu observer une syncope véritable, et une excitation très-légère dans la région du cœur nous a suffi pour faire rentrer l'animal dans les conditions normales. A une autre période de la chloroformisation, nous verrons plus loin que ce sont les mouvements respiratoires qui cessent les premiers, le pouls continuant à battre.

Si vous venez à charger une compresse d'une grande quantité de chloroforme et que vous l'approchiez brusquement de la bouche du malade, une première chose peut se produire : le malade, en effet, ému par les préparatifs d'une opération, se trouve pour ainsi dire tout prêt à la syncope ; l'action très-excitante du chloroforme agit sur le cœur, et son arrêt peut se produire ; d'autres fois, au contraire, une apnée syncopale peut se produire, et l'excitation de la muqueuse pharyngo-laryngée retentit brusquement sur les mouvements respiratoires, modification que l'on produit expérimentalement par l'excitation du laryngé supérieur. Tout le monde connaît, du reste, les effets produits sur la respiration par Ducos au moyen de la cautérisation pharyngée.

Chez un certain nombre de malades, nous avons pu voir un arrêt de quelques instants se produire dans le cœur, et il serait facile de retrouver un certain nombre d'observations dans lesquelles, vu la petite quantité de chloroforme, il est impossible de rapporter les accidents à une autre cause. C'est ainsi que, dans le premier cas de mort survenue à Newcastle, le 28 janvier 1848, chez Hannah Green, une faible quantité de chloroforme avait été versée dans le mouchoir, et, dans le fait observé à Boulogne, en mars 1848, quinze gouttes de liquide avaient été à peine employées. Dans ces deux cas, la syncope nous semble devoir être admise ; il faudra donc surveiller avec une grande attention, surtout au début, le malade soumis aux inhalations de chloroforme et ne donner que de petites quantités de liquide, verser goutte par goutte, si c'est possible.

L'excitation très-vive produite aussi par le bistouri au commencement d'une opération, peut, par excitation réflexe, produire un arrêt du cœur. Ces accidents se manifesteront surtout dans les opérations très-douloureuses, les sections de gros troncs nerveux, les tiraillements sur des rameaux nerveux, comme cela se produit dans les luxations. M. R. Vigouroux nous a appris que l'influence des nerfs de la sensibilité sur la circulation existe aussi dans le sommeil anesthésique, et qu'elle peut même être augmentée et arrêter les mouvements du cœur.

La syncope peut donc se produire; mais de là à prétendre que tous les accidents par chloroforme arrivent par syncope est une exagération dont il faut se garder. En effet, que faut-il pour administrer le chloroforme? une main qui doit être habile, chargée de distribuer le chloroforme ; une surface d'évaporation, puis, et cela beaucoup plus important, une voie d'absorption en même temps que d'élimination. Mais pendant que le poumon est chargé d'introduire les vapeurs anesthésiques, cesse-t-il ses fonctions ordinaires?

(Sera continué.)

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE.

(Observation communiquée par M. Oulmont.)

Le 18 juin entrait dans le service de M. Jaccoud une femme de 30 ans, qui n'accusait, comme antécédents pathologiques, que des attaques de rhumatisme.

Il y a dix ans, première attaque qui dura trois mois, et à la suite de laquelle elle conserva des battements de cœur. Il y a trois ans, deuxième attaque. Enfin, il y a deux mois, douleurs peu intenses dans les genoux et dans les mollets, coïncidant avec des accès de fièvre intermittente (?).

Au moment de son entrée, cette malade présentait seulement, comme symptômes fonctionnels, une douleur fixe dans un point limité du mollet (il a semblé depuis que cette douleur pouvait être rapportée à une embolie musculaire) et des palpitations. L'auscultation du cœur révélait à la pointe l'existence d'un souffle présystolique se continuant pendant tout le premier temps (rétrécissement mitral avec insuffisance).

Après quelques injections de morphine, la malade avait été notablement soulagée, lorsque, le 21 juin, elle fut prise d'un étourdissement et tomba à terre sans pouvoir se relever. On put constater les symptômes d'une embolie cérébrale droite (paralysie de tout le côté gauche du corps).

Quinze jours après, la paralysie semblait diminuer. La face était moins déviée. Cependant une fièvre persistante et l'augmentation des bruits de souffle avaient fait penser que l'endocarde était le siége d'une nouvelle poussée.

Le 10 juillet, à midi, la malade fut prise d'une oppression intense, et mourut au bout d'une demi-heure.

A l'autopsie, on put constater : dans l'artère sylvienne droite, une embolie, et dans l'hémisphère correspondant, un point de ramollissement ; dans la rate, des infarctus de date variable; dans le rein, des infarctus anciens (il n'y avait pas eu d'albuminurie). L'artère pulmonaire contenait, au niveau de sa bifurcation, un caillot *ancien*, gros comme une noisette, et l'on retrouvait dans le ventricule droit, entre les colonnes charnues, des caillots analogues. Enfin, sur la valvule mitrale, des lésions de deux ordres : les unes, anciennes, caractérisées par un épaississement notable de la valvule, les autres, récentes, constituées par des végétations lisses, moins molles, et se détachant facilement. Il n'y avait pas d'ulcération.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

PREMIÈRE PARTIE

DÉTERMINATIONS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS SUR LE PÉRICRANE.

V

Obs. IV. — *Chancres infectants syphilitiques multiples : trois sur la lèvre inférieure, un sur le menton, deux sur le fourreau; plusieurs sur le gland. — Adénopathies consécutives volumineuses à la mâchoire et aux aines. — Longue incubation. — Un mois après le chancre, accidents secondaires très-légers. — Bosse pariétale syphilitique. — Guérison très-rapide avec des frictions mercurielles. — Attaque légère et accidentelle de rhumatisme.*

M. A. D..., fumiste, âgé de 24 ans, entré le 19 novembre 1869

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15-17 et 20 août 1872.

dans mon service, à l'hôpital du Midi, n° 30, salle 8, sort le 22 décembre 1869.

Bonne santé habituelle. Trois ou quatre blennorrhagies, dont la dernière n'est pas encore complétement guérie.

Premier coït avec la femme qui l'a infecté le 21 août; dernier coït le 10 ou le 12 septembre. Avait eu des rapports avec elle *ab ore* dès le premier jour.

Trente-quatre jours après le premier coït, il survint trois chancres indurés énormes sur la lèvre inférieure et un au menton; enfin deux sur le fourreau de la verge et d'autres sur le gland. Adénopathie spécifique énorme des ganglions sous-maxillaires et inguinaux.

Quelques jours après, douleurs dans les membres, insomnie.

Cependant, malgré le volume et la multiplicité des chancres, les accidents secondaires furent très-légers. Lors de l'entrée du malade ou quelques jours après (vingt-cinquième ou trentième jour environ du chancre), je ne constatai qu'une roséole à peine visible, quelques croûtes dans les cheveux, une plaque muqueuse dans le nez et de l'érythème guttural. Mais il survint une bosse périostique à la partie supérieure du frontal gauche, douloureuse à la pression, avec irradiations névralgiformes, sans changement de couleur à la peau.

Les chancres disparurent avec une rapidité merveilleuse sous l'influence de frictions mercurielles faites sur les ganglions maxillaires et inguinaux.

Pendant son séjour à l'hôpital, vers les premiers jours de décembre, le malade eut une attaque de rhumatisme articulaire aigu sans rien au cœur; gonflement des poignets, des genoux, des cous-de-pied, avec rougeur de la peau. Fièvre, sueurs abondantes. Les douleurs durèrent huit ou dix jours et la fièvre cinq ou six. Cette attaque bénigne était, je crois, accidentelle; elle était survenue à la suite d'un refroidissement en sortant du bain.

Le 3 janvier 1870, plus aucun accident syphilitique. Cicatrice rouge du chancre mentonnier et de ceux du fourreau. Rien sur la lèvre inférieure. Ganglions encore développés. Plus de douleurs rhumatismales.

Je n'ai pas revu ce malade.

Il m'est arrivé souvent de voir plusieurs chancres syphilitiques sur le même individu, et à la suite de la même contamination. Aussi ce fait qu'un chancre est solitaire a-t-il beaucoup moins d'importance qu'on ne le dit, au point de vue du diagnostic. Les chancres multiples infectants sont d'habitude situés à peu de distance l'un de l'autre, dans la même région, sur le gland, le prépuce, le fourreau, les bourses, le pubis, par exemple. Mais jamais, sauf dans le cas précédent, je n'en ai vu un aussi grand nombre et à de pareilles distances.

L'incubation de ces chancres syphilitiques a été de trente-quatre jours et peut-être plus, car il est fort possible que la contagion ait eu lieu lors du premier coït, c'est-à-dire le 21 août. Elle serait alors de cinquante-quatre jours. J'en ai vu de plus longues, mais ce n'est pas le lieu d'en parler. L'incubation des accidents consécutifs a, au contraire, été courte. Y aurait-il un rapport inverse entre la longueur de ces deux incubations chez le même individu?

La tumeur périostique, la névralgie frontale et la roséole ont constitué une première poussée peu grave d'accidents consécutifs, ce qui semblerait prouver que la multiplicité des chancres n'a pas une signification sérieuse au point de vue du pronostic.

(*Sera continué.*)

FRACTURE DE LA CLAVICULE AU TIERS EXTERNE

Réduction par le procédé de M. le docteur Pélissier (de Clermont-Ferrand). Guérison en vingt-cinq jours. Absence de gêne dans les mouvements du bras.

(Observation rédigée en 1846 par M. le docteur Pichon, de la Loupe (Eure-et-Loir).)

En présence de la difficulté que l'on éprouve à maintenir en place les fragments réduits de la clavicule fracturée, en raison de la gêne, insupportable quelquefois, que font éprouver aux malades les anciens appareils ordinairement employés, il était légitime, indispensable même, de rechercher si, par l'emploi d'un nouvel appareil, on n'obtiendrait pas des résultats aussi satisfaisants et moins pénibles à obtenir pour les malades.

M. le docteur Pélissier (de Clermont-Ferrand) a décrit, dans la *Gazette des Hôpitaux* du 7 février 1846, page 64, un procédé qui consiste à maintenir fléchi sur le dos, au moyen de quelques tours de bande, le bras du côté malade. L'essai que je viens de faire de ce mode de traitement me permet d'entretenir la Société de ce que j'ai appris en l'employant et des résultats qu'il m'a donnés.

Le 20 du mois de juin dernier, la fille R..., revenant des champs, fut renversée et traînée par la vache qu'elle ramenait; dans sa chute, elle se fractura la clavicule du côté droit sans pouvoir se rendre compte à elle-même de la manière dont elle était tombée. Je fus appelé aussitôt qu'elle fut arrivée chez son père, et je reconnus une fracture de la clavicule droite au tiers externe et présentant un double déplacement, suivant la longueur et l'épaisseur de l'os; le fragment externe était tiré en bas et en dedans, pendant que l'interne, entraîné par la ponction claviculaire du sterno-mastoïdien, était porté en haut et en dedans. La petite blessée portait de la main gauche son avant-bras droit fléchi à angle droit. Je commençai par étendre doucement l'avant-bras sur le bras, que je portai en arrière du corps par un mouvement de rotation de l'humérus, la cavité glénoïde du scapulaire représentant le centre; aussitôt que l'épaisseur du corps fut dépassée par le coude, je fléchis de nouveau l'avant-bras sur le bras et fixai, au moyen de quelques tours de bande, la main droite sur l'épaule gauche; j'avais préalablement enveloppé d'un bandage roulé le doigt et la main. Cette manœuvre faite, je reconnus, grâce à l'absense de gonflement, que la clavicule était devenue très-sous-cutanée, qu'elle était suffisamment tendue pour que les deux fragments fussent bout à bout, et qu'il n'existait plus qu'une légère saillie du fragment interne.

Pour consolider mon bandage d'une part, de l'autre pour comprimer le fragment interne, j'appliquai en arrière du corps le bandage décrit par M. Mayot, sous le nom de triangle dorsothoracique (nouveau système de déligation, 1832, p. 276), en le modifiant toutefois de manière à soutenir le coude dans le milieu du mouchoir réfléchi sur l'avant-bras, tandis que le sommet, passant sur l'épaule droite, maintenait une forte compresse sur le fragment interne. La malade, qui s'était tenue assise sur une chaise pendant l'application de ce bandage, se coucha immédiatement, sans manifester de douleur, sur le côté gauche. Il paraît qu'elle s'habitua assez promptement à ce décubitus pour qu'après deux ou trois nuits elle ne fût plus gênée pendant son sommeil. Les jours qui suivirent, elle reprit ses occupations habituelles, et conduisit de nouveau ses vaches dans les champs. Le vingt-cinquième jour, tout l'appareil étant enlevé, la petite malade put très-facilement repasser son bras en avant du corps, agrafer *de sa main droite* la robe qu'elle passa, et se ceindre le corps du cordon de son tablier.

Quant à la clavicule, la consolidation était parfaite; je dois dire cependant qu'un léger soulèvement du fragment interne produisait sous la peau une petite saillie.

Je m'abstiendrai de porter un jugement sur ce mode de traitement; j'ai eu l'honneur d'en entretenir la Société, parce qu'il m'a semblé très-peu gênant, d'une application très-facile, qu'il m'a donné un résultat aussi satisfaisant que les autres procédés; parce

qu'enfin c'est aux réunions savantes qu'est dévolu le soin d'apprécier et de vulgariser parmi les médecins les méthodes utiles.

Certifié conforme à l'original :

La Loupe, le 12 août 1872.

A. PICHON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 août 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de Seine-et-Marne et dans l'arrondissement de Vassy (Haute-Marne). (Commission des épidémies.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Mme veuve Cerise informe l'Académie que l'inauguration du buste élevé dans la ville d'Aoste à la mémoire de son mari doit avoir lieu très-prochainement, et elle exprime le désir de voir l'Académie représentée à cette cérémonie.

M. CHATIN présente au nom de son fils, M. Joannès Chatin, une brochure intitulée : *Études botaniques, chimiques et médicales sur les valérianées.*

M. LE PRÉSIDENT. J'ai la douleur d'informer l'Académie de la mort de M. Vigla. Averti seulement hier soir très-tard que les obsèques de ce regretté confrère auraient lieu aujourd'hui, je m'était hâté de préparer quelques paroles pour cette triste circonstance ; mais M. Vigla avait ordonné formellement qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe.

Sur la proposition de M. Roger, très-vivement appuyée par plusieurs membres de l'Académie, M. le président donne lecture du discours suivant :

Discours préparé par M. Barth pour être lu sur la tombe de M. Vigla.

Messieurs,

Je remplis un pieux devoir et je cède à un élan du cœur en adressant, au nom de l'Académie, un dernier adieu au digne collègue dont nous déplorons la perte.

Vigla avait à peine atteint sa 59e année quand la mort nous l'a ravi. Cette vie, si prématurément tranchée, n'en a pas moins été bien et dignement remplie. Interne des hôpitaux, chef de clinique de Rostan, membre et secrétaire de la Société anatomique, agrégé à la Faculté de médecine, nommé le premier de sa promotion en 1847, médecin du collége Louis-le-Grand, médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie, Vigla s'est distingué dans ces différentes positions par son zèle et son exactitude à en remplir tous les devoirs.

Il ne s'est pas moins signalé par son amour de l'étude et par son infatigable activité dans l'exercice de sa noble profession.

Quoiqu'il n'ait pas écrit de gros volumes, Vigla n'en a pas moins fourni à la science un contingent de travaux qui lui assurent une place honorable parmi les médecins de cette forte génération qui a fait l'honneur de l'École française.

Il est, après Rayer son illustre maître, l'un de ceux qui ont le plus contribué à la connaissance positive de la morve aiguë chez l'homme ; et sa thèse de doctorat (en 1839) est restée une des monographies les plus complètes de cette redoutable maladie.

Ce premier travail avait révélé en Vigla la sagacité de l'observateur et le talent d'exposition de l'écrivain.

D'autres publications n'ont fait que justifier cette appréciation du mérite de notre regretté collègue. Qu'il me suffise de citer ses études microscopiques sur l'urine au point de vue clinique;

Ses recherches sur la rupture spontanée de la rate;

Un excellent mémoire sur les communications accidentelles de l'œsophage avec le poumon et les bronches;

Un travail plein d'intérêt sur les hydatides de la cavité thoracique ;

Une étude approfondie des accidents cérébraux qui compliquent le rhumatisme articulaire aigu.

Si Vigla n'a pas produit un nombre plus considérable de travaux, c'est que, de bonne heure, la clientèle est venue absorber tous ses moments. Ses succès dans la pratique de la médecine étaient le fruit d'un grand bon sens, d'un jugement des plus solides. Aux qualités du cœur et de l'esprit qui constituent le praticien par excellence, il joignait l'aménité de caractère et la bienveillance qui ont fait de lui un de nos confrères les plus aimés.

Si l'on pouvait lui faire un reproche, c'est qu'il s'est trop prodigué.

Dévoué jusqu'à l'entier oubli de lui-même aux devoirs d'une profession qu'il aimait passionnément, il n'a jamais pris de repos ; et c'est sous l'excès de la fatigue que sa robuste santé, qui semblait lui assurer une longue existence, a subi l'atteinte qui devait lui être mortelle.

C'est en juin 1870 qu'une endocardite aiguë, avec congestion pulmonaire double, est venue l'arrêter dans sa carrière. Parti de Paris au mois d'août, il a échappé aux misères matérielles du siége ; mais son noble cœur n'a pas moins souffert de nos douleurs nationales, et quand il nous est revenu après sept mois d'absence, il semblait n'avoir plus que peu de temps à vivre.

Cependant, grâce aux soins dévoués et affectueux dont il était entouré, il s'est relevé de la terrible étreinte d'un mal qui ne pardonne guère ; mais il n'a plus traîné qu'une pénible existence dont les souffrances physiques s'aggravaient par la douleur de se voir enlevé à la vie active qui avait fait son bonheur.

Dans cette triste situation, il a voulu encore occuper ses belles facultés en travaillant à l'instruction de son fils ; il n'a cessé de s'intéresser à la science qu'il ne pouvait plus servir, et a conservé un calme, une sérénité qui ont fait l'admiration de ses amis, jusqu'au jour fatal qui l'a brusquement enlevé à l'affection bien méritée de tous ceux qui l'ont connu.

En voyant nos plus estimés collègues emportés tour à tour, faut-il penser qu'ils périssent comme les feuilles de l'arbre qui tombent l'une après l'autre et se réduisent en poussière sur le sol ? Je ne puis le croire ; Vigla ne le croyait pas ; il avait foi en une plus haute destinée. Quelle est-elle ? c'est le secret de Dieu. Mais nous devons penser qu'elle est heureuse, en nous retraçant cette vie si honnête et si dignement remplie.

INCIDENT

A propos du procès-verbal. (Voir le premier-Paris.)

RAPPORT

M. GOSSELIN lit un rapport sur un travail de M. le docteur Tillaux relatif au mécanisme de production des fractures sus-malléolaires du tibia et du péroné.

Les conclusions de ce rapport sont d'adresser des remerciements à l'auteur et de renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. LE PRÉSIDENT. L'ordre du jour étant épuisé, je vais lever la séance si personne ne demande la parole pour commencer la discussion sur le choléra. Cette discussion est depuis longtemps à l'ordre du jour.

M. GUÉRIN. A ce propos, j'appellerai l'attention sur le nombre croissant de décès par choléra sporadique à Londres.

M. DEPAUL. En revanche, à Paris, la mortalité par choléra sporadique diminue.

La séance est levée à 4 heures 20 minutes.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

Monsieur et très-honoré confrère,

Je trouve, dans le nº 93 de la *Gazette des hôpitaux*, 10 août 1872, au compte rendu des séances de la Société de chirurgie, à propos de l'attitude qu'il convient de donner au membre supérieur dans la fracture de la clavicule, cette phrase : « Le procédé consiste à placer l'avant-bras derrière le dos, en relevant la main vers l'omoplate, du côté opposé. *Ce procédé n'a pas été employé sur le vivant. M. Michel désire prendre date.* »

C'est une erreur; le procédé a été indiqué par M. le docteur Pélissier (de Clermont-Ferrand), dans la *Gazette des hôpitaux* du 7 février 1846. Je l'ai employé plusieurs fois, et avec avantage ; la première le 22 juin 1847. Si M. Michel de Cherbourg veut faire quelques recherches, il se convaincra que lui ni moi n'en sommes les inventeurs. Toutefois, comme il est probable que les observations n'en sont pas très-nombreuses, je vous envoie la première, que j'ai relevée telle que je la trouve dans mes notes. Je l'avais écrite pour je ne sais plus quelle Société de médecine. (*Voir plus haut.*)

Veuillez agréer, etc.

A. PICHON.

La Loupe (Eure-et-Loir), 12 août 1872.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

233. Lejamptel. Étude sur les paralysies musculaires de nature hystérique.

234. Ebstein. De la rétention du placenta après les fausses couches des cinq premiers mois de la grossesse.

235. Landrieux. Des pneumopathies syphilitiques.

236. Bridou. Sur une affection innommée de la muqueuse linguale (état lichénoïde de M. Gubler).

237. Larrazet. Traitement du croup par l'émétique à haute dose.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 23 juillet :

Legs à l'Académie de médecine. — Le trésorier de l'Académie de médecine est autorisé à accepter, au nom de cette Académie, le legs d'une somme de 10,000 francs que le docteur Falret lui a fait par son testament olographe du 7 février 1867, et dont les intérêts serviront à fonder un prix sur les maladies mentales et nerveuses. Le choix des sujets de prix est laissé à la décision de l'Académie.

Cette somme de 10,000 francs sera placée en rentes sur l'État. Mention sera faite, sur le titre d'inscription, de la destination des arrérages.

— Par divers arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique :

École de médecine de Nantes.— M. Gafé, aide d'anatomie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie à Nantes, est nommé prosecteur près ladite École, en remplacement de M. Kirmisson, dont la démission est acceptée.

M. Dupas est nommé aide d'anatomie à ladite École, en remplacement de M. Gafé.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. de Girard (Marcel-Marie-Joseph), né à Mèze (Hérault) le 3 novembre 1841, est institué agrégé stagiaire près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences physiques : chimie), par suite du concours ouvert le 3 juin dernier.

Cet agrégé entrera en activité de service le 1er novembre 1874, pour en sortir le 1er novembre 1883.

Pendant la durée de son stage, M. de Girard remplira les fonctions de l'agrégé de physique qui n'a pu être nommé, aucun candidat ne s'étant présenté au concours.

— Mlle Louise Atkins, qui a reçu dernièrement, après cinq ans d'études, son diplôme de docteur de l'université de Zurich, vient d'être élue médecin à l'hôpital pour femmes de Middland, à Birmingham.

C'est en 1864 que les deux premiers étudiants femmes se sont fait immatriculer à l'université de Zurich. Ces dames appartenaient à la catégorie des auditeurs. Depuis lors, beaucoup de nouvelles recrues se sont présentées, si bien que, pour le semestre d'été de 1872, on compte, sur 353 inscriptions, 63 demoiselles, dont 51 pour la Faculté de médecine et 12 pour la Faculté de philosophie. Depuis 1864, 6 dames ont subi leurs examens (*Journal de Genève*) .

— *Un étudiant japonais.* — Au dernier examen d'anatomie qui a eu lieu à l'université de Berlin, deux candidats seulement, sur les treize qui s'y étaient présentés, reçurent la note «bien.» Un des deux était un Japonais, l'étudiant en médecine Sasumi-Satoo. On se rendra facilement compte du travail d'intelligence et de la persévérance que ce succès a exigés chez cet étranger, quand on pense qu'en novembre 1869, époque à laquelle son père l'avait envoyé à Berlin, il ne connaissait même pas les lettres de l'écriture allemande. Après avoir étudié cette langue exclusivement pendant les premiers cinq mois, il acquit, dans les six mois suivants, la connaissance de toutes les autres matières, y compris celle de la langue latine, exigées pour l'examen auquel il se préparait. Le père de Sasumi-Satoo est médecin particulier du Mikado ; il jouit au Japon d'une grande célébrité comme opérateur, et dirige, à Yeddo, une école de médecine importante. (*Nouvelle Presse libre.*)

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 10 au 16 août 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	»	2	2	6
Rougeole	5	1	6	15
Scarlatine	»	»	»	»
Fièvre typhoïde	12	7	19	15
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	1	3	4	2
Bronchite aiguë	9	1	10	17
Pneumonie	13	16	29	46
Dysentérie	5	3	8	10
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	27	»	27*	52
Choléra nostras	5	»	5	3
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	2	3	5	3
Croup	6	2	8	11
Affections puerpérales	3	3	6	2
Autres affections aiguës	212	61	273	282
Affections chroniques	205	33	238**	320
Affections chirurgicales	36	33	69	48
Causes accidentelles	14	2	16	22
Totaux	555	170	**725**	854

LONDRES. — Population, 3,311,298 h. — Décès du 4 au 10 août 1872 1,598

Diphtérie, 6. — Coqueluche, 37. — Fièvre typhoïde, 15. — Diarrhée, 441. — Variole, 15. — Rougeole, 18. — Croup, ». — Scarlatine, 12. — Choléra nostras, 24. — Bronchite, 51. — Pneumonie, 44.

* Dont 17 enfants au-dessous de 6 mois, 4 de 6 mois à un an, 6 de 1 an à 2 ans.

** Sur ce chiffre de 238 décès, 132 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8, avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo-lithographie indiquant les altérations de l'œil examiné à l'ophthalmoscope. — Paris, Delahaye. — Prix : 17 francs.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, 0. ✱, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Sur une forme d'arthropathie, par le docteur COLLETTE. — In 8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité de chirurgie d'armée, par L. LEGOUEST, médecin inspecteur de l'armée, professeur de clinique chirurgicale à l'École du Val-de-Grâce. — 2e édition, revue et augmentée. Paris, 1872, 1 vol. in-8° de XII-800 pages avec 149 figures intercalées dans le texte. Prix : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Étude de physiologie thérapeutique. L'alcool, son action physiologique, son utilité et ses applications en hygiène et en thérapeutique, par le docteur ANGEL MARVAUD, professeur agrégé à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce. — Paris, 1872, 1 vol. gr. in-8° de VIII-160 pages avec 25 planches lithographiées. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Projet de création d'un hôpital sur l'eau, par le docteur Félix BOCHARD. In-8° avec 2 tableaux. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 98. — SAMEDI 24 AOUT 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 24 AOUT 1872. — N° 98.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Du traitement de la pneumonie. — Promenade dans les hôpitaux : Diagnostic d'un pemphigus cachectique ; orchite syphilitique bosselée. Emploi de la teinture d'Eucalyptus comme désinfectant dans le traitement des plaies ; influence des déviations de l'utérus sur les engorgements du col. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Du diagnostic et du traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie par aspiration (M. Georges Dieulafoy). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Du traitement de la pneumonie.

(Cinquième article.)

Les problèmes de thérapeutique se présentent dans leurs éléments avec une telle complexité, qu'on craint toujours d'avoir omis quelque point essentiel dans leur exposition.

Dans les articles précédents, nous nous sommes attaché à établir clairement les notions sur lesquelles nous semblait reposer le traitement de la pneumonie.

Et d'abord, nous nous sommes trouvé en face de cette question : « La pneumonie n'est-elle pas une maladie à cercle défini que rien ne peut abréger d'un seul jour ? »

Si M. Jaccoud avait eu raison d'admettre cette marche fatale de la pneumonie, comme il le fait dans son *Traité de pathologie interne* et dans ses leçons cliniques, nous n'aurions pas à aller plus loin. Que pourrait faire un praticien ainsi plongé en pleine ontologie? En face d'êtres de raison qui poursuivent leur évolution hors de son atteinte, il serait réduit à s'abstenir, s'inclinant devant le destin comme un musulman résigné.

Cette abdication du praticien n'est pas légitime lorsqu'il s'agit de pneumonie; nous l'avons fait voir dans des articles publiés l'année dernière et cette année. Loin d'être un cycle défini, il est peu de marches moins régulières que celle de cette maladie. La période d'état y est souvent interrompue par de fausses défervescences et de subites exacerbations. La convalescence proprement dite y commence après une durée très-variable, et il n'est pas rare que des rechutes viennent l'interrompre. On s'en est assuré par l'emploi du thermomètre aussi bien qu'autrement. Ainsi l'étude thermoscopique de la pneumonie encourage à essayer de la traiter, d'autant plus que le thermomètre, comme l'a constaté Wunderlich, révèle des modifications profondes dans sa marche et des interruptions parfois définitives sous l'influence d'actions médicatrices.

Le premier point étant hors de doute, une question connexe s'est dressée.

Du moment où la pneumonie n'était pas un être de raison qui poursuivait dans l'être humain, tout en lui restant étranger pour ainsi dire, une évolution parasitaire, il était naturel de se demander jusqu'à quel point la constitution individuelle du pneumonique, l'état de sa circulation, sa force réactive, sa résistance vitale, etc., pouvaient influer sur l'évolution, sur le pronostic, et sur le traitement de la maladie.

Nous avons vu combien étaient intimes les liens qui rattachent toutes ces choses. Le praticien ne peut pas se borner à reconnaître l'espèce morbide, la pneumonie; il doit surtout porter son attention sur l'individu, le pneumonique.

Ce qu'on nomme la tolérance nous a fourni un bel exemple de cette étrange combinaison de composantes individuelles et de composantes morbides. Déjà variable dans l'état de santé, la faculté de résister à tel ou tel agent toxique s'accroît sous l'influence de la pneumonie, etc., dans des proportions infiniment plus variables encore. C'est une résultante qui dépend à la fois de la charpente constitutionnelle, pour ainsi dire, des causes antérieures de débilitations ou, au contraire, d'épanouissement vital, d'influences actuelles, saisonnières ou autres, et de ce qu'on a nommé la constitution épidémique, enfin de l'étendue et de la gravité de la lésion locale.

L'action des agents médicamenteux qui sont en même temps des poisons est donc influencée par celle des agents morbifiques; et l'inverse est également vrai. Nous ne voulons pas dire qu'il y ait là directement cette annulation des contraires exprimée par l'ancien adage : « *Contraria contrariis curantur.* » Il est certain qu'il ne s'agit pas d'un phénomène de neutralisation ou de saturation chimique, et on ne voit pas facilement en quoi consiste l'opposition. Mais le fait est incontestable, indépendamment de toute théorie : l'économie, impressionnée très-vivement par telle ou telle cause morbifique, peut devenir moins impressionnable à telle ou telle cause toxique, ou réciproquement, et en outre, dans ce conflit elle semble plus près de retrouver son équilibre.

Les agents au sujet desquels on a constaté cette tolérance dans la pneumonie, l'émétique et la digitale, ont été vivement recommandés contre cette maladie, et avec raison, du moins pour les cas où cette tolérance existe. Avec la saignée, ils constituent un groupe de médications dont l'action est très-analogue au point de vue thermoscopique, sauf que la digitale agit le plus lentement, bien plus lentement que l'émétique, comme Wunderlich l'a constaté par le thermomètre, ainsi que d'autres par d'autres modes d'exploration, contrairement à ce qu'a prétendu M. Jaccoud dans ses leçons cliniques.

Mais, en revanche, la digitale a sur tous les sels d'antimoine le grand avantage de ne pas exposer à la pustulation le long du

tube digestif. Lorsqu'on en a cessé l'emploi, et lorsqu'elle s'est éliminée, ce qui demande un certain nombre d'heures, elle ne laisse pas de lésions, qui persistent par elles-mêmes; elle ne laisse pas de résidu dans l'organisme comme un grand nombre de sels métalliques. Contrairement à certaines théories hasardées, elle ne produit jamais, à la façon de la strychnine, des phénomènes d'empoisonnement subit dû à la lente accumulation de toutes les doses administrées durant des jours ou des semaines. On peut donc en monter les doses jusqu'aux limites de la tolérance et les continuer le temps voulu, sans que de telles préoccupations viennent distraire de l'observation attentive faite au jour le jour.

Or, et c'est un fait de pratique tellement lié aux précédents que, par le raisonnement, on pouvait l'entrevoir comme une conclusion de prémisses déjà posées, quand il y aura lieu d'employer la digitale dans la pneumonie, il sera très-souvent utile d'arriver ainsi aux limites de la tolérance.

Quelles sont, en effet, les indications dans la pneumonie?

Nous avons déjà vu à quel point on peut dire, dans certains cas, que l'individu devient tout entier pneumonique. Sous l'influence entraînante du raptus inflammatoire de la pneumonie, toutes ses forces vives servent à l'accroissement du mouvement fébrile, de l'afflux sanguin au point qui s'irrite, de l'hyperémie, de la congestion, de l'engorgement phegmasique, des lésions locales.

La cause morbigène de la pneumonie est encore pour nous à l'état d'inconnue; mais on peut constater que ses effets directs se confondent, pour ainsi dire, avec ceux de la fièvre et de la réaction générale, jusqu'au jour où cette réaction et cette fièvre cessant, les lésions locales n'ont plus aucune tendance à s'accroître, mais au contraire tendent à se résorber par suite d'un travail de restitution *in integrum*, qui, à son tour, met encore en jeu cette fois, dans un sens diamétralement contraire, les forces vives de l'individu.

Ainsi, durant la première période, on doit chercher à atténuer et arrêter le plus rapidement possible la fièvre pneumonique et le raptus sanguin qui fait un avec elle. On ne doit alors pas craindre d'agir assez vivement pour produire un affaissement momentané, sauf à tonifier, s'il y a lieu, quand, le raptus étant brisé d'une manière définitive, il s'agira de faciliter cette réparation, ce rétablissement de l'intégrité organique, qui est le résultat actif d'une franche convalescence.

La médication devra donc être d'autant plus énergique que le raptus inflammatoire sera plus *absorbant* et que l'individu sera plus *puissamment pneumonique*, si je puis m'exprimer ainsi. C'est-à-dire que, d'une part, l'intensité de la cause morbigène, mettant à profit les forces de l'individu, et, d'autre part, la somme de ces forces qui joignent leur puissance à celle de cette cause morbigène, sont surtout à considérer.

Si le malade est très-robuste, pléthorique, et si le raptus pneumonique, très-violent, est dans sa période ascensionnelle, il sera bon de commencer par une saignée.

Cette saignée a plus d'un avantage. D'abord tout le monde reconnaît qu'elle diminue la dyspnée, M. Jaccoud lui-même, bien qu'il ajoute « qu'il s'agit ici d'une dépense de luxe, car, quelque grand que soit le soulagement du symptôme, la durée de la maladie n'en est pas abrégée d'une heure. » Mais le symptôme dyspnée n'est certainement pas le seul qui soit influencé par elle. Wunderlich a noté au thermomètre, aussitôt après la saignée dans la pneumonie, une défervescence, qui, parfois, reste définitive; et ce qui prouve bien mieux encore que le raptus d'inflammation pneumonique est atténué, du moins pour l'instant, c'est que les crachats se modifient, deviennent colorés, moins visqueux; en un mot, qu'il se fait aussi des changements dans l'exsudat inflammatoire. Tout ceci est en contradiction avec l'opinion professée par M. Jaccoud « que la lésion inflammatoire est une lésion fixe sur l'évolution de laquelle on ne peut absolument rien. »

Ces résultats malheureusement sont le plus souvent momentanés, car l'effet de la saignée sur le mouvement fébrile est un effet semblable à celui de la nausée: il se produit de suite et dure peu de temps: à moins qu'il n'ait suffi pour rompre un mouvement morbide de faible intensité; et tel n'est pas le cas que nous avons en vue.

Mais, en outre, par cela même qu'elle abat la fièvre et affaiblit, la saignée permet à des remèdes tels que la digitale d'atteindre plus tôt les limites de la tolérance, et de l'emporter sur la résistance que leur oppose l'organisme malade.

Dans un prochain article, nous achèverons cette étude.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Diagnostic d'un pemphygus cachectique. — Orchite syphilitique bosselée.

Nous étions allé visiter le service chirurgical de M. Demarquay, à la Maison municipale de santé, et nous y avons trouvé M. Ricord, qui est bien toujours resté le même que lorsqu'il professait à l'hospice du Midi.

Tout en causant, avec l'esprit qu'on lui connaît, le maître des maîtres en fait de syphilis a mis à profit, pour l'instruction des nombreux élèves qui se pressaient autour de lui, quelques malades de ce service.

D'abord un homme atteint d'une éruption palmaire.

Cet homme, âgé déjà, de chétive apparence, avait eu successivement une blennorrhagie uréthrale, une ophthalmie blennorrhagique qui l'avait rendu borgne, et un rhumatisme blennorrhagique de quelques articulations vertébrales qui lui avait laissé l'épine dorsale déformée.

Avait-il eu la syphilis? On n'en savait rien; mais il présentait, dans les paumes des mains, une éruption assez confluente, consistant en taches de forme presque circulaire, d'un rouge légèrement violacé, sur lesquelles se détachaient des squames lamellaires et furfuracées.

L'analogie était très-grande avec l'aspect du psoriasis syphilitique, et cependant M. Ricord ne tarda pas à écarter cette hypothèse. Guidé par la forme des plaques, il songea de suite à un pemphygus à la période de desquamation, et il demanda au malade s'il n'avait pas eu, dans les mains, des bulles avant d'avoir ces plaques. Tel était le cas.

A quoi tenait ce pemphygus?

Il aurait pu être syphilique; mais M. Ricord, ayant demandé au malade s'il éprouvait des démangeaisons, reçut une réponse affirmative. Non-seulement ces démangeaisons existaient vers les paumes des mains, mais elles se produisaient aussi vers les membres et vers le tronc.

« Ceci est un excellent signe, dit M. Ricord, car les éruptions de nature syphilitique ne démangent pas, à moins qu'elles ne se trouvent placées vers des régions qui sont *démangeantes* par elles-mêmes, les parties génitales, l'anus et leur voisinage. Le prurit ne signifie rien dans ces régions, mais il est très-significatif dans toutes les autres. Le pemphygus doit donc être ici simplement cachectique. »

L'examen de la gorge et des ganglions cervicaux ne révéla, en effet, rien de suspect ; et, dans une petite leçon que M. Ricord improvisa à ce propos, il démontra, par cet exemple, qu'il est souvent assez facile d'arriver à la certitude en matière de syphilis.

— Un autre malade était atteint d'une orchite, qui fut jugée bien et dûment syphylitique, malgré la grande irrégularité de la tumeur testiculaire.

On a beaucoup exagéré, dit M. Ricord, l'importance de la forme du testicule dans l'orchite syphilitique. Il est très-vrai que cette forme est souvent des plus régulières, cela tient à ce que le testicule est affecté uniformément dans son entier ; mais parfois aussi la maladie atteint inégalement les lobes de cet organe, et alors on a des bosselures plus ou moins accusées. La tunique albuginée ne se borne pas, en effet, à faire une enveloppe complète au testicule, elle émet des prolongements qui divisent le tissu propre de la glande en lobes séparés, lesquels communiquent, bien entendu, largement entre eux, mais n'en forment pas moins de petites régions distinctes.

Un bien meilleur signe des orchites syphilitiques, c'est l'absence de toute douleur.

Emploi de la teinture d'Eucalyptus comme désinfectant dans le pansement des plaies. — Influence des déviations de l'utérus sur les engorgements du col.

Une chose qui nous a frappé dans ce service, c'est l'excellent résultat de l'emploi de la teinture d'Eucalyptus comme désinfectant des plaies. Des plaies cancéreuses elles-mêmes, pansées ainsi, ont perdu toute odeur, autre que l'odeur aromatique et agréable de cette teinture. Les surveillantes des salles ne tarissent pas d'éloges sur ce mode de pansement.

M. Demarquay nous a dit que l'Eucalyptus dont il s'agit est l'*Eucalyptus globulus*, récemment employé comme succédané du quinquina par plusieurs médecins, notamment par M. le docteur Dujardin Beaumetz, qui s'en loue beaucoup et a écrit sur ce sujet un savant mémoire dont nous ferons paraître bientôt le résumé.

La Science pour tous a récemment donné des détails étendus sur ce bel arbre, dont le bois est très-dur, la croissance très-rapide, et qui paraît devoir s'acclimater en Algérie et dans le midi de la France.

— Disons quelques mots d'une jeune fille de 27 ans, que M. Demarquay a traitée, pour une déviation de l'utérus, par l'application du pessaire de M. Hervy de Hugoin, alterné avec le pessaire métallique de Marion Sims.

De ces deux pessaires, le dernier, qui, comme on le sait, est de forme quadrilatère et prend son point d'appui antérieur derrière le pubis, a pour défaut de gêner la miction chez un certain nombre de personnes, et notamment chez celle-ci.

Mais ce n'est pas à ce point de vue que M. Demarquay attira notre attention sur cette malade.

Ce qu'il tenait à démontrer, c'est qu'en remédiant au déplacement de l'utérus, il avait en même temps fait disparaître un engorgement concomitant du col utérin. En effet, au toucher, on ne trouvait plus trace d'engorgement du col. Trois cas du même genre, récemment observés dans le même service, seraient de nature à prouver, suivant M. Demarquay, qu'après avoir peut-être exagéré d'abord les inconvénients des déplacements de l'utérus, on est tombé dans l'excès contraire, et que maintenant on exagère au moins autant leur innocuité.

Cette question mériterait un examen approfondi ; mais comme elle touche à tout l'ensemble des maladies de l'utérus, maladies que j'ai étudiées d'une façon toute particulière, je suis trop près de mes vacances pour l'aborder dans ce trimestre.

Je rappellerai seulement qu'on fait avec raison une distinction importante : celle des cas où le déplacement utérin s'accompagne d'abaissement de l'organe, et celle des cas où ce déplacement se fait uniquement suivant l'axe, sans que le col se soit rapproché du périnée.

Dans le premier cas, il est certain que le contact du col avec des tissus qui présentent une certaine résistance, une certaine dureté, que les chocs et les frottements qui résultent de ce contact produisent à la longue et entretiennent une irritation qui se traduit, d'une part, souvent par des excoriations, des exulcérations du col, du catarrhe utérin, de la métrite interne, et, d'autre part, souvent aussi par une augmentation de volume.

Ceci est admis généralement, facile à comprendre ; le reste exigerait des développements trop longs.

Dr Victor Révillout.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES

DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

PREMIÈRE PARTIE

DÉTERMINATIONS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS SUR LE PÉRICRANE.

VI

Obs. V. — *Chancres indurés non inoculables. — Syphilis évoluant pendant cinq mois, sans être soumise à aucun traitement. — Accidents nerveux et rhumatismaux. — Céphalée névralgiforme ayant pour centre d'irradiation une tumeur fronto-temporale gauche. — Contracture du bras gauche. — Syphilis papuleuse confluente. — Plaques muqueuses gutturales et anales. — Adénopathie généralisée.*

M. F... (G.), cocher, âgé d'une vingtaine d'années, d'une bonne santé habituelle et n'ayant jamais eu aucune maladie vénérienne ou autre, entra en mars 1869 dans mon service, à l'hôpital du Midi, pour des chancres situés derrière le filet et compliqués d'une inflammation balano-préputiale. Inoculation négative. Il ne resta que douze jours à l'hôpital. Huit jours après sa sortie, douleurs de tête très-violentes, la nuit principalement, occupant tout le crâne, paroxystiques, et plus intenses à gauche qu'à droite. Au-dessus de l'œil gauche, bosse survenue sans cause extérieure, à base plus large qu'une pièce de 5 francs en argent, sans adhérence à la peau, qui était intacte à son niveau, peu sensible à la pression, non fluctuante, point de départ des irradiations névralgiques temporo-pariétales.

Cette tumeur dura dix à quinze jours environ et disparut spontanément. La céphalée névralgiforme persista pendant un mois. En même temps qu'elle, crampes sur la partie antérieure de la poitrine, très-douloureuses, occupant les attaches du muscle grand pectoral de chaque côté, empêchant de rapprocher les bras du tronc, enlevant toute force musculaire, si bien que le malade eût été incapable, dit-il, de casser un œuf en joignant les mains. Orthopnée nocturne.

Puis il survint des douleurs rhumatoïdes dans tous les muscles de l'omoplate du côté gauche. Dans les premiers jours de juin (quatrième mois de la maladie), la région du coude gauche devint le siége de douleurs occupant : 1° en arrière, les deux côtés de l'olé-

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15-17, 20 et 22 août 1872.

crâne; 2° en avant, le côté externe du tendon du biceps, au niveau du pli du coude. L'extension complète de l'avant-bras sur le bras était impossible; cependant il n'existait aucune altération matérielle appréciable dans le corps du muscle; son tendon était anormalement distendu. Le bras droit présentait la même douleur au pli du coude, mais à un moindre degré. Il existait aussi de vives douleurs dans la région antérieure et médiane des deux cuisses.

En outre, il était survenu, un mois environ après l'apparition du chancre, une éruption papuleuse extrêmement confluente sur le tronc et des plaques muqueuses dans la gorge et à l'anus.

Malgré ses souffrances horribles dans presque toutes les parties du corps, le malade n'avait fait aucun traitement.

Quand il me consulta de nouveau, le 20 juin (cinquième mois de la maladie), la santé générale était peu altérée, les douleurs s'étaient calmées; il n'y avait plus de plaques muqueuses, et la syphilide papuleuse était en voie de résolution. Adénopathies inguinale, cervicale et maxillaire très-considérables. Plus de bosse temporale.

(*Six* centigrammes de proto-iodure d'hydrargyre et *un* gramme d'iodure de potassium à prendre chaque jour.)

Le 2 août (sixième mois de la maladie), au bout de quatre ou cinq jours du traitement, disparition presque complète des douleurs; puis, diminution graduelle des papules et des ganglions, mais retour des plaques muqueuses dans la gorge.

Je n'ai pas revu ce malade.

La tumeur périostique du péricrâne a présenté ici les mêmes caractères que dans les observations précédentes : elle est survenue au début des accidents consécutifs; elle a coïncidé avec une névralgie temporo-pariétale; sa durée a été courte; elle a fondu et disparu sans laisser de traces. La guérison a été spontanée, ainsi que celle des autres accidents consécutifs, et, pendant les cinq premiers mois de la maladie, il n'a été fait aucun traitement. Eh bien, croyez-vous que si ce malade, moins insouciant, avait pris du mercure et de l'iodure de potassium, il aurait été incessamment assailli par toutes ces attaques de douleurs rhumatoïdes et névralgiformes dans la tête, dans le thorax et dans les coudes? Il est probable qu'il en aurait eu quelques atteintes; mais ces atteintes eussent été beaucoup moins fortes et échelonnées sur un intervalle plus considérable.

Parmi les manifestations douloureuses du début de la syphilis, les costo-sternalgies, avec ou sans oppression nocturne, sont une des plus fréquentes et des plus caractéristiques. Je m'en occuperai plus loin. Un accident très-spécial aussi et bien capable à lui seul de révéler la nature de la maladie dans les cas obscurs, c'est la douleur siégeant au niveau ou au-dessus du pli du coude, vers le tendon du biceps ou celui du brachial antérieur.

(*Sera continué.*)

DU

DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES KYSTES HYDATIQUES ET DES ABCÈS DU FOIE PAR ASPIRATION (1)

Par le docteur Georges Dieulafoy.

EXAMEN CRITIQUE DE LA MÉTHODE. — PURULENCE DU LIQUIDE. — VALEUR DES ACCIDENTS. — MANUEL OPÉRATOIRE. — CONCLUSIONS.

Si nous envisageons ces différentes observations d'une façon générale, nous voyons que, dans les cinq premières, le traitement et la terminaison ont été uniformes, on arrive, par des aspirations successives, à tarir la source liquide, mais ce liquide se comporte différemment selon les cas. C'est ainsi que, dans l'observation n° I et n° V, la purulence ne s'est pas établie, puisqu'une seule ponction a été nécessaire pour arriver à la guérison. Dans l'observation n° IV, le but a été atteint en trois aspirations et sans que le liquide ait en rien perdu sa limpidité jusqu'au dernier moment.

Au contraire, dans l'observation n° II, le liquide était légèrement louche dès la deuxième aspiration; mais il n'eut pas le temps de se transformer complétement en pus; car la guérison survint après cette deuxième piqûre. L'observation n° III nous montre le liquide du kyste hydatique devenant de plus en plus purulent et diminuant en même temps de quantité, si bien qu'à la sixième aspiration, c'est-à-dire en six semaines, la source était complétement tarie. Chaque fois que la purulence s'établit, le liquide prend une odeur d'hydrogène sulfuré. La formation du pus détermine quelquefois un état fébrile plus ou moins vif, avec perte d'appétit, douleur dans l'hypochondre ou dans l'épaule droite, et sensation de pesanteur dans la région lombaire du même côté.

Un fait digne de remarque, c'est que l'issue du liquide à travers une aiguille aussi fine que le n° 2 n'est pour ainsi dire jamais interrompue, malgré la présence des poches d'hydatides, que l'on supposerait théoriquement devoir s'opposer à l'écoulement. Il serait difficile d'expliquer pourquoi tantôt la suppuration s'empare du kyste, et pourquoi ailleurs la purulence ne se montre pas dans le cours du traitement; il est probable que, dans le premier cas, la poche du kyste subit la transformation graisseuse, et disparaît après ce travail.

Tous les malades dont nous venons de parler ont été opérés sans qu'il ait été nécessaire d'établir des adhérences préalables entre le foie et les parois abdominales, et la piqûre n'a jamais déterminé d'accidents sérieux. Les douleurs, les nausées, les vomissements, quand ils ont paru, n'ont pas eu de suites fâcheuses, et je croirais volontiers qu'ils sont plutôt le résultat de l'excitabilité du péritoine que la conséquence d'une phlegmasie de la séreuse. De plus, je ne suis pas bien certain que ces accidents ne soient quelquefois provoqués à son insu par l'opérateur. Nous devons éviter avec le plus grand soin toute manœuvre autre que l'aspiration pure et simple, et, l'opération terminée, il faut se garder de percuter la tumeur sous le prétexte de constater la diminution de son volume, il faut encore éviter de faire tourner et retourner le malade dans son lit pour se livrer à de nouvelles mensurations. Ces différentes manœuvres, en somme inutiles, ne présentent que des inconvénients et peuvent être renvoyées au lendemain. La piqûre une fois faite, le malade doit rester couché sur le dos et garder le repos pendant quelques heures.

Je parle surtout ici des précautions à prendre à la suite de la première exploration, car pour les piqûres suivantes il s'établit une véritable tolérance.

Manuel opératoire. — On choisit le point le plus saillant de la tumeur et on pratique l'aspiration au moyen de l'aiguille n° 1, d'après les préceptes indiqués plus haut à l'article *diagnostic.* Si le kyste est peu volumineux, c'est-à-dire s'il ne contient pas plus de 400 grammes de liquide, on le vide complétement du premier coup.

Dans le cas contraire, il est préférable de s'arrêter après avoir retiré 400 grammes, pour recommencer quelques jours plus tard. Il est plus rationnel de procéder peu à peu, car l'organe peut plus facilement combler le vide laissé par l'issue d'une petite quantité de liquide, et on ne s'expose pas à voir la poche entière envahie d'un seul coup par la suppuration. Les piqûres doivent être faites, autant que possible, sur le même point, c'est-

(1) Fin. — Voir les numéros des 27, 29 juin, 2, 4, 6 et 13 juillet 1872.

à-dire dans un espace grand comme une pièce de 1 franc environ, et la raison, c'est que, grâce à la multiplicité des piqûres, il se fait dans les tissus de la séreuse un travail phlegmasique qui, répété plusieurs fois sur le même endroit, finit par déterminer des adhérences qui permettront à un moment donné d'agir avec un trocart volumineux. Dès la deuxième ou troisième piqûre, on peut remplacer sans crainte l'aiguille n° 1 par l'aiguille n° 2, ce qui facilite du reste l'écoulement du pus.

Le nombre des piqûres est extrêmement variable, la collection du liquide peut être tarie dès les premières aspirations, tandis que dans d'autres circonstances il est nécessaire d'en pratiquer un grand nombre; mais cela n'est vraiment rien, si l'on veut réfléchir que ces aspirations ne sont ni plus douloureuses ni plus difficiles que les piqûres qu'on répète plusieurs fois par jour au moyen de la seringue de Pravaz. Ce n'est donc, pour le médecin, qu'une affaire de patience et de persévérance; il agit à couvert, sans danger, sans avoir à redouter les terribles effets des incisions et des larges ouvertures. Il agit par un moyen tout mécanique, sans courir les chances, quelquefois si désastreuses, des eschares produites par le caustique et des injections irritantes faites avec l'alcool ou la teinture d'iode.

Le moyen est moins brillant, mais il est plus sûr; il n'est plus l'apanage exclusif de la chirurgie, il devient plutôt celui de la médecine. Il y a un terrain sur lequel la chirurgie et la médecine devraient se rencontrer, et sur lequel, je l'espère, elles pourront resserrer les liens qui devraient les unir. Le diagnostic des collections liquides est le plus souvent confié à l'art du médecin; c'est l'auscultation ou la percussion qui nous mettent sur la voie des épanchements de la plèvre, du péricarde, des kystes et des abcès du foie, etc.; je désirerais que la *méthode d'aspiration,* en donnant à la médecine le moyen de contrôler sûrement ses diagnostics, lui permît aussi d'instituer elle-même le traitement. C'est, du reste, une simplification de moyen, et de même que certains malades pratiquent sur eux des injections morphinées avec la seringue de Pravaz, de même j'ai vu un malade qui faisait l'aspiration de son hydrothorax, et la femme de l'observation n° IV a plusieurs fois aspiré le liquide de son kyste du foie.

Conclusions. — En résumé, d'après les observations consignées dans ce travail, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Grâce à l'aiguille n° 1, *armée du vide préalable,* on peut aller sans danger à la recherche des kystes hydatiques du foie.

2° Des aspirations répétées et pratiquées avec l'aiguille n° 1 et n° 2 permettent d'épuiser le liquide du kyste.

3° Le liquide peut rester clair et limpide jusqu'à épuisement complet; le plus souvent il acquiert des degrés divers de purulence. Le traitement est le même dans les deux cas.

4° Si des complications viennent à surgir comme dans l'observation n° IV, je pense que le meilleur parti à prendre est de placer à demeure une sonde en gutta-percha, qui permet de pratiquer tous les jours, ou deux fois par jour si c'est nécessaire, l'aspiration et le lavage de la cavité.

ABCÈS DU FOIE

Si j'ai réuni dans un même travail le diagnostic et le traitement des kystes et des abcès du foie, c'est que le manuel opératoire est exactement le même; de plus, la plupart des kystes se transforment en abcès sous l'influence du traitement; il s'ensuit que les uns et les autres doivent être confondus dans le même mode thérapeutique.

Abcès du foie. Deux aspirations. Guérison. — Un malade, âgé de 28 ans, entre, au mois de novembre 1871, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Moutard-Martin. Cet homme a le teint très-légèrement ictérique, bien que l'examen des urines ne décèle pas la moindre quantité de matière colorante de la bile; il éprouve parfois quelques frissons suivis de chaleur, accès de fièvre mal caractérisés, et qui reviennent depuis un mois environ à des époques indéterminées. L'appétit est mauvais et le sommeil agité.

On trouve dans la région du foie, vers le bord inférieur, et en se rapprochant du muscle droit de l'abdomen, une tumeur assez volumineuse, dure et très-peu rénittente. La circulation collatérale n'est pas très-développée. Le malade n'a jamais eu ni coliques hépatiques ni vomissements; il est, du reste, très-peu explicite sur le début de sa maladie. Toutefois, la marche en a été rapide, puisqu'il y a deux mois, dit-il, aucune tumeur n'était apparente.

Sur la demande de M. Moutard-Martin, je fis une première aspiration avec le concours de M. le docteur R. Blach, qui remplissait les fonctions d'interne dans le service. La piqûre pratiquée avec l'aiguille n° 2 donna issue à un liquide purulent bien lié, de couleur jaune verdâtre et sans aucune odeur; on arrêta l'écoulement à 650 grammes.

Cette opération n'est suivie d'aucune espèce d'accident; la tumeur a diminué des deux tiers environ, et le malade, très-soulagé les jours suivants, se lève une partie de la journée, et retrouve en partie le sommeil et l'appétit.

Sept jours après, nous faisons une seconde aspiration, qui donne 300 grammes de pus, jusqu'à épuisement de l'abcès. L'amélioration continue. Une application de pâte de Vienne avait été jugée nécessaire. De nouvelles aspirations furent inutiles, la tumeur disparut complétement, et le malade devint garçon de salle à l'hôpital, où je l'ai vu pendant plusieurs mois.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1872. — Présidence de M. GROS, président.

La correspondance contient une lettre de M. le docteur Hameau, qui se présente comme candidat à la place de membre correspondant de la Société.

A l'appui de sa candidature, M. le docteur Hameau envoie plusieurs brochures et sa thèse inaugurale :

1° *Note de climatologie médicale*, par le docteur G. Hameau;

2° *De l'influence du climat d'Arcachon;*

3° Thèse inaugurale soutenue le 15 juin 1863. *De la Pellagre.*

4° *Éloge historique de Jean Hameau,* par le docteur de Biermont.

Une commission composée de MM. Motet, Duroziez, Charrier, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. le docteur Gustave Hameau.

M. Reliquet, candidat au titre de membre titulaire, fait hommage à la Société de son *Traité des opérations des voies urinaires.*

Notre collègue M. Durand-Fardel fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Les eaux minérales de la France mises en regard des eaux minérales de l'Allemagne.*

C'est un rapport présenté à la Société d'hydrologie médicale de Paris par M. Durand-Fardel, au nom d'une commission composée de MM. Desnos, Durand-Fardel, Gubler, Labat, Le Bret, Mialhe, Rotureau, Verjon.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° La France est la seule contrée de l'Europe qui puisse se suffire à elle-même pour tout ce qui concerne la thérapeutique thermale;

2° Elle n'a besoin, *dans aucun cas,* de recourir aux eaux minérales de l'Allemagne;

3° Il en serait de même à l'égard des autres contrées du continent, si à la Bohême n'appartenait pas Carlsbad et ses congénères, dont nous ne possédons que des équivalents éloignés.

M. FORGET fait un rapport sur la demande à l'honorariat de notre collègue M. le docteur Costilhes. Il conclut à l'adoption.

Le vote aura lieu dans la prochaine séance.

M. BOINET fait la communication suivante sur le traitement de la coqueluche :

Il y a quelques mois, je fus appelé dans une famille où trois enfants, la mère, le père et une bonne, étaient atteints de coqueluche.

En présence de l'inefficacité des moyens thérapeutiques employés contre cette affection, je conseillai d'attendre la belle saison pour prendre l'air de la campagne.

A quelque temps de là, je fus appelé dans cette famille pour donner des soins au grand-père atteint d'asthme.

Je conseillai l'emploi des vapeurs de papier nitré; au bout de douze jours, les autres membres de la famille atteints de coqueluche et qui vivaient dans cette atmosphère de vapeurs nitreuses furent complétement guéris. L'action des vapeurs nitreuses me paraît donc incontestable dans la coqueluche ; je vous indique ce moyen thérapeutique afin que vous l'essayiez. J'ajoute ce détail qui a son importance, c'est qu'il faut se servir de carton nitré et non de papier nitré; le carton nitré brûle plus longtemps, et par suite, agit d'une manière plus efficace ; mais ce carton n'est pas simplement nitré, et je me suis procuré la formule de ce carton fumigatoire ; la voici :

Pâte de carton gris	120	grammes.
Azotate de potasse	55	—
Poudre de belladone		
— de stramonium		
— de digitale	ãã 5	—
— de lobélie enflée		
— de phellandrie		
Poudre de myrrhe	ãã 10	—
— d'oliban		
Eau	Q. S.	

F. S. A. Divisez en 36 morceaux, dont on en brûle un ou deux, matin et soir, sur la table de nuit du malade.

Je prie donc mes confrères d'expérimenter ce moyen, qui m'a paru d'une grande utilité dans le traitement de la coqueluche.

M. PERRIN. Le traitement de la coqueluche par les inhalations est très-ancien. Frank parle d'un médecin qui, de son temps, employait les inhalations, mais sans aucune espèce d'efficacité. Nous connaissons tous l'emploi de l'éther et du chloroforme en inhalations dans cette affection, et le traitement dans ces derniers temps par le séjour des enfants malades dans les chambres à inhalations des usines à gaz.

J'ai employé les vapeurs nitreuses en faisant brûler des bandes de calicot imprégnées d'une solution concentrée de nitrate de potasse, j'ai constaté un peu d'amélioration, mais je dois le dire, cette médication par les inhalations n'est rien moins qu'incertaine.

M. TISSIER. L'épidémie de coqueluche que nous observons cette année me paraît assez bénigne, et la maladie cède facilement aux diverses médications employées. J'ai observé à Paris depuis quelques années, plusieurs épidémies de coqueluche qui n'ont pas paru beaucoup plus graves et pour lesquelles tous les traitements étaient inefficaces.

Quant au traitement par la vapeur nitreuse qui a si bien réussi à notre collègue M. Boinet, il est préconisé tous les jours dans les annonces pharmaceutiques des journaux de médecine et autres, et la poudre qui se vend sous le nom de remède d'Abyssinie contre la coqueluche, l'asthme et les névroses, ne doit en partie son efficacité, si efficacité il y a, qu'à la grande proportion de sel de nitre qu'elle renferme.

M. GROS. Il y a une grande analogie entre la coqueluche et l'asthme, les bains d'air comprimé, qui réussissent dans l'asthme, me paraissent un bon moyen à employer contre la coqueluche.

M. BOINET. Je ne me préoccupe pas de savoir si les empiriques et les charlatans se servent de moyens analogues à celui que je viens d'indiquer; les vapeurs de nitrate de potasse m'ont réussi, c'est pour cela que je vous les indique.

Pour répondre à ce que l'on a dit de la bénignité de l'épidémie de coqueluche observée cette année, je dirai que l'un des enfants guéri en douze jours par les vapeurs nitrées était malade depuis quatre mois et rebelle à tous les traitements.

M. WORMS. Dans le traitement de la coqueluche, un professeur de la Faculté a préconisé la teinture de Drosera rotondifolia. Je l'ai employée sans avantage : par contre, je me suis très-bien trouvé de l'injection sous-cutanée de morphine.

M. VOISIN. J'ai eu cet hiver un petit garçon atteint d'une coqueluche qu'il avait prise d'un autre enfant : j'ai voulu m'édifier sur la nature de la coqueluche et sur son mode de contagion; j'ai examiné au microscope les crachats rendus par l'enfant, ces crachats renfermaient une quantité énorme de cellules d'épithélium. Peut-être pourrait-on trouver là la raison de la contagion?

M. DUROZIEZ donne lecture d'un mémoire sur les anévrysmes du cœur et des valvules.

I° Anévrysme vrai du ventricule gauche dans l'insuffisance aortique. — II. Transformation fibreuse et anévrysme de la pointe ; sclérose du cœur. — III. Perforation du septum membraneux. — IV. Anévrymes valvulaires. — V. Abcès caséeux du septum membraneux. — 7 observations. — Examen des travaux de plusieurs auteurs français : Sénac, Corvisart, Laënnec, Bouillaud, Mercier, Chassinat, Pelvet.— On a restreint beaucoup le territoire de l'anévrysme du côté du cœur, comme du côté des artères; on lui a enlevé les simples dilatations, mais ce n'a pas été sans beaucoup de compromis et de difficultés ; la séparation me paraît plutôt faite pour la commodité des auteurs que créée par la nature elle-même; c'est une division essentiellement artificielle, et il en résulte une singulière logomachie. Chacun a son anévrysme, chacun a sa définition. Pour ma part, je serais disposé à donner le nom d'anévrysme à toute dilatation du cœur générale ou partielle, ainsi que le fait Corvisart. Si je ne puis voir avec lui un anévrysme, même actif, dans l'hypertrophie concentrique du ventricule gauche qui accompagne le rétrécissement mitral, je ne puis m'empêcher de dire que le ventricule gauche dans l'insuffisance aortique présente un type d'anévrysme vrai; n'est-il pas singulier que les chirurgiens donnent le nom d'anévrysme vrai à celui qu'ils mettent en doute, et d'anévrysme faux à celui qui leur sert de type?

Que trouvons-nous dans l'insuffisance aortique? Un ventricule dont la pointe a disparu et dont la paroi externe s'est dilatée en un véritable sac ; l'endocarde a pris une teinte blanchâtre, le muscle est devenu comme fibreux, le tissu élastique s'est développé comme dans l'aorte ; le ventricule est devenu, pour ainsi dire, une véritable aorte.

Dans mon mémoire sur l'insuffisance aortique, voici ce que je trouve au point de vue qui nous occupe, en dehors de l'insuffisance.

1° R... Péricarde adhérent de toutes parts. Ventricule gauche énorme et contenant des traînées de fibrine organisées et adhérentes;

2° R.... Cœur gros, dodu, ferme; adhérence générale du péricarde ;

3° L... Cœur très-gros, à parois très-fermes. Péricarde presque partout adhérent;

4° G... Dilatation en masse du cœur, peu d'hypertrophie, tissu dense, congestion chronique, carnification. Ventricule gauche blanc à l'intérieur; colonnes charnues blanches par le développement du tissu cellulaire ;

5° A... Cœur dodu, en besace, à parois fermes, résistantes. Larges plaques péricardiques à teinte grisâtre, disséminées en avant, en arrière, avec des adhérences çà et là;

6° D... Cœur gros, en besace, mou, jaune, sans apparence musculeuse;

7° R... Disparition presque complète des fibres musculaires du ventricule droit, muscles tenseurs de la bicuspide à sommet un peu fibreux, etc.

Si nous analysons les signes de l'insuffisance aortique, nous trouvons bien quelques raisons de penser à un anévrysme vrai du ventricule gauche. Le cœur se contracte mal; son immobilité pour la main qui le cherche et l'explore en fait foi; il se contracte en deux temps, la pointe est sentie deux fois au moment de la systole; enfin on perçoit un nouveau choc au moment de la diastole, comme dans l'anévrysme thoracique de l'aorte. Le cœur, comme la poche anévrysmale, ne peut plus se vider, et reçoit à chaque diastole une énorme masse de sang lancée brusquement; il est forcé et n'est plus qu'un sac anévrysmal. La mort est souvent subite. Le cœur se défend en accolant les deux faces du péricarde, dont nous avons constaté souvent l'adhérence. Que l'inflammation se soit étendue sur le cœur, ou que la simple insuffisance aortique l'ait dilaté, nier cet état vraiment anévrysmal du ventricule gauche, me paraît difficile; et, du reste, ne m'abrité-je pas derrière d'illustres autorités? N'oublions pas nos grands maîtres français, si limpides et si clairs, à qui nous devons restituer ce qui leur a été pris.

Dans la dilatation qui accompagne l'insuffisance mitrale, les conditions sont toutes différentes. Le muscle est frappé d'asphyxie, et ne reçoit plus pour ainsi dire que du sang veineux; le ventricule gauche trouve les conditions du ventricule droit et se laisse dilater passivement comme lui. Bichat nous enseigne l'influence du sang rouge et du sang noir sur les parois à travers lesquelles il s'écoule. Le ventricule gauche est devenu variqueux : c'est bien l'anévrysme passif de Corvisart.

Quant à la dilatation des cavités placées derrière un rétrécissement, l'influence est double; le sang ne peut passer, mais en même temps devient veineux et frappe d'asystolie la cavité qu'il engorge.

Et en vérité, toutes les fois qu'il y a insuffisance d'une valvule, n'avons-nous pas une des causes de l'anévrysme pour la poche qui reçoit du sang en dehors de ses conditions habituelles?

(*Sera continué.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Clinique d'accouchements. — M. Guéniot, suppléant M. le professeur Depaul, commencera, le jeudi 29 août, à neuf heures du matin, des leçons cliniques, qu'il continuera à la même heure les mardi et samedi de chaque semaine. — Les jeudis, à huit heures et demie, conférences au lit des malades.

Étude des causes de la mortalité excessive des enfants pendant la première année de leur existence et des moyens de la restreindre. Recherches sur l'infanticide, par le docteur Anner, de Brest. Ouvrage couronné par la Société protectrice de l'enfance de Paris. — In-18. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE, — Premier-Paris. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (M. Demarquay). — Opération de hernie étranglée suivie d'avortement (M. Louis Thomas, de Tours). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Correspondance. — Thèses.

QUESTIONS PENDANTES

L'éloquence des chiffres.

J'ai rarement vu de statistiques aussi bien faites que celles qu'a publiées le Ministre de l'Instruction Publique.

Rien de plus instructif pour ceux qui se préoccupent de nos intérêts scientifiques et professionnels.

J'aurai à leur faire de très-larges emprunts à propos des projets de loi intéressant le corps médical que l'Assemblée nationale aura prochainement à discuter.

Aujourd'hui, je devrai forcément me borner à des indications sommaires sur quelques-unes des questions auxquelles se rattachent ces documents précieux.

Ces questions ne sont pas seulement, comme on pourrait le supposer, relatives à l'enseignement, mais en outre, à l'exercice professionnel de la médecine.

Par exemple, veut-on savoir quel était, en l'année 1866, dans chaque département, le nombre des docteurs en médecine et des officiers de santé, le rapport de ce nombre à celui des habitants, le nombre des communes possédant soit plusieurs docteurs, soit plusieurs médecins, les uns docteurs, les autres officiers de santé, soit plusieurs de ceux-ci, soit un seul des uns ou des autres, veut-on savoir le nombre des communes dépourvues de médecins, on trouvera tout cela dans des tableaux qui ont été publiés en 1868.

Les mêmes tableaux font connaître, département par département, l'état comparatif des docteurs en médecine et des officiers de santé dans les années 1847, 1853, 1857, 1866, le nombre, le nom et la nature de tous les hôpitaux, hospices, asiles d'aliénés, le nombre et le traitement de leur internes, etc., etc.

30,636 communes, sur 37,715 étaient alors totalement dépourvues de médecin.

Le total des docteurs en médecine était de 11,643.

Celui des officiers de santé de 5,697.

Quand on comparait ces chiffres à ceux de 1847, on constatait que le nombre des docteurs s'était accru de 1,000, que celui des officiers de santé avait décru de 2,145, et qu'en définitive, il y avait 1,145 médecins de moins, bien que la population, dans ce laps de temps, grâce aux annexions, etc., eût atteint le chiffre de 37,998,306 habitants, au lieu de 34,529,073, chiffre de 1847.

Tous ces calculs reposent sur des documents dont la rigoureuse exactitude n'est pas contestable, car ils ont été recueillis officiellement dans chaque commune, d'après les ordres des préfets et des recteurs, qui les ont transmis au Ministère. Aussi peut-on dans les bureaux obtenir bien d'autres détails, car on y possède des états individuels et nominatifs.

Nous sentons trop vivement tout ce qu'a de pernicieux une centralisation de plus en plus excessive, pour ne pas aimer à reconnaître en toute justice ce qu'elle peut avoir d'avantageux. Quand l'administration française veut se mêler de statistique, elle est en état de le faire comme personne en dehors d'elle.

En dehors d'elle, un pareil travail était tout à fait inexécutable.

Qui donc pouvait même y songer ?

Une réunion de médecins ? Mais il faudrait d'abord admettre que, sans exception, tous les médecins, ou du moins des médecins dans toutes les communes où il en existe, disciplinés, hiérarchisés et rompus à l'obéissance, seraient disposés à fournir très-exactement à leurs chefs ce que le gouvernement lui-même ne parvient jamais à obtenir du plus grand nombre de ses inspecteurs d'eaux minérales.

Comment? tous feraient des rapports? répondraient aux questions posées? se mettraient à recueillir des chiffres complets et exacts sur la population médicale et non médicale du voisinage, dans un rayon parfois très-étendu ?

On ne peut pas sérieusement le supposer quand, d'après les statistiques mêmes du Ministère de l'Instruction Publique, on voit combien peu d'inspecteurs d'eaux minérales font leur rapport annuel, seul devoir pourtant que l'Etat leur ait imposé en échange d'un titre officiel et lucratif.

C'est donc le Ministère de l'Instruction Publique qui est seul à même de renseigner sur la répartition du corps médical.

C'est aussi lui qui nous renseigne sur tout ce qui touche à l'enseignement de notre profession, comme à l'enseignement supérieur en général.

Mais c'est ici que se révèle, avec la clarté la plus vive, une des grandes causes de tous nos grands revers.

Qu'on parcoure les statistiques, les rapports sur les Facultés, sur les bibliothèques, les comptes définitifs de dépenses du ministère, on est frappé de voir à quel point on a négligé, dans notre pays, l'enseignement supérieur de toute nature.

Les bibliothèques destinées aux étudiants, aux érudits, n'ont

à peu près [illegible] pour acheter des livres. Elles se maintiennent comme elles peuvent par les cadeaux de quelques auteurs et par une distribution, faite bien souvent au hasard, des exemplaires du dépôt légal.

Quant aux Facultés, prises en bloc, 3 Facultés de médecine, 16 Facultés des sciences, 16 Facultés des lettres, 11 Facultés de droit, 7 Facultés de théologie, 22 Écoles de médecine et de pharmacie, les encouragements qu'elles reçoivent de l'État n'atteignent souvent pas 200,000 francs par an, pour 75 établissements; le reste est fourni par les recettes de ces mêmes établissements en ce qui touche les Facultés et les Écoles supérieures.

Ainsi nous donnons moins à toutes nos Facultés que la Prusse à une seule; car, pour cette comparaison, il faut se rappeler qu'en Prusse les Facultés gardent l'ensemble de leurs recettes, indépendamment des allocations qu'elles reçoivent de l'État.

Cette situation est navrante.

Nous ne pouvons que l'indiquer dans cet article, nous promettant d'entrer bientôt à ce sujet dans le détail des chiffres.

Dr Victor Revillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (1).

(Leçons recueillies par M. Redard.)

La respiration pulmonaire, on le sait maintenant, n'est pas, comme l'avait prétendu Lavoisier, une véritable combustion, mais un échange; or, il semble que toutes les fois que vous mélangerez à l'air une certaine quantité de vapeurs d'un gaz, l'acide carbonique ne pouvant plus s'exhaler librement, s'accumulera. Il s'accumule d'abord lentement; aucun phénomène ne se manifeste pendant ce temps; mais ce n'est que lorsque la quantité est devenue suffisante que les accidents se manifestent. Ici se trouve encore l'application de cette vérité, que l'on retrouve à chaque pas dans l'étude des poisons. Ce n'est pas sans raison que certains auteurs ont été frappés du changement de coloration du sang, et M. Amussat s'était efforcé de faire remarquer cet état, mais il avait soin d'ajouter que, si l'on permet à l'animal de faire quelques nouvelles inspirations, le sang redevient rouge. Cette particularité avait amené M. Amussat et d'autres chirurgiens à dire que la mort arrive toujours par asphyxie; certains autres et MM. Faure (2), Ozanam, E. Robin à leur tête, prétendaient que le chloroforme anesthésiait parce qu'il asphyxiait. C'est qu'en effet l'asphyxie, par les changements qu'elle fait éprouver au milieu intérieur, n'entretient plus l'intégrité du système nerveux sensitif et l'anesthésie se montre; mais le chloroforme, comme nous l'avons indiqué plus haut, agit d'une toute autre manière. M. Renault, d'Alfort, a fait voir que si le sang devenait noir, cela tenait uniquement au mode d'administration et non à l'agent lui-même. M. Longet admet la mort par asphyxie, mais il dit que la perte complète de la sensibilité a lieu avant que le sang artériel ait changé de couleur. C'est surtout dans les cas que M. Cl. Bernard a si bien appelés *cas d'anesthésie suffocante*, cas que la négligence et l'inhabileté des chirurgiens doivent reproduire chez l'homme, que le sang change de couleur et devient subitement noir, en même temps que la mort arrive. Mais ce que nous pouvons affirmer ici, parce que des expériences nous l'ont indiqué, c'est que lorsque l'on procède lentement, on peut maintenir un animal longtemps anesthésié, sans qu'aucun changement de coloration se produise dans son sang.

La *période d'excitation* elle-même, qui est loin d'être une phase par laquelle doit passer toute chloroformisation, comme l'avait prétendu M. Flourens, nous semble devoir être supprimée (à moins que l'on n'ait affaire à des cas exceptionnels, alcooliques, nervosisme) par l'administration lente et par conséquent l'accumulation aussi faible que possible de l'acide carbonique. Les recherches si belles de M. Brown-Séquard indiquent clairement l'action convulsivante de ce gaz. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que depuis que nous nous servons de l'appareil dont nous donnerons la description plus loin, nous voyons la période d'excitation devenir de plus en plus rare. On comprend d'après ce que nous venons de dire combien est dangereux ce précepte que certains chirurgiens ont donné de verser une grande quantité de chloroforme au moment de la période d'excitation. Une semblable pratique amènerait certes aux résultats les plus fâcheux.

C'est à ce moment que l'attention doit redoubler et que l'on doit surveiller l'entrée et la sortie de l'air; les mouvements respiratoires doivent être surveillés, et le spasme glottique qui existe et qui se manifeste par un bruit particulier, que M. Perrin dit ne pas avoir entendu, ce qui nous étonne, constitue aussi un danger qui favorise l'asphyxie.

Un autre accident qui favorise l'asphyxie, c'est le refoulement de la langue vers le pharynx, et par conséquent, l'obstruction des parties supérieures du larynx; quel qu'en soit le mécanisme, nous avons souvent vu la langue abaissée, tandis que les phénomènes asphyxiques se produisaient. Voici, du reste, ce que nous avons observé chez les animaux : si, par une pratique brusque, muselant les animaux, comme on a l'habitude dans les laboratoires de physiologie, on asphyxie en même temps que l'on anesthésie l'animal, et que l'on arrive à un arrêt des mouvements respiratoires et du cœur, si, dans cette situation, on ôte le museau à l'animal, et si l'on attire la langue paralysée et repliée sur le larynx, on ne tarde pas, dans la plupart des cas, à voir cet organe déjà noir reprendre sa couleur normale, en même temps que la vie semble renaître chez le chien.

Les accidents fréquents de mort par le chloroforme qui arrivent chez nos animaux, dans les laboratoires, tiennent certainement à ce que la langue, emprisonnée, gêne la respiration, et aussi à ce que la bouche, à peine entr'ouverte, ne donne pas accès à l'air.

Pour remédier au tassement de la langue, il est nécessaire d'avoir une pince spéciale, ou plutôt un doigtier en argent, qui nous permette, sans nous faire blesser, d'appuyer sur la langue et de laisser ainsi à l'air un libre passage. Les congestions de la face, des yeux, que nous voyons arriver aux périodes complètes d'anesthésie, peuvent même disparaître alors aussitôt, et si l'on continue à laisser une libre voie à l'élimination et à la circulation de l'air, l'on peut voir, au bout de quelques minutes, l'anesthésie cesser. M. Hergott (1), dans un mémoire, a insisté sur une partie de ces faits.

Mais un des préceptes les plus utiles que l'on doive recommander, c'est de donner le chloroforme lentement. Poison introduit dans le sang, il doit y être introduit lentement, afin que l'organisme s'adapte à son milieu. C'est ainsi qu'un individu peut vivre dans une chambre où périrait un homme bien portant

(1) Suite. — Voir le numéro du 22 août 1872.

(2) Faure : *Le chloroforme et l'asphyxie* (*Archives générales de médecine*, 5e série, t. XII, p. 48.

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. LXVII, p. 55.

qui y entrerait. Les expériences de Priestley et de Claude Bernard sur ce point sont fort intéressantes. Prenez un oiseau, que vous introduirez sous une cloche ; au bout d'un certain temps, cet animal paraîtra visiblement gêné ; mais si vous introduisez alors un second animal, celui-ci périra instantanément. Si donc vous administrez du chloroforme brusquement, l'animal pourra se trouver dans des conditions telles que la mort arrivera ; mais si vous procédez avec une sage réserve, l'animal se fera graduellement à son nouveau milieu ; il faut, en un mot, comme l'a si bien dit Gœthe, que le budget de l'animal varie, l'équilibre subsistant toujours.

De ces quelques notions sur la façon dont se produisent les accidents chloroformiques, nous pourrons peut-être tirer quelques notions pratiques au point de vue des meilleurs appareils à appliquer.

Des appareils fort compliqués destinés à pouvoir doser les quantités de vapeur absorbées ont été proposés. Tous les appareils dans lesquels une éponge, de la charpie sont employés sont des appareils dangereux, car dans ce cas l'on est obligé de mettre une trop grande quantité de vapeurs dans l'appareil ; il y a surtout lieu de craindre que les vapeurs anesthésiques ne soient mêlées à l'air en trop forte portion.

« On ne respire pas bien, quand on est muselé, » a dit M. Ricord, et ce mot si juste condamne tout ce qui a été fait pour les appareils inhalateurs. L'appareil de M. Raynaud, généralement employé dans la marine, présente quelques avantages. Quant aux appareils compliqués construits par Charrière, les tubes nombreux qui les composent, les différentes soupapes en rendent le mouvement difficile, encore n'est-il pas prouvé qu'ils diminuent les dangers.

Pour qu'une chloroformisation se fasse dans d'excellentes conditions, d'après les quelques notions que nous avons énoncées plus haut, il faut : que le chloroforme n'excite pas au début la muqueuse pharyngo-laryngée ; qu'il ne surprenne pas le malade, que la respiration se fasse surtout lentement et le plus largement possible ; il faut pouvoir donner à volonté la quantité de vapeurs que l'on veut administrer ; pouvoir donner goutte à goutte le poison, afin d'habituer l'organisme à sa nouvelle manière d'être.

Il faut, enfin, que le chloroforme soit largement mélangé d'air.

Si nous tenons à appliquer rigoureusement ces préceptes, nous verrons que, dans l'état actuel de la science, ce qui répond encore le mieux, à ces exigences, c'est la compresse. Mais encore, cette dernière laisse beaucoup à désirer. On est obligé de verser tout d'abord une certaine quantité de chloroforme, et l'on doit alors, pour graduer la concentration des vapeurs anesthésiques, éloigner ou rapprocher le mouchoir. Si la compresse est roulée, et si l'on dépose au fond du cornet, comme on le fait le plus souvent, de la charpie imbibée de chloroforme, l'excitation que l'on produit en l'approchant est encore trop forte, et l'expérience vous en convainc directement.

La vaporisation peut même se faire mal, et cela d'autant plus que le tissu, souvent, est fort impropre à cet usage. L'usage de l'éponge et de la charpie imbibée ne permet pas, du reste, de savoir quelle est la quantité de vapeur qui est absorbée. Une des premières conditions, c'est de verser, comme l'avait, du reste, recommandé Snow, le chloroforme goutte à goutte, et pour cela on peut se servir d'un flacon à deux tubulures : une permet l'accès de l'air, le passage du chloroforme s'écoule par l'autre.

Quant au tissu à choisir, quoique cela, au premier abord, paraisse de peu d'importance, il faut remarquer que c'est le point essentiel. Il faut, en effet, un tissu qui permette à l'air de passer librement, et au chloroforme de se vaporiser d'une façon convenable. Les tissus dont sont composés les compresses, les mouchoirs, sont de mauvais tissus. Celui qui nous semble être de beaucoup préférable, c'est la flanelle. La flanelle, en effet, se prête à une douce vaporisation ; les mailles dont se compose son tissu étant très-peu serrées, l'air peut passer librement en se chargeant de vapeurs de chloroforme. Le malade ne se trouve pas ainsi suffoqué.

Comme on le sait, dès qu'un liquide se trouve à une certaine température, des vapeurs se formeront ; les lois physiques ordinaires s'appliqueront directement à notre appareil, qui consiste simplement en un masque en fil de fer sur lequel est fixé de la flanelle ; le chloroforme est versé goutte à goutte.

Nous pouvons donc dire, sachant que la quantité de vapeur est surtout en rapport avec l'activité du courant d'air, que dans notre appareil, l'appel d'air produit par l'aspiration pulmonaire étant très-considérable, une grande quantité de vapeur sera absorbée. Mais comme, au moyen du masque en fil de fer sur lequel se trouve la flanelle, le foyer d'évaporation restera maintenu assez éloigné, l'appel de l'air ne se fera pas sentir au foyer, et par conséquent une moins grande quantité de chloroforme qu'on n'aurait pu le supposer au premier abord sera absorbée, avantage immense qui résulte de cette loi physique : plus le courant d'air est rapide, plus la quantité de vapeur qui peut être absorbée devient considérable, mais plus aussi le poumon est fourni d'air respirable. Ceci explique en partie les bons résultats fournis par notre appareil et les petites quantités de chloroforme qui sont employées, car ici tout est utilisé, et dans des conditions excellentes pour nos malades.

Nous devons dire aussi, enfin, que, depuis que cet appareil est entre nos mains, la période d'excitation devient de moins en moins rare.

(Sera continué.)

OPÉRATION DE HERNIE ÉTRANGLÉE

SUIVIE D'AVORTEMENT.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 29 mai 1872, par M. GUYON.)

La discussion qui a eu lieu récemment au sein de la Société de chirurgie sur l'opportunité et les dangers des opérations chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, a surtout montré combien était grande la divergence d'opinion des chirurgiens sur cette question. Faute de faits assez nombreux, cette discussion ne pouvait aboutir, en effet, à des conclusions nettes et précises. Aussi, tandis que nous voyons M. Valette (de Lyon) déclarer qu'on peut sans danger opérer une femme enceinte, un élève du professeur Verneuil, M. Petit, émet dans sa thèse des opinions entièrement opposées. Enfin, parmi ceux qui admettent que les opérations pratiquées chez les femmes enceintes peuvent provoquer l'avortement, M. le professeur Verneuil et M. Poncet (de Lyon) sont disposés à croire que l'avortement n'est pas le fait du traumatisme, mais d'une complication inflammatoire : érysipèle, angioleucite, etc. Les faits seuls peuvent faire disparaître cette incertitude, qui impose aux chirurgiens l'obligation de faire connaître les observations de nature à éclairer cette question. Tel est le motif qui m'engage à porter à la connaissance de la Société de chirurgie le fait suivant, que j'ai eu dernièrement occasion d'observer.

Le 3 mai dernier, je fus mandé par M. Vincent, médecin à Azay-sur-Cher (Indre-et-Loire), pour voir une de ses clientes atteinte d'étranglement herniaire. Cette femme, âgée de 28 ans, d'une bonne constitution, mariée et mère d'un enfant de 8 ans, portait, depuis plusieurs années, une hernie crurale droite, qui n'avait jamais été maintenue par un bandage, et se réduisait complète-

ment. La veille au matin, à la suite d'un effort, la hernie s'échappa brusquement, et toutes les tentatives de la malade pour la réduire furent infructueuses. Dans la journée, la tumeur devint douloureuse et des vomissements apparurent. Le médecin fit, dans la soirée, à diverses reprises et sans succès, des tentatives de taxis. Pendant la nuit les accidents persistèrent, et le lendemain matin, après de nouvelles et inutiles tentatives de réduction, je fus mandé pour pratiquer l'opération.

Je vis cette femme le soir à cinq heures, trente-six heures à peine après le début des accidents; la tumeur herniaire était petite, dure, marronnée, et tous mes efforts pour en obtenir la réduction furent inutiles. Des vomissements bilieux se produisirent plusieurs fois en ma présence. Le ventre était peu douloureux, le pouls bon, les traits non altérés.

Bien convaincu que des tentatives de taxis pratiquées le lendemain ne seraient pas couronnées de plus de succès, je résolus de ne pas différer l'opération, et je la pratiquai séance tenante. Elle fut très-simple.

La hernie était formée par une anse intestinale et une très-petite quantité d'épiploon, sans la moindre trace d'altération. Je réunis en partie la plaie, qui présentait à peine 4 centimètres d'étendue, et je quittai cette malade croyant à la réussite d'une opération pratiquée dans des conditions aussi favorables.

Le 8 mai, cinq jours après l'opération, on vint me prier de revenir voir cette femme, qui éprouvait, me disait-on, de très-vives douleurs dans l'abdomen. Lorsque, dans l'après-mi, j'arrivai près de cette malade, elle était calme, les souffrances avait disparu, elle venait de faire une fausse couche de deux mois et demi. J'ignorais cette grossesse au moment de l'opération, et je n'avais pas songé, je l'avoue, à interroger cette femme sur ce point. Depuis la naissance de sa fille, âgée de huit ans, elle n'avait pas été enceinte.

La plaie de l'opération était complétement cicatrisée dans son tiers supérieur; les bords en étaient légèrement rouges et tuméfiés, sans trace d'érysipèle. J'appris alors qu'après l'opération, les vomissements avaient continué, à de rares intervalles, pendant la nuit, puis avaient disparu. Le lendemain, plusieurs évacuations avaient eu lieu après l'administration d'un purgatif. Les jours suivants, la malade ne souffrait pas, était gaie, demandait à manger, lorsque, dans la soirée du quatrième jour, survinrent quelques vomissements et les violentes douleurs abdominales qui ne cessèrent que lorsque l'avortement fut accompli. Cependant le ventre était resté douloureux à la pression, même légère, dans toute son étendue.

Trois jours après, on m'annonçait la mort de cette femme. Quelques heures après ma visite, les vomissements avaient reparu, la douleur abdominale était devenue plus vive, et les accidents avaient persisté jusqu'à la mort. Je n'ai pas revu la malade pendant les deux derniers jours de son existence, mais je crois pouvoir affirmer, c'est du reste l'opinion du médecin qui lui a donné ses soins, qu'elle a succombé à une péritonite.

En résumé, dans cette observation, nous voyons une femme jeune, opérée d'une hernie crurale étranglée 36 heures après le début de l'étranglement, c'est-à-dire, dans les meilleures conditions de succès, faire, au quatrième jour après l'opération, une fausse couche et mourir, deux jours après, de péritonite. Cette terminaison funeste, à la suite d'une opération dont la guérison est la règle lorsqu'elle est pratiquée de bonne heure et à la campagne, doit donc être attribuée à l'état de grossesse de l'opérée. Après l'opération, les vomissements ont disparu, le cours des matières s'est rétabli, l'état général était bon, tout faisait prévoir une prompte guérison, lorsque brusquement est survenu l'avortement. Quelle en a été la cause? Est-ce l'opération elle-même ou une complication inflammatoire quelconque, la péritonite par exemple? Si l'on peut admettre que le choc traumatique aurait dû produire son effet avant le quatrième jour, et que, par conséquent, il n'est pas démontré que l'avortement ait été provoqué par cette cause, on ne peut pas établir non plus que la péritonite a précédé l'avortement; il est, au contraire, probable qu'elle l'a suivi. N'ayant pu voir la malade que deux fois, à cause de son éloignement de Tours, le jour de l'opération et le jour de l'avortement, je ne saurais me prononcer d'une façon précise sur la succession des accidents. Quelque incomplète que soit cette observation, j'ai cru néanmoins devoir la faire connaître, car si elle n'explique pas, du moins prouve-t-elle la gravité exceptionnelle qu'emprunte l'opération de la hernie étranglée à l'état de grossesse de l'opérée. Plus que toute autre, cette opération doit, en effet, par son siége, provoquer l'avortement, que le chirurgien s'appliquera à prévenir, à mon avis, en opérant de bonne heure, en renonçant à l'administration des purgatifs et en recourant après l'opération à l'usage des préparations opiacées.

Dr Louis Thomas (de Tours),
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

PREMIÈRE PARTIE

DÉTERMINATIONS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS SUR LE PÉRICRANE.

VII

Description générale des périostites épicrâniennes. — Je pense qu'il est possible, d'après les faits qui précèdent, d'embrasser maintenant dans une vue d'ensemble l'histoire des périostites péricrâniennes, de déterminer leur signification pathologique et de fixer leur place dans l'évolution de la syphilis.

J'ai désigné ces tumeurs précoces de la tête, ces *nodi*, sous le nom de périostites épicrâniennes pour deux raisons : 1° parce qu'elles procèdent d'un travail vraiment inflammatoire, d'un processus irritatif ou actif, ainsi que l'indiquent l'acuité de leurs symptômes et l'allure rapide de leur marche. Elles ne ressemblent point à ces périostites plus tardives, toujours un peu indolentes, qui traînent en longueur, ont très-peu de tendance à la résolution spontanée, beaucoup, au contraire, à la régression, c'est-à-dire à la destruction, par métamorphose graisseuse, des produits de l'hyperplasie; 2° parce qu'elles siégent exclusivement dans le péricrâne et y restent confinées pendant toute leur durée. Il est bien possible qu'elles ne soient pas sans connexion avec les os sous-jacents; mais la lésion hyperémique ou inflammatoire des tissus osseux, en admettant qu'elle existe, reste subordonnée à la périostite et est, pour ainsi dire, accessoire. Toujours est-il qu'elle n'est pas suivie d'hyperostose, car la résolution du périoste s'effectue sans laisser sur le crâne aucune trace de la lésion.

Chez l'adulte, dans la syphilis acquise, ces sortes de tumeurs du péricrâne présentent presque toujours le même mode de processus actif et montrent une tendance décidée à la résolution soit spontanée, soit provoquée par un traitement approprié. Chez les enfants, dans la syphilis héréditaire, il n'en est plus ainsi. La phase cachectique de la maladie survenant beaucoup plus tôt et se manifestant même d'emblée, il peut arriver et il arrive, en effet, que le processus des tumeurs péricrâniennes ne prend pas ou quitte vite le mode irritatif et résolutif pour le mode nécrobiotique et suppuratif. Ces propositions n'ont rien d'absolu; mais elles expriment, je crois, un fait très-général et dont il est bon de tenir compte, bien qu'il puisse présenter des exceptions.

Dans un mémoire fort intéressant de M. le docteur Henri Ro-

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15-17, 20, 22 et 24 août 1872.

ger (1), on trouve un cas où des tumeurs frontales suppurèrent rapidement, quoi qu'elles dépendissent d'une syphilis acquise. Voici le résumé de cette observation, qui est un exemple remarquable de la simultanéité des accidents secondaires et des accidents tertiaires de la syphilis :

Fille âgée de 2 ans. Syphilis acquise (embrassements de la mère infectée). 1° Chancre induré de la lèvre supérieure en voie de guérison ; 2° taches cuivrées de roséole sur les cuisses, sur le front, sur le nez, les joues, et plaques muqueuses à la vulve et à l'anus.

3° Exostoses multiples : tumeurs gommeuses du frontal reposant sur les deux bosses frontales, grosses comme une noisette, sans changement de couleur à la peau, de consistance demi-molle ; celle de droite, rougeâtre au sommet et un peu luisante, donnait la sensation assez nette de fluctuation ; c'est la seule qui ait suppuré. A côté de ces deux tumeurs, deux autres, beaucoup plus petites. Gonflement de la partie inférieure et interne des deux humérus, sans chaleur ni changement de couleur à la peau.

Administration de l'iodure de potassium à la dose progressive de *vingt-cinq* à *soixante-quinze* centigrammes par jour. Amendement des accidents syphilitiques très-rapide.

Il est difficile de dire d'une manière précise quel a été, dans ce cas, le point de départ de ces tumeurs gommeuses. Étaient-ce primitivement deux périostoses, ou bien le périoste n'a-t-il été envahi que consécutivement au tissu cellulaire sous-aponévrotique ? Peu importe. L'essentiel, à notre point de vue, c'est que ces deux tumeurs ont fait leur apparition de très-bonne heure ; et de plus les manifestations se sont comportées, en tant que processus, absolument comme les lésions les plus tardives de la syphilis.

Les affections syphilitiques précoces du système osseux sont très-communes chez les enfants. Underwood (2) a vu une exostose du crâne sur un enfant né d'une mère infectée par son mari et qui ne s'en doutait point. « J'ai vu, dit M. Cullerier (3), comme première manifestation de la syphilis héréditaire, des maladies des os et du tissu cellulaire chez des enfants dont les mères n'avaient eu, pendant ou peu de temps après leur grossesse, que des chancres et les symptômes secondaires les plus précoces et les plus superficiels. »

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1872 (4). — Présidence de M. Gros.

Obs. Ire. — *Anévrysme sigmoïdo ventriculaire gauche, faisant communiquer le fond de la sigmoïde aortique gauche avec le ventricule gauche; petits abcès ventriculaires au-dessous de cet anévrysme. — Pas d'accidents typhoïdes. — Mort rapide. (Troisième côte gauche double. Capsules surrénales supplémentaires.)*

G..., 39 ans, boulanger, né à Orléans, entre à l'Hôtel-Dieu de Paris, salle Sainte-Jeanne, 81, service de M. Moissenet, le 12 septembre 1871, et meurt le 3 octobre 1871.

Il est boulanger depuis l'âge de 13 ans; soldat pendant sept ans, il reste quatre ans en Afrique et fait la campagne d'Italie. En Afrique, il a la fièvre pendant huit jours et ne garde pas même le lit; il passe quarante et un jours à l'hospice de Blidah pour un bubon. Il est à Paris depuis 1860.

Il tousse chaque hiver et a souvent des refroidissements comme les boulangers. Les battements de cœur dont il se plaint aujourd'hui paraissent dater de loin, mais ne l'alitent jamais.

A la fin du siége, ils deviennent plus forts; G... garde le lit pendant quinze jours, sans fièvre, mais sans sommeil, reprend son travail jusqu'à la fin de mai et, à cette époque, entre à la Charité, salle Saint-Louis.

Le 24 septembre 1871, nous le trouvons levé, mais pâle, enflé, bouffi; les lèvres sont violâtres, les ongles peu cyanosés, les jambes très-enflées.

On ne voit pas le cœur bouger, on le sent très-difficilement. Je ne puis le limiter par la vue seule; je ne vois pas battre la pointe. La matité est considérable, descend jusque dans le septième espace et mesure 13 centimètres en hauteur, 20 en largeur. On voit peu de battements au cou, qui cependant est ébranlé et présente des ondulations veineuses.

On ne sent pas de frémissement, pas de claquement valvulaire à la main.

Les bruits sont assez compliqués. J'entends un souffle en jet de vapeur le long du bord inférieur du cœur, mais ayant son maximum au-dessus de cette ligne et se dirigeant de la pointe à la base. Je ne saisis pas de souffle net au second temps; le second claquement est seulement assourdi.

Le pouls est à 108, régulier, vibrant. Les artères radiales sont tortueuses.

27 septembre. Pouls à 120, assez développé, assez régulier.

Le malade est assis sur une chaise, appuyé contre son lit, le bras gauche passé sous la tête. Il ne parle pas et ne souffre aucun examen; le côté droit de la poitrine se soulève avec énergie.

30 septembre. Pouls à 100, parfaitement régulier. Le malade est couché depuis 4 heures du matin. Ces jours derniers, je le trouvais assis et ne pouvais l'examiner. S'il était toujours dans l'état où je le vois, il ne se plaindrait pas; mais dans un instant il sera pris d'étouffements atroces. On voit peu battre le cœur; cependant on sent la pointe arrondie, dans le septième espace intercostal, très-en dehors du mamelon. Souffle au premier temps, prolongé, s'étendant le long du bord gauche du cœur. Souffle au second temps au niveau de l'orifice aortique. Pas de double battement en avant, à la pointe. Double souffle crural parfaitement net. Œdème des jambes.

Le 2 octobre, à 11 heures du soir, on le descend de son lit pour le mettre sur le bassin; il veut remonter seul, mais on l'aide; il pousse deux ou trois cris et meurt; il avait eu dans la soirée des suffocations atroces.

Autopsie le 4 octobre 1871.

La troisième côte gauche est double; la supérieure me paraît être la surnuméraire, le cartilage en est coudé; elle n'est séparée de la suivante que de 1 centimètre. (La pointe, qui battait dans le septième espace, se trouvait donc dans le sixième.)

Le sternum mesure 25 centimètres.

Les plèvres contiennent une grande quantité de sérum.

Le cœur est énorme. Le sac péricardique ne contient pas de liquide. Le ventricule droit, sur lequel on note des plaques blanches, occupe une grande partie de la face antérieure. La pointe n'existe plus; c'est un contour arrondi. Les cavités sont dilatées, les ventricules beaucoup plus que les oreillettes; les parois ne sont pas épaissies en proportion de la dilatation. Le muscle est assez résistant. J'examine le jeu des valvules sous l'eau. La tricuspide, souple, lâche, ferme incomplétement l'orifice, très-élargi. La mitrale, également souple, paraît bien fermer l'orifice. L'eau versée dans l'artère pulmonaire garde son niveau; dans l'aorte, elle disparaît à mesure qu'on l'introduit. Si nous examinons l'orifice aortique du côté du ventricule, les bords des trois valvules s'affrontent à peu près complétement; mais sur le côté gauche bombe une poche

(1) *De la syphilis chez les enfants* : faits et réflexions. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, séance du 12 août 1863.

Dans cette même séance, M. Hillairet dit qu'il avait précisément alors dans son service un malade qui présentait simultanément des accidents tertiaires et des accidents secondaires, et que ce n'était pas la première fois qu'il observait cette coïncidence.

(2) *Traité des maladies des enfants*, p. 361.

(3) *Mémoires de la Société de chirurgie.*

(4) Suite. — Voir le numéro du 24 août 1872.

grosse comme une noix, percée dans son milieu d'un trou par lequel on peut engager le petit doigt. Par le fond de la sygmoïde gauche, on pénètre dans la poche anormale qui s'engage à gauche de l'artère pulmonaire, sous le péricarde, au niveau de la cloison interventriculaire. Le trou ventriculaire de la poche a un rebord arrondi, nullement déchiré.

Les sygmoïdes sont rouges, un peu épaissies.

De plus, dans le ventricule gauche, à la base de la poche, on note une collection de petits foyers purulents, semblable à une plaque d'herpès.

L'aorte, rouge, a son diamètre normal; l'artère pulmonaire présente quelques traces d'inflammation.

Les poumons sont engoués et partiellement apoplexiés.

La rate est ferme, congestionnée, ainsi que les reins. Les capsules surrénales sont normales : la gauche présente, comme le fait quelquefois la rate, des parties détachées, supplémentaires.

Réflexions. — Cet homme était exposé par son métier aux refroidissements et aux efforts, deux causes des lésions anévrysmales. Il nous serait difficile de fixer le début de la maladie, qui est devenue tout à fait grave quatre mois avant notre examen. Comment a marché la lésion? S'est-il d'abord formé un abcès qui s'est vidé dans une cavité, puis dans l'autre? Est-ce une ulcération qui a commencé, soit du côté du ventricule, soit du côté de l'aorte? Il me serait difficile de rien affirmer. Pourtant, je suis frappé de ce fait : lorsque je vois le malade pour la première fois, je ne constate pas de souffle au second temps, comme si l'insuffisance aortique n'existait pas encore, la présence d'une tumeur à l'entrée de l'aorte produisant tous les signes d'un rétrécissement aortique.

Le 30 septembre. Six jours après notre premier examen, l'insuffisance aortique apparaît nette et claire.

Le 2 octobre. Le malade meurt presque subitement.

L'insuffisance aortique existait-elle, au contraire, depuis longtemps? Nous ne pourrions le nier absolument.

L'anévrysme est bien valvulaire : nous le trouvons au-dessous de la valvule gauche, puis il passe en avant de l'aorte et s'étale à gauche de l'artère pulmonaire, sur la partie antérieure de la cloison, sous le péricarde; c'est un véritable anévrysme disséquant.

Pelvet cite plusieurs cas d'ouverture d'abcès; mais, dit-il, la conséquence de cette ouverture est le plus souvent la pyohémie, qui amène la mort avant que la lésion locale ait pu faire des progrès. Il pense que la plupart de ces anévrysmes ont pour point de départ une ulcération.

Y a-t-il motif de penser à une lésion congéniale? Nous devons soulever cette question, à cause des anomalies que nous avons rencontrées (une treizième côte gauche et des capsules surrénales supplémentaires) et de l'affirmation du malade que les palpitations datent de très-loin; il ne peut en fixer le début.

Voici une observation qui m'est communiquée par M. Landouzy, interne à Bicêtre.

Obs. II. — *Insuffisance aortique et mitrale par anévrysmes valvulaires.— Hypertrophie du cœur. — Mort subite.*

Le 3 août 1869, entré à la clinique de l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 38 (service de M. le professeur Béhier), D..... (Jules), maçon, âgé de 33 ans.

D......., buveur émérite, n'accuse d'autres antécédents morbides qu'un rhumatisme polyarticulaire subaigu, pour lequel il resta, en 1866, pendant trois semaines à l'hôpital. Il sortit complétement guéri et ne se plaignit à cette époque d'aucune douleur, d'aucune gêne du côté du cœur.

Il y a cinq mois, D..., après un refroidissement, se met à tousser, en même temps qu'il éprouve de la gêne pour respirer et souffre d'un point de côté à droite : pas de crachats sanglants, peu de fièvre.

Le malade entre à Lariboisière, où il passe plus d'un mois (vésicatoires, ventouses sèches sur le côté droit), et d'où il sort en conservant un peu de gêne pour respirer.

Cette oppression amène à l'Hôtel-Dieu D..., que nous trouvons pâle, amaigri et sans fièvre. Il se plaint d'être, depuis une quinzaine, mal à l'aise, de respirer péniblement, d'avoir des palpitations, d'être fort essoufflé dès qu'il marche vite ou fait un effort.

La percussion du thorax ne donne de matité en aucun point; on entend quelques râles muqueux disséminés. La respiration est faible.

Le malade tousse et crache peu. La percussion de la région précordiale donne une matité très-étendue; la pointe bat fortement dans le sixième espace intercostal, à deux travers de doigt en dehors du mamelon. On ne perçoit aucun frémissement cataire. Les carotides battent avec violence et transmettent à la région cervicale un mouvement ondulatoire manifeste. Le pouls est régulier, dépressible, ample : il a les caractères du pouls de Corrigan, mais un peu atténués.

Le tracé présente une ligne d'ascension très-élevée, verticale et terminée par un crochet.

On entend : à la base du cœur, sur le bord droit du sternum, un souffle diastolique doux; — à la pointe, un souffle systolique intense, ou plutôt un piaulement très-fort.

Le stéthoscope appliqué sur la crurale, on entend un double souffle.

La percussion de l'abdomen donne de la matité dans les parties déclives des fosses iliaques, où l'on sent une légère fluctuation.

Le foie paraît volumineux.

Les jambes sont œdématiées et couvertes, a gauche surtout, de pétéchies.

Pas trace d'albumine dans les urines.

Dans la nuit du 10 août, le malade se réveille en sursaut, s'assied sur son lit, dit qu'il manque d'air, qu'il se trouve mal, et meurt avant que l'interne de garde ait eu le temps d'arriver à son lit.

L'autopsie est faite 32 heures après la mort.

Le péricarde, sans adhérences, renferme un peu de sérosité.

Cœur. — Très-hypertrophié, globuleux, non-graisseux.

Il pèse 445 gram.; sa longueur est de 0^m, 13; son épaisseur de 0,065; sa circonférence de 0^m, 29.

L'hypertrophie et la dilatation portent uniquement sur le ventricule gauche. Ses parois, très-épaisses, ont près de 0^m,02 ; ses piliers sont énormes, surtout l'antérieur, qui a la grosseur du pouce.

Essayée sous l'eau, la valvule mitrale est insuffisante; mais cette insuffisance tient moins à un défaut d'accolement des valves qu'à une perte de substance siégeant sur la valve droite, à quelques millimètres au-dessus de l'insertion des cordages du pilier postérieur.

Cette perte de substance, assez nettement circulaire, qui a 0^m, 007 dans son plus grand diamètre, est l'orifice d'un sac anévrysmal (son volume devait être celui d'un pois), dont on voit les débris flotter sur la face auriculaire. Saine sur son bord libre, cette valve est épaissie, athéromateuse sur son bord adhérent.

Les valvules sigmoïdes, essayées sous l'eau, sont insuffisantes. Deux de ces valvules sont fortement épaissies et couvertes, sur leur bord libre, de petites végétations. L'une de ces valvules, celle de l'artère coronaire antérieure, présente, sur sa face artérielle, l'orifice d'un petit anévrysme. Les parois de la poche anévrysmale, rompues, fort déchiquetées, font saillie du côté du ventricule.

Rien à noter du cœur droit, ni de l'artère pulmonaire.

L'encéphale est sain : ses vaisseaux ne sont point athéromateux. (*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Rouen, 23 août.

Monsieur,

Pour la seconde fois, depuis vingt-six ans, je lis dans votre jour-

nal une polémique à l'occasion du traitement de la fracture de la clavicule par la méthode d[illegible]

Je suis resté étranger à la première, parce que le docteur Pélissier, de Clermond-Ferrand, ne s'était pas déclaré l'auteur de cette méthode. Mais aujourd'hui que des médecins la lui attribuent, je viens la revendiquer comme mienne et de mon invention, ainsi que le constate ma thèse inaugurale subie le 15 janvier 1824, sous le titre de : *Dissertation sur la fracture de la clavicule, suivie de l'exposition d'une méthode nouvelle de traitement.*

J'ai démontré que la position de l'avant-bras et du bras en arrière, avait pour avantages : 1° d'agir sur les deux fragments ; 2° de les rendre immobiles ; 3° de les mettre bien en rapport ; 4° de laisser les muscles de l'épaule dans une tension modérée, de relâcher les plus puissants ; 5° de permettre la suppression du coussin ; 6° de placer le membre sur sa face externe, où il n'existe ni vaisseaux sanguins ou lymphatiques, ni nerfs remarquables ; 7° de ne pas gêner la respiration ; 8° de voir moins de dérangements entre les bouts d'os que lorsque le bras est placé en avant ; 9° de constituer une position commode ; 10° et de ne réclamer qu'un appareil simple et facile.

Je crois que cette méthode serait plus adoptée, si on avait soin de ne tenter la réduction que lorsque le gonflement, la sensibilité et les troubles locaux sont passés, et si dans quelques cas on rhabillait avec les doigts, ainsi que le dit Ambroise Paré, les fragments retenus par des tissus plus ou moins résistants ; si encore on ajoutait une feuille de carton mouillé sur le lieu de la fracture.

J'avouerai en terminant que s'il était aussi facile de coucher le blessé sur le dos, sans déranger les fragments, qu'il est facile de réduire et d'affronter les os, il n'y aurait pas de meilleure méthode ; mais il y a là une grande difficulté, à moins de trouver des blessés assez résolus pour demeurer pendant toute la crise assis dans un fauteu

Agréez, etc.

P. Grout.
Docteur en médecine, à Rouen,
médecin de l'hospice Saint-Julien du Petit-Quevilly.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

238. Dufour. De quelques accidents consécutifs aux lésions traumatiques du crâne et de l'encéphale.

239. Deckherr. Étude sur les complications pulmonaires de l'albuminurie.

240. Gailhard. De la suette miliaire.

241. Lafosse. Considérations sur les accidents imputés à la thoracentèse.

242. Dusseris. De la gastrotomie.

243. Le Borgne. Géographie médicale de l'archipel des îles Gambier (Océanie).

244. Gros. De l'extraction linéaire combinée dans le traitement de la cataracte et des accidents qui compliquent cette méthode.

245. Halpryn. Recherches sur l'anthrax, siége; relation avec le diabète, gravité.

246. Nicolas. Considérations sur la coordination des mouvements d'ensemble.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 100. — JEUDI 29 AOUT 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 29 AOUT 1872. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — Séance de l'Académie de médecine. — L'éloquence des chiffres. — Maison municipale de santé. Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (M. Demarquay). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — Erratum. — Nouvelle. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A l'occasion de la mort de M. Louis et pour honorer sa mémoire, sur la proposition de M. Jules Guérin, la séance de l'Académie a été levée aussitôt après que M. Barth eut donné lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de ce médecin éminent.

Nos lecteurs trouveront ce discours au compte rendu et n'auront pas besoin de commentaires pour s'associer aux applaudissements unanimes de l'Académie.

Revenons-en donc aux questions pendantes et aux statistiques que le *ministère* (1) de l'instruction publique a publiées.

L'éloquence des chiffres.

Quand on veut faire prospérer dans une nation le culte des sciences et de toutes ces connaissances qui élèvent et agrandissent l'esprit humain, il ne suffit pas d'établir des professeurs et des écoles, des examens et des diplômes.

Si l'élève a seulement en vue un diplôme ou un examen, s'il n'étudie pas avec goût, avec passion, son travail est sans fruit. C'est œuvre de mémoire qui, dans le présent et dans l'avenir, n'influe en rien sur les progrès des connaissances générales, qui ne peut transformer l'étudiant en savant, et dont la trace se perdra comme celle des mots qu'on écrit sur le sable.

Mais comment donner aux élèves ce goût et cette passion? comment rendre fructueuses les leçons de leurs maîtres?

Il est une méthode indiquée depuis très-longtemps et qui toujours a réussi chez tous les peuples qui l'ont mise en œuvre.

Puisque le désir et l'admiration peuvent ce que ne peut la force, il faut porter haut cette admiration et ce désir.

(1) Avant-hier, à la 2e ligne du premier-Paris, une faute d'impression, facile, du reste, à corriger d'après le contexte, avait remplacé le mot *ministère* par le mot *ministre*.

Il faut dépenser des millions dans l'enseignement supérieur pour élever le niveau de l'enseignement secondaire, et des millions dans l'enseignement secondaire pour élever le niveau de l'enseignement primaire.

Alors seulement on fait des hommes.

Cet axiome, les Prussiens ne l'avaient pas oublié, tandis qu'en France on le perdait de vue.

Chez eux, le haut enseignement n'est jamais venu figurer au chapitre des recettes sur le budget de l'État ; mais au chapitre des dépenses, il y figure par les riches allocations que l'État donne aux universités, en leur laissant cette autonomie sans laquelle disparaît la spontanéité, et, par suite, l'effort efficace, sans laquelle on voit à la fois s'endormir maîtres et élèves.

Là, par la seule illustration scientifique, on peut arriver à se faire, comme professeur, des revenus égaux à ceux des grands industriels. Les maîtres célèbres sont aux enchères, car les diverses universités autonomes, en concurrence, ont, même au point de vue pécuniaire, tout intérêt à se les disputer. Personne ne viendra leur ravir les produits de l'affluence des étudiants.

Les savants ont donc à la fois, comme professeurs, un traitement fixe, dont le chiffre offert par l'université à laquelle ils s'agrégent, et accepté par eux, a dépendu surtout de leur réputation, un éventuel, droits d'examen, etc., qui s'élèvera naturellement avec le nombre des élèves, et enfin, s'ils font des leçons ou des conférences particulières et facultatives, s'ils ouvrent un laboratoire, etc., la totalité des rétributions que les élèves devront payer pour y être admis. On en cite qui se font ainsi plus de cent mille francs par année, directement par le professorat : il n'y a pas de maximum.

En France, au contraire, où le budget de l'enseignement supérieur tend à se balancer pour l'État, où il peut même se résumer par un excédant de recettes, comme cela s'est vu dans les années 1835, 1836, 1837 (1), on a eu bien soin d'éviter que les professeurs ayant trop d'élèves eussent un trop grand revenu.

L'État a pris goût à se trouver subventionné par certaines Facultés, telles que les Facultés de droit, et il a désiré grossir le plus possible ces subventions en soumettant à un *maximum* l'éventuel de leurs professeurs.

C'est ainsi qu'il a pu tirer de la seule Faculté de droit de Paris 539,432 fr. 57 c. en 1865 (les recettes s'élevant au chiffre de

(1) En 1835, la dépense a été pour l'enseignement supérieur de 2,004,653 francs 85 c.; la recette, de 2,157,286 fr. 68 c. : excédant de recette, 152,652 francs 86 c. En 1836, dépense, 2,055,554 fr. 02 c. ; recette, 2,254,800 fr. 08 ; excédant, 199,245 fr. 96 c. En 1837, dépense, 2,105,569 fr. 68 c. ; recette, 2,549,603 fr. 07 c.; excédant, 244,039 fr. 33 c.

384,690 fr., et les dépenses à celui de 345,257 fr. 65 c.); l'excédant s'est encore accru depuis lors, car, dans le compte général des recettes et dépenses de 1868, on trouve, pour la même Faculté, 941,410 fr. de recettes pour une dépense de 357,316 fr. 65 c., c'est-à-dire qu'elle a dû verser au Trésor public 583,433 francs 35 c. Très-beau résultat financier, mais peu fait pour encourager dans leurs efforts des professeurs qui, parce qu'ils sont trop suivis, sont réprimés par un maximum et par la fatigue croissante d'examens non rémunérés.

Notre Faculté de médecine n'est pas si prospère; et on n'a pas donné le nom de *maximum*, mais celui d'*abonnement*, à un arrangement du même genre. On s'est borné, en ce qui la touche, à fixer d'après une moyenne l'éventuel, transformé en fixe, pour ôter à ses professeurs tout intérêt à voir augmenter le nombre des élèves, ce qui entraînerait une augmentation proportionnelle et non rétribuée des heures passées aux examens, heures déjà bien longues pour des médecins qui ont une vaste clientèle.

D'après le compte des recettes et dépenses de 1868, le dernier qui ait été imprimé, en cette année, la Faculté de médecine a reçu de l'État environ trente mille francs, et celle de Strasbourg a versé au Trésor environ six mille francs. Voici du reste les chiffres exacts :

Faculté de Paris, recettes, 411,440 fr.; dépenses, 441,556 fr. 54 centimes.

Faculté de Strasbourg, recettes, 186,881 francs; dépenses, 180,357 fr. 45 c.

Quant aux écoles secondaires de médecine et de pharmacie, le calcul est beaucoup plus simple, car ce n'est pas une balance. L'État ne leur donne absolument rien : elles vivent d'allocations municipales, de fondations et de rétributions scolaires. Et pourtant l'État exige une part de leur revenu, sorte de subvention en sens inverse, qui, pour l'année 1868, s'est élevée à 79,922 fr. 50 cent., plus de deux fois et demie la somme que la Faculté de médecine de Paris s'est trouvée coûter à l'État.

Si, à Paris, la Faculté de médecine, la Faculté de droit, la Faculté des sciences, la Faculté des lettres, eussent été réunies en une seule Université indépendante, comme cela a lieu en Allemagne, le compte général de leurs recettes et de leurs dépenses se serait soldé par un excédant de recettes plus considérable que les subventions de l'État à tout l'ensemble des 75 établissements de haut enseignement universitaire.

En effet, pour tout cet ensemble de 75 établissements, en 1868, les recettes budgétaires se sont élevées à 3,860,459 fr. 50, et les dépenses à 3,340,508 fr. 28. Encore ce chiffre comprend-il 162,480 fr. 25 dépensés pour 7 Facultés de théologie, dont cinq, bien que catholiques, n'ont aucune valeur aux yeux des catholiques, parce que le gouvernement romain a refusé de les reconnaître et de leur donner ce qu'on appelle l'institution canonique. Ces Facultés devenues sans but n'ont à peu près aucun élève, aucune rétribution scolaire, et ne vivent que par artifice. D'autres chiffres de moindre importance pourraient, en outre, être défalqués comme ne se rapportant pas à l'enseignement supérieur. Ainsi 38,000 fr. sont portés pour remises de droit d'examen, de diplôme, etc. ; mais, d'après le rapport ministériel, la plus grande partie de ces 38,000 fr. est consacrée à payer des bourses dans les séminaires pour les jeunes gens pauvres qui se destinent à la prêtrise.

En résumé, selon qu'on accepte sans distinction tous les chiffres donnés, ou qu'on en défalque quelques-uns qui se rapportent à autre chose qu'à l'enseignement supérieur, on trouve que l'État a subventionné cet enseignement de 80,000 fr. environ, ou qu'il a encaissé à peu près cette somme de bénéfice.

Maintenant, si, d'une autre part, l'on additionne les dépenses des quatres Facultés de droit, de médecine, des sciences et des lettres à Paris, pour la même année, on trouve un total de 1,230 033 fr. 53 c.

Or, leur recette était de 1,708,310 fr.

L'excédant des recettes sur les dépenses est donc de 478,870 fr. 41 c., qu'elles ont dû verser dans les caisses de l'État, au lieu d'en faire un emploi utile pour les progrès de la science ou l'éclat de leur enseignement.

On voit qu'elles eussent pu sans peine subventionner, s'il l'eût fallu, une faculté de théologie, dont les dépenses s'élevaient à 40,000 francs environ, et qu'il leur serait encore resté près de 440,000 francs à mettre à profit.

Voilà donc tous les avantages que le système universitaire, unitaire et autoritaire a faits aux Facultés de Paris.

Il y a tué l'émulation, résultat de la concurrence; il a rendu sans compensation une charge d'autant plus lourde que l'affluence des élèves devient plus grande, et, en définitive, il enlève à deux Facultés beaucoup plus qu'il ne donne aux autres.

Il semble qu'il poursuive un but d'égalité entre toutes les écoles et tous les professeurs, qu'ils soient ou non suivis; il prend l'un des établissements florissants pour entretenir ceux qui ne sont pas nés viables et qui végètent uniquement par le budget et pour le budget.

Loin d'encourager au travail, il encourage à la paresse, par ces genres de traités qu'on nomme maximums ou abonnements.

On dirait qu'on l'a calculé uniquement afin d'éteindre la vivacité de l'esprit français, cette activité, cet enthousiasme, cet amour de la gloire, de la célébrité, cette vanité bienfaisante alors qu'elle est bien dirigée, qui, pendant si longtemps, ont mis notre nation à la tête de l'univers.

Les membres les plus éminents de l'Institut ont accusé ce système universitaire de tous nos désastres.

Ils l'ont fait avec éloquence.

Mais les chiffres des statistiques sont bien plus éloquents encore.

Ils nous montrent l'Etat entravant ceux-là même qu'il s'est chargé de soutenir, et mettant obstacle à l'essor des autres.

Ils nous montrent comme idéal un lit de Procuste ou un niveau égalitaire en fait de science ;

Une expropriation des Facultés prospères afin d'en subventionner d'autres qui n'ont pas d'élèves ou ne font rien.

La France est-elle donc si pauvre qu'elle ne puisse pas laisser à chaque Faculté ses revenus, et demander au trésor public les quelques centaines de mille francs à allouer pour entretenir, sur le pied actuel, les plus pauvres et les moins utiles?

Ce sont les Facultés brillantes qui sont surtout subventionnées en Prusse; laissons-leur au moins leur argent dans notre pays.

Alors nous verrons l'émulation gagner de proche en proche jusqu'aux établissements d'enseignement primaire, et l'utilité de la science être comprise même là :

Je n'insiste pas, car toute considération d'économie sociale ou politique serait déplacée dans ce journal.

Mais il me semble que l'État aurait pu consacrer un million au haut enseignement, alors qu'il consacrait à l'enseignement primaire 10 millions et demi, chiffre élevé depuis à près de 17 millions : 16,954,320 sur le budget actuel.

Car, il ne faut pas l'oublier, ici le système est différent. Aucune recette absolument ne correspond aux dépenses de l'État,

alors qu'il s'agit d'enseignement primaire. C'est une subvention additionnelle qui vient se joindre aux subventions semblables fournies par les départements et aux allocations régulières des communes, à prendre soit sur les revenus ordinaires, soit sur les revenus extraordinaires, soit même sur le produit des centimes additionnels. Le tout forme une dépense publique d'une centaine de millions. Il n'existe pas de maximum pour les maîtres d'école. On leur a fixé, au contraire, un minimum, et, en tout cas, ils n'ont rien à rendre des rétributions qu'ils ont pu toucher des élèves.

Voilà ce que l'État devrait faire pour l'enseignement supérieur.

Qu'il donne aux diverses Facultés leur autonomie et qu'il leur accorde des subventions aussi faibles qu'il le voudra : car ce sera déjà beaucoup que de les rendre à elles-mêmes.

Dr Victor Révillout.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Demarquay.

Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (1).

(Leçons recueillies par M. Redard.)

Un grand nombre de nos confrères ont utilisé déjà cet appareil, et tous sont prêts à reconnaître ses avantages immenses sur toutes les inventions plus ou moins compliquées proposées jusqu'à ce jour. Tout réside, nous le répétons ici en terminant, dans l'emploi d'un tissu qui se prête à une vaporisation parfaite, la flanelle.

Mais les accidents immédiats qui arrivent pendant l'administration du chloroforme ne sont pas les seuls que nous ayons à redouter, et il serait très-important de savoir si la stupeur dans laquelle se trouve un blessé de guerre n'est pas aggravée par l'emploi des anesthésiques. Certains faits que nous avons étudiés semblent nous le démontrer, c'est pourquoi nous entrerons dans quelques détails à ce sujet.

Si nous examinons d'abord quel est l'effet des anesthésiques sur notre organisme en négligeant la part qui revient au traumatisme, nous verrons que, dans quelques cas, les anesthésiques seuls ont pu être accusés.

Certains auteurs ont justement insisté sur l'état de torpeur qui existe à la suite d'opérations très-légères, et que l'on a évidemment attribué au chloroforme.

Si nous cherchons dans les statistiques des cas de mort occasionnée par le chloroforme, un certain nombre sont certainement dus à l'état de torpeur dans lequel a été plongé le malade par l'anesthésique ; dans la plupart des cas, la lésion traumatique ayant été insignifiante.

M. Robbes (2) a vu, chez une malade à laquelle il avait enlevé une tumeur, un état de torpeur tel que, dit-il : « La malade demeura dans un état presque inanimé pendant trois jours, au bout desquels elle mourut. »

Dans ce cas, il nous semble évident que l'éthérisation a amené cet état de stupeur si fatal.

Nous voyons, dans la même *Gazette des hôpitaux* (3), une observation assez concluante.

Albin Burfitt (de Sellion), subit l'amputation de la cuisse pour une fracture compliquée grave. Nous n'avions, dit M. Newman, son chirurgien, aucune crainte sur la vie et les suites de l'opération. Le malade fut éthérisé, et M. Newman opéra au bout de deux ou trois jours. L'hémorrhagie fut presque nulle. Le malade, à partir de ce moment, tomba dans un tel état d'épuisement que des craintes sérieuses s'élevèrent. Le malade mourut au bout de trois heures.

Il est fâcheux que nous n'ayons pas de détails plus précis.

Nous trouvons aussi dans la *Faculdad* (1) une observation qui indique des faits plus précis.

Il s'agit d'une femme qui possédait une tumeur assez volumineuse du sein droit. La malade était, au moment de son entrée à l'hôpital de Madrid, assez affaiblie.

Malgré cela, l'opération fut pratiquée. L'éthérisation se produisit, avec quelques difficultés cependant, car la malade était alcoolique. L'opération fut longue ; l'hémorrhagie peu abondante.

Une heure après l'opération, on remarqua une décomposition du faciès et de la rougeur aux pommettes, surtout à la gauche ; des nausées, du *refroidissement ;* le pouls concentré. Depuis l'éthérisation, la malade était restée un peu assoupie. A midi et demi, l'altération de la figure était très-profonde, les joues ardentes, le pouls filiforme ; stupeur. Bientôt la mort arriva.

M. Pamard (d'Avignon) communique à son tour une observation d'un malade atteint d'une tumeur siégeant au côté interne du péroné. La tumeur fut enlevée, le malade étant soumis à l'anesthésie. L'hémorrhagie ne fut pas considérable. Avant que l'opération fût terminée, le malade fut saisi d'une syncope inquiétante, qui nécessita l'emploi de l'ammoniaque. Dès que l'appareil fut appliqué, on porta l'opéré dans son lit. Des frictions avec des linges chauds furent faites sur la région précordiale. Cependant la chaleur du corps ne se rétablissait pas ; le pouls restait insensible. Après quatre jours passés dans cet état adynamique, il existe un commencement de sphacèle, et le malade meurt au neuvième jour. Malgré les complications multiples qui, dans cette observation, ne nous permettent pas de dégager d'une façon nette et précise l'effet du chloroforme, il nous est permis de nous apercevoir qu'un des faits les plus saillants et qui ont surtout frappé M. Pamard, c'est le refroidissement et l'état adynamique.

Dans un cas, M. Denonvilliers eut à lutter pendant trente-six heures contre un état de stupeur et d'assoupissement survenu à la suite d'une chloroformisation prolongée, chez un malade auquel il avait pratiqué l'ablation d'un cancer.

Baillarger cite le cas d'un jeune homme éthérisé pour une opération légère, et qui resta dans un état de stupeur alarmant pendant une heure.

M. Sédillot a pu observer des cas semblables chez un malade à qui il réduisit une luxation. Après une excitation légère, la résolution se produisit. La respiration faiblit, ainsi que les battements du cœur ; la prostration devint complète, et ce ne fut qu'à l'aide d'excitants très-énergiques que l'on parvint à sauver le malade.

Si la prostration est surtout fréquente, comme nous allons le voir, dans les plaies de guerre, il est cependant une classe d'affections chirurgicales où elle se montre avec une effrayante intensité ; ce sont les affections qui ont pour siége la cavité abdominale, le péritoine. Ce n'est pas sans raison que l'on a conseillé de ne pas chloroformer dans certains cas de hernie étranglée, et cela surtout à cause de la prostration profonde du système

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 22 et 27 août 1872.
(2) *Gazette des hôpitaux*, 1847, p. 148.
(3) *Gazette des hôpitaux*, t. IX, p. 208.

(1) *Faculdad de Madrid.* 1847.
(2) *Gazette des hôpitaux.* 1852, p. 107.

nerveux. Là, en effet, en même temps que la stupeur se manifeste, nous voyons apparaître les abaissements de température. Et notons bien que ce ne sont pas les accidents immédiats que l'on doit redouter, c'est la prostration faisant de rapides progrès sitôt après la cessation de l'anesthésie, et amenant la mort du malade. Nous sommes étonné de voir M. Hergott, qui se fait ordinairement remarquer par la sagacité de ses observations sur l'administration du chloroforme, donner le conseil d'administrer le chloroforme dans tous les cas. M. Hergott, parlant d'une femme âgée affectée d'un étranglement datant de huit jours et plongée dans un état de prostration générale, s'exprime ainsi : « Elle fut chloroformisée par l'aide habile et exercé qui nous assiste ordinairement ; elle fut opérée, revint parfaitement à elle, se trouva fort soulagée, mais elle succomba dans la journée à la marche progressive de cette prostration, d'où l'opération pratiquée trop tard, aurait dû la tirer. » M. Hergott aurait dû remplacer ce fragment de phrase par celui-ci : « Où *l'opération et l'anesthésie surtout* l'avaient encore plongée davantage.» Ce cas est, comme un grand nombre d'observations que nous avons pu recueillir, observations de hernies, d'ovariotomie ; il démontre l'action nocive qu'exerce le chloroforme chez un individu stupéfié. Dans les cas d'ovariotomie surtout, où le sommeil anesthésique doit, dans quelques cas, être prolongé une ou deux heures, où l'ouverture de la cavité abdominale seule suffirait souvent pour produire la mort, le chloroforme est un agent nuisible, et il serait trop long d'énumérer les trop nombreuses observations qui se sont terminées par la prostration et la stupeur; le chloroforme seul, dira-t-on, ne peut être accusé ; à cela nous répondrons que la lésion traumatique seule ne produirait pas cet effet, et que deux causes s'unissent pour produire un effet trop souvent désastreux. Serait-il bon, dans ce cas, d'unir le chloroforme à la morphine ? Le danger serait immense, et ce serait être téméraire que de tenter une telle expérience.

M. Bouisson a justement insisté sur une véritable asthénie nerveuse qui existerait chez les opérés après l'éthérisation. « L'asthénie nerveuse, dit cet auteur, est surtout grave à la suite de grandes opérations de chirurgie, qui, par elles-mêmes, peuvent produire un état analogue. »

M. Chassaignac a été heureusement inspiré lorsqu'il a voulu dénommer cet état du nom de stupeur anesthésique.

M. Porter, qui semble avoir observé avec grand soin l'influence des anesthésiques sur l'état des amputés, regarde le chloroforme comme un agent très-dangereux.

Quelques années plus tard, en 1857, M. Arnott (1) a relevé aussi un certain nombre de faits malheureux occasionnés par le chloroforme. Sur 530 opérations, dit-il, pratiquées sans le secours de l'anesthésie, il a trouvé 135 morts (25 p. 100). Au contraire, 389 amputations faites pendant le sommeil du chloroforme ont donné 117 morts, c'est-à-dire une mortalité de 30 p. 100 en faveur de l'abstention. La statistique de Trélat, beaucoup plus récente, tendrait à accorder au chloroforme une action qui serait loin d'être nuisible. Fenwik de (New-Castle) (2) dit que le chloroforme n'a en rien modifié la mortalité.

(*A suivre.*)

(1) *American journal of the medical science.*
(2) *Medical Times and Gazette*, 1852.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

PREMIÈRE PARTIE

DÉTERMINATIONS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS SUR LE PÉRICRANE.

VIII

Les périostites péricrâniennes des adultes sont loin, comme on le voit, d'avoir la même gravité que chez les enfants, du moins dans notre climat et au milieu des conditions où la syphilis se développe chez nous. — J'ai trouvé chez un de nos syphiliographes les plus éminents, M. le docteur Bassereau (2), une observation qui ressemble beaucoup aux miennes. En voici le résumé :

Un jeune homme de 22 ans contracte un chancre infectant au commencement de janvier 1844. Au bout de cinq semaines, troubles généraux graves, bientôt suivis d'une syphilis vésiculeuse à forme d'eczéma. « Le malade se plaint, en outre, d'une douleur au niveau de la bosse pariétale. Cette douleur a commencé il y a six jours, pendant la nuit ; elle est pulsative et cause de l'insomnie. Elle débute à 9 heures du soir et s'apaise à 4 heures du matin ; elle ne disparaît pas entièrement le jour, mais elle est supportable. L'examen du point douloureux permet de constater, au niveau de la bosse pariétale droite, une tuméfaction douloureuse, de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et qui n'appartient pas à la peau... La douleur et la tuméfaction du pariétal disparurent vers le quinzième jour du traitement, et furent remplacées par des douleurs nocturnes, de la même nature, dans le genou droit. »

Dans un mémoire fort intéressant sur l'herpétisme utérin, un observateur du plus grand mérite, M. le docteur Guéneau de Mussy (3), rapporte le cas d'une fille B..., âgée de 38 ans, qui, entrée à l'hôpital de Lourcine avec des accidents secondaires, des plaques muqueuses à la bouche et sur la vulve, présentait, en outre, sur la région frontale, un gonflement, siége de douleurs violentes. — « Je ferai remarquer, dit l'auteur, ces douleurs crâniennes et cette tuméfaction périostique qui accompagnent la période secondaire. J'ai rencontré plus d'une fois cette exception aux lois d'évolution syphilitique, si admirablement tracées par Hunter et par Ricord. Le périoste crânien est quelquefois touché au début de la période secondaire. »

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 août 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet un rap-

(1) Suite.—Voir les numéros des 10, 13, 15-17, 20, 22, 24 et 27 août 1872.
(2) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.* — Cette monographie est d'une importance capitale dans l'histoire pathologique de la syphilis ; par la portée des découvertes et la précision des recherches cliniques, par l'étendue et la profondeur de l'esprit médical qui y circule partout, elle occupe un des premiers rangs dans les annales syphiliographiques de tous les temps et de tous les pays.
(3) Guéneau de Mussy : *Herpétisme utérin* (*Archives générales de médecine*, novembre 1871, p. 546-47).

port de M. le docteur Autillet (de Civray), sur l'épidémie de variole qui a régné à Brux, à Chaunay et à Champagné-le-Sec en 1870 (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une copie d'une pétition du docteur Pigeon (de Fourchambault) à l'Assemblée nationale, tendant à provoquer de nouvelles expériences sur l'étiologie, la contagion et le traitement du typhus des bêtes à cornes (comm.: MM. Delpech, Reynal et Bouley);

2° Une lettre du docteur Abeille, contenant une nouvelle observation relative à l'antagonisme de la morphine et de l'atropine (comm.: MM. Chatin, Gubler et Vulpian).

M. BOUDET présente, au nom de M. Duquesnel, des échantillons d'aconitine cristallisée et d'azotate de cette base, destinés aux expériences de la commission nommée pour établir la formule légale de cet alcaloïde et les différentes formes sous lesquelles ce médicament devra être employé (commission des alcaloïdes).

M. LE PRÉSIDENT a la douleur d'annoncer à l'Académie la mort de M. Louis, et, à la demande de plusieurs membres, il donne lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de ce médecin éminent.

Discours prononcé par M. Barth aux obsèques de M. Louis.

Messieurs, c'est une belle et noble existence qui vient de finir. La médecine contemporaine voit disparaître en M. Louis un de ses plus glorieux représentants; et l'Académie perd en lui un de ses membres les plus illustres et les plus justement aimés.

Par un rare privilége, Louis réunissait en sa personne tout ce qui inspire l'attachement et commande le regret; il était à la fois le parfait modèle du savant et de l'homme de bien; ses travaux scientifiques sont universellement connus: il serait superflu de les rappeler, et ce n'est point ici le lieu d'en faire l'éloge. Qu'il suffise de dire qu'ils sont tous, non pas le produit de conceptions plus ou moins ingénieuses, mais le fruit des recherches les plus patientes et de l'observation la plus exacte. Il s'ensuit que, s'ils n'ont pas l'éclat des œuvres de l'imagination, ils ont cette solidité et ce cachet de vérité qui les feront vivre lorsque bien d'autres productions plus brillantes seront tombées dans l'oubli.

Ce qui sera pour Louis un titre de gloire supérieur encore à celui de ses écrits, c'est d'avoir été l'âme et l'initiateur convaincu d'une méthode scientifique qui consiste à tenir peu de compte des assertions sans preuves, à se défier de l'hypothèse et à ne considérer comme vrai que ce qui découle rigoureusement d'un nombre suffisant de faits bien observés et soigneusement analysés; méthode ardue, mais sûre, qui peut seule donner à la médecine l'exactitude qu'elle comporte et la faire avancer incessamment dans la voie du progrès.

C'est à ce titre surtout que Louis laissera dans l'histoire de notre art une renommée impérissable; et ce qui justifie cette appréciation, c'est que la méthode dont il a été l'ardent propagateur a rapidement prospéré, et que, parmi les élèves qui sont sortis de l'école de Louis, nous retrouvons une foule d'hommes distingués qui, sur toutes les parties du globe, ont conquis les positions les plus élevées et jouissent de la plus légitime réputation.

Le maître vénéré n'a pas eu seulement de nombreux élèves; mais il a eu de plus ce rare bonheur, que ses élèves sont devenus ses amis.

C'est que Louis avait des qualités du cœur et de l'âme qu'on ne devinait guère, au premier moment, sous cet abord un peu froid et cet aspect tant soit peu austère.

Ceux qui ont pénétré dans sa vie intime savent ce que cette réserve et cette apparente froideur cachaient de vives et tendres affections.

C'est dans ses affections que Louis a été frappé pour la première fois, mais d'une manière cruelle, au milieu de sa carrière jusque-là si heureuse.

Il avait un fils unique qu'il aimait passionnément et sur qui se concentraient toutes ses joies dans le présent et toutes ses aspirations pour l'avenir. Ce fils qui donnait déjà les plus grandes espérances, lui fut enlevé à l'âge de dix-huit ans.

Le coup fut terrible. Louis resta inconsolable : *noluit consolari.* Sa douleur immense s'atténua peut-être en se transformant en une espèce de culte pour l'enfant qu'il avait perdu; et, tant que ses forces le lui ont permis, il est venu tous les jours s'incliner sur la tombe de ce fils bien-aimé.

Ce malheur irréparable modifia la vie de Louis. Le chêne avait été profondément entamé par le coup qui venait de trancher le rejeton.

Peu à peu Louis s'éloigna de la clientèle, et il prit sa retraite de l'Hôtel-Dieu avant que l'âge lui en eût fait une nécessité.

Pendant toute sa carrière de praticien et de médecin d'hôpital, il avait été l'homme du devoir : l'accomplissement du devoir était sa règle, sa devise et sa préoccupation dominante.

Retiré de la vie active, il resta l'homme de bien, fidèle à toutes ses affections. Un ami était toujours assuré de le voir accourir, au premier appel, à son lit de souffrance; il était toujours sûr aussi de trouver en Louis un conseil, un appui.

Dans sa retraite, Louis ne restait pas inactif; il occupait son intelligence en s'enquérant de toutes les publications relatives à la science qu'il avait si fructueusement cultivée, et il récréait son esprit par la lecture des bons livres.

Il était devenu un centre où se réunissaient tour à tour ses amis les plus intimes, et il était beau de voir ce vieillard toujours bon, toujours bienveillant, et heureux de l'affection qu'on lui témoignait.

Sa conversation avait le charme que devaient avoir les entretiens de Socrate.

Dans ces réunions, il s'occupait surtout de ce qui intéressait ceux qu'il aimait. Sa belle âme s'élevait quelquefois aussi dans des sphères plus hautes. En contemplant les merveilles de la nature et l'harmonie de l'univers, il lui était impossible de ne pas reconnaître Dieu dans la grandeur de ses œuvres, et il ne pouvait admettre que le créateur de toutes choses n'eût laissé à l'homme qu'une amère déception en faisant naître en lui, dans tous les temps et chez tous les peuples, le sentiment intime de l'immortalité de l'âme.

Cette existence dura ainsi dix-huit années, partagée entre les douces jouissances de la lecture et l'amitié. On eût dit que le destin retardait pour Louis ses arrêts et voulait le laisser plus longtemps dans ce monde comme le plus parfait modèle de l'honnête homme.

Mais tout ici-bas doit avoir une fin. Le 9 juin fut pour Louis un jour fatal : il venait d'être frappé irrémédiablement du mal qui l'a emporté après soixante-quinze jours de souffrances stoïquement supportées.

A la première nouvelle de sa maladie, ses amis accoururent près de lui; et, durant ces longs jours de douleur, c'était un touchant spectacle de les voir autour de son lit, associant leurs soins à l'assistance dévouée d'un fidèle serviteur, et soutenant de leur sympathie la pieuse sollicitude de la noble compagne de sa vie.

Avec quelle effusion de cœur il exprimait à tous ses affectueux remerciements! et, quand ses forces défaillantes ne lui permirent plus de parler, une pression de main leur témoignait encore sa reconnaissance.

Ah! si les vœux les plus ardents avaient pu retarder le terme fatal, Louis vivrait encore. Mais son heure était venue. Il la voyait approcher sans crainte, n'ayant d'autre regret que de quitter ceux qu'il aimait.

Il est mort comme le sage antique, riche d'amis et comblé des preuves de la plus vive affection.

Son départ laisse un grand vide dans la corporation qu'il a servie et illustrée, et ses élèves qui ont eu le bonheur d'être admis dans son intimité restent comme des orphelins qui auraient perdu le meilleur des pères.

Mais s'il n'est plus personnellement au milieu de nous, sa noble

image survivra dans le cœur de ses amis ; sa mémoire restera chère à ses collègues de l'Académie, et le beau nom de Louis laissera dans l'histoire de la médecine d'impérissables souvenirs.

Sur la proposition de M. Jules Guérin, pour honorer la mémoire de M. Louis, la séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1872. — Présidence de M. Moissenet.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. **DUJARDIN-BEAUMETZ** présente un malade auquel il a pratiqué l'opération de l'empyème. (Voir *Gazette des hôpitaux*, numéro du 4 juillet 1872.)

M. **MAURICE RAYNAUD** fait à la Société un compte rendu du livre de M. Woillez intitulé : *Diagnostic des affections de poitrine* Après avoir rappelé les travaux antérieurs de M. Woillez sur la mensuration, sur le cyrtomètre que, devant les observations qui lui ont été présentées, M. Woillez a bientôt abandonné pour le simple ruban métrique, M. Raynaud passe en revue les différents chapitres de ce nouveau livre. Le point de départ qu'a choisi M. Woillez est la congestion pulmonaire ; l'hyperémie pulmonaire, simple d'abord, puis cette hyperémie dans ses rapports avec les autres maladies aiguës. Parmi les nombreux chapitres qui composent ce volume, M. Raynaud signale tout particulièrement à l'attention de ses collègues. d'abord un chapitre très-remarquable sur la bronchite, cette maladie si peu connue, comme l'a dit Laënnec, et comme le répète M. Woillez qui l'étudie avec le plus grand soin; puis, en second lieu, le chapitre qu'il a consacré à la pneumonie dans lequel il appuie tout particulièrement sur les symptômes appartenant à l'hyperémie, qu'il appelle hyperémie concomitante, et qui sont caractérisés par des râles crépitants durant de vingt quatre à quarante-huit heures. Bien des pneumonies, qui sont considérées [illegible]bles, ne sont, pour M. Woillez, que des pneumonies compliquées de congestion pulmonaire. M. Woillez insiste tout particulièrement sur le rôle actif du médecin dans le traitement de la pneumonie, rôle qui consiste surtout à combattre la congestion.

En troisième lieu, M. Raynaud signale le chapitre sur les abcès pulmonaires et la pleurésie.

Enfin, les chapitres par lesquels l'auteur termine, ayant trait aux emphysèmes, aux hémorragies pulmonaires, sont aussi traités avec tout le soin qu'apporte ce distingué confrère dans toutes ses œuvres ; ce volume est donc une œuvre pleine de bons enseignements, et que l'on devra souvent consulter.

COMMUNICATIONS

M. **BROUARDEL** donne lecture d'une note ayant pour titre : *De la pneumonie interstitielle qui accompagne la pleurésie, et des indications qui en ressortent au point de vue de la thoracentèse.* Outre les indications de la thoracentèse tirées de la qualité présumée du liquide épanché, de sa quantité, de sa tendance à augmenter ou à se résorber, il est, suivant M. Brouardel, une autre source d'indications tirées de l'état de la plèvre et du poumon, qui plaident en faveur de la *thoracentèse hâtive*.

M. Brouardel accorde au rôle de la plèvre plus d'importance que ne lui en attribue M. Potain, et en tire une interprétation différente.

Des diverses modifications que, dans la pleurésie, subissent la plèvre viscérale et la plèvre pariétale, résulte la formation de fausses membranes qui s'épaississent et dont le développement ultérieur donne naissance à des membranes épaisses, dures, fibreuses, douées de tous les caractères du tissu inodulaire, c'est-à-dire rétractile ; de telle sorte qu'au bout de deux ou trois semaines, le poumon se trouve enveloppé d'une véritable carapace qui s'oppose à sa dilatation et l'empêche d'occuper l'espace qu'il remplissait auparavant.

En outre, le tissu cellulaire, qui double la plèvre pulmonaire, s'enflamme et s'hypertrophie, et les cloisons du tissu cellulaire interlobulaire participent rapidement à ce processus. Elles deviennent volumineuses et pénètrent profondément dans l'intérieur du poumon. Ces cloisons du tissu inodulaire ont le même caractère de rétractilité que les fausses membranes.

M. Brouardel ne peut fixer avec précision le début de cette pneumonie interstitielle ; il n'affirme pas non plus qu'elle soit constante ; mais il en a trouvé des traces très-manifestes dans les autopsies de pleurésies qu'il a faites.

Il y a donc, selon lui, à une période peu avancée de la pleurésie, hyperplasie du tissu cellulaire du poumon.

Avant de tirer de ce fait des conclusions au point de vue des indications de la thoracentèse, M. Brouardel examine comment guérit une pleurésie, comment le poumon vient remplir l'espace qu'occupait l'épanchement quand la guérison survient après un traitement révulsif ou après une thoracentèse tardive.

Le poumon ne peut reprendre son volume primitif; il ne peut, par sa dilatabilité, rétablir le contact entre les deux plèvres. Il en résulte : 1° que d'une part la paroi thoracique s'enfonce et va audevant du poumon, entraînée qu'elle est par la rétraction des fausses membranes qui la tapissent ; puis, une fois le contact établi, les cloisons du tissu cellulaire interlobulaire obéissent à leur rétractilité, et, comme elles sont fixées en dehors par les adhérences pleurales, elles subissent un déplacement à leur extrémité opposée, seule mobile, et elles déforment et dilatent les bronches. M. Brouardel en conclut qu'il faut établir que les dilatations bronchiques sont le plus souvent la conséquence de la pleurésie. Ces dilatations et la pneumonie interstitielle peuvent, selon lui, survenir dans d'autres circonstances que dans la pleurésie, mais il croit pouvoir dire qu'après une pleurésie un peu longue, le poumon n'est plus capable de reprendre toute son expansibilité, et que les parois thoraciques et les cavités bronchiques doivent fatalement se rapprocher.

M. Brouardel passe ensuite en revue les conséquences de ce processus au point de vue des indications de la thoracentèse.

Comme tous les tissus de cicatrice, dit-il, ce tissu inodulaire sera d'autant plus incapable de se prêter à une dilatation curative, qu'il sera plus vieux. C'est pourquoi il faut vider la plèvre alors que le poumon peut encore reprendre son volume normal. Si l'on attend trop longtemps pour évacuer le liquide épanché, les fausses membranes encapuchonnent le poumon, et le tissu cellulaire intrapulmonaire a perdu son élasticité. Une simple ponction faite dans ces conditions ne vide pas toute la plèvre, et c'est pourquoi l'on constate encore après du souffle, de l'égophonie, de la matité, etc. Quant à la cessation de l'écoulement, M. Brouardel l'attribue, non pas, comme on l'a fait jusqu'ici, à ce que les fausses membranes emprisonnent une partie de la sérosité, mais bien à ce que le poumon ne se dilate plus.

Au moyen des appareils aspirateurs, on pourra extraire une plus grande quantité de liquide, mais ce liquide se reproduira le lendemain, par suite de la rétractilité du poumon qui fera l'office d'une ventouse. Telle est, du reste, l'explication donnée par M. Potain de ces vieilles pleurésies qui se reproduisent sans cesse.

M. Brouardel, au point de vue du traitement, conclut donc, de toutes ces considérations, qu'il faut opérer de bonne heure dans ces cas, c'est à-dire avant que les cloisons cellulaires intra-pulmonaires et les fausses membranes pleurales ne se soient épaissies. Et alors le liquide ne se reproduit plus parce que le poumon, jouissant encore de toute sa dilatabilité, s'accole aux parois thoraciques et ne fait plus l'office d'une ventouse. M. Brouardel partage cette opinion avec MM. Moutard-Martin et Dupré, et se range parmi les partisans de la thoracentèse hâtive ; et il ajoute que, partisan d'opérer de bonne heure, il ne l'est plus d'opérer après dix ou douze jours, persuadé que le liquide se reproduirait chaque fois plus chargé de leucocythes.

Quant au procédé opératoire, M. Brouardel n'a pas de préférence

marquée ; toutefois, il accepterait volontiers la méthode de l'aspiration, mais il désirerait être fixé sur la transformation de l'épanchement séro-fibrineux en épanchement sanguinolent, que l'on observe toujours dans l'emploi de cette méthode, et sur sa gravité ou son innocuité. Tout le monde connaît, en effet, la facilité avec laquelle ces épanchements sanguinolents deviennent purulents. Il pense qu'en pareil cas l'hémorragie doit être attribuée à la rupture des vaisseaux des fausses membranes.

Cependant, dans un cas de ce genre observé par M. Brouardel, le malade, qui avait été opéré par la méthode aspiratrice, et chez lequel la ponction avait donné à la fin une certaine quantité de liquide sanguinolent, n'en a pas moins très-bien guéri.

En résumé, M. Brouardel appelle l'attention de la Société sur trois points :

1° La déformation très-rapide de la pneumonie interstitielle et des fausses membranes, réduisant le volume du poumon et mettant obstacle à son expansibilité ultérieure, et, par suite, l'innocuité des thoracentèses précoces et la gravité des thoracentèses tardives;

2° La possibilité d'une hémorragie à la fin de la thoracentèse pratiquée par les appareils aspirateurs, alors peut-être que l'épuisement du liquide a été poussé trop loin;

3° La gravité réelle ou prétendue de ces hémorragies intrapleurales.

M. MAURICE RAYNAUD pense que cette petite quantité de sang que l'on observe quelquefois dans les thoracentèses pratiquées avec l'aspiration, est due à ce que celle-ci est trop puissante.

Erratum. — Page 787, à la 28e ligne, au lieu de : « depuis que cet appareil est entre nos mains, la période d'excitation devient de moins en moins rare, » il faut lire : « la période d'excitation devient de moins en moins fréquente ».

— A louer, à Marseille, l'*Institut hydrothérapique du Midi*, fondé par le docteur GAMEL, situé sur une des plus belles promenades et parfaitement installé. — S'adresser à Mme Ve Gamel, avenue du Prado, 38, à Marseille.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Du zona ophthalmique et des lésions oculaires qui s'y rattachent, par le docteur HYBORD.— In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — Promenade dans les hôpitaux : Nouvelles applications contre l'hygroma, le spina bifida, etc., de la méthode que M. Monod a préconisée contre l'hydrocèle. Ne serait-elle pas applicable aux pleurésies séreuses ? — De l'odeur acide de l'haleine comme signe diagnostique du diabète (M. Duboué). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Variétés. — Thèses. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Qu'il me soit permis de recourir à une comparaison vulgaire pour rappeler à l'esprit du lecteur le résumé de nos études sur les indications thérapeutiques dans la pneumonie.

Quand un cheval s'emporte, cherche à prendre le mors aux dents et vous entraîne loin de votre route, il y a des théoriciens qui pourraient prétendre que c'est là le commencement d'un cycle défini.

En effet, la passion qui pousse l'animal l'enlève avec un élan qui semble d'abord s'accroître par lui-même, c'est la période d'augment; puis qui persiste tel pendant une certaine période, c'est la période d'état; puis qui finit par s'user et s'éteindre, c'est la période de défervescence.

Voilà bien le cycle défini de la pneumonie.

Dans un cas comme dans l'autre, la durée est variable ; dans un cas comme dans l'autre, il peut se présenter des apaisements relatifs et de soudaines exacerbations, avant que la défervescence soit définitive ; mais, dans un cas comme dans l'autre, on doit espérer que, si on n'est pas renversé, tué ou blessé dans l'intervalle, on pourra, sans intervention, voir le calme se rétablir au bout d'un temps plus ou moins long. Alors l'animal apaisé pourra mettre à profit les forces qui lui restent, s'il lui en reste, pour vous ramener dans le droit chemin.

On peut donc être abstentionniste, lorsqu'il s'agit de cheval emporté ; mais il sera beaucoup plus sûr d'intervenir pour arrêter l'élan, si on le peut, ou du moins épuiser le plus vite possible, l'excès des forces de l'animal, comme on y parvient, par exemple, en lui donnant des terres labourées à parcourir.

De même, dans la pneumonie, on peut s'abstenir, on peut parfois arrêter court, et enfin on peut atténuer et abréger la maladie en épuisant l'excès des forces.

La difficulté sera plus ou moins grande, selon la vigueur de l'individu, son impressionnabilité, l'intensité de la cause occasionnelle et de son retentissement réactionnel sur l'organisme : toutes choses à considérer dans le raptus de la pneumonie, comme dans la passion du cheval qui s'emporte.

Revenons-en aux moyens de traiter la pneumonie.

Nous avons vu que, particulièrement chez les pléthoriques et au début de la pneumonie, la saignée pouvait être appelée à remplir deux indications.

D'abord elle produit un certain degré d'apaisement subit, qui, lorsque le raptus pneumonique a peu d'intensité et ne s'est pas accru au delà d'un certain degré, peut l'arrêter court et produire une défervescence définitive, début de la convalescence, comme Wunderlich, M. Bouchut et d'autres en ont constaté au thermomètre des exemples incontestables.

Ensuite, lorsqu'on veut donner la digitale à hautes doses, la saignée permet d'arriver plus tôt aux limites de la tolérance, à un moment comparable à celui où le cheval, dans les terres labourées, est obligé de renoncer au galop rapide.

Le tartre stibié a un peu les mêmes effets que la saignée, bien qu'avec moins de certitude et d'énergie.

C'est lui qu'il faut préférer au début chez les individus qui ne sont pas pléthoriques ; c'est par lui que l'on doit commencer d'ordinaire chez les Parisiens, à constitution généralement lymphatico-nerveuse.

Mais, de même que je n'aime pas à répéter les émissions sanguines, de même je ne conseille pas d'insister trop longtemps sur l'administration de l'émétique.

Nous en avons vu les raisons.

Les émissions sanguines finissent par produire une déglobulisation, qui, persistant dans la convalescence, est peu favorable au réveil complet de toutes les fonctions nutritives et autres.

Quant à l'émétique à hautes doses, continué durant plusieurs jours suivant la méthode de Rasori, il ne produit que trop souvent la pustulation et l'ulcération des voies digestives. M. Briquet nous a cité l'observation d'une femme chez laquelle il avait trouvé, à l'autopsie, un nombre énorme de ces ulcérations stibiées, stomacales et intestinales, bien qu'elle eût paru tolérer parfaitement l'émétique à hautes doses dans une pneumonie à la suite de laquelle elle a succombé.

Ainsi les sels antimoniaux, quand on insiste sur leur emploi, exposent à des lésions dangereuses par elles-mêmes, et qui, subsistant d'une manière indépendante, persistent encore alors que, par l'apaisement du raptus pneumonique, le sel antimonial est devenu inutile et qu'on y a renoncé.

Voilà pourquoi il vaut mieux employer concurremment dès le début la digitale, puis, un peu plus tard, alors que l'action de la digitale est bien établie, la continuer seule, jusqu'au moment où l'on suppose qu'en la cessant on n'aura plus à craindre de voir le raptus pneumonique reprendre son cours, comme un cheval

emporté, ralenti au milieu des terres labourées, reprend sa course furieuse quand il en est sorti trop tôt.

A elle seule, dès le début, la digitale aurait l'inconvénient de ne pas agir assez vite; mais quand elle se trouve associée alors à la saignée ou à l'émétique, il n'y a pas de temps perdu.

Quant aux doses, point essentiel, il n'est malheureusement pas possible de les fixer en théorie, puisque en pratique, selon les cas, pour être également efficaces, elles devront varier entre *un* gramme et *vingt* grammes de teinture par jour, ou entre quelques centigrammes à plusieurs grammes d'extrait ou de poudre.

Il est important que ces doses soient fractionnées pour que l'action soit régulièrement continue.

La teinture associée à de l'eau et au sirop dans des proportions telles qu'une cueillerée de cette potion contienne un douzième de la dose qu'on veut administrer dans la journée, m'a paru beaucoup plus facile à faire prendre de deux heures en deux heures, que des paquets de poudre ou d'extrait, ou que des infusions copieuses.

Cependant, alors que la constitution épidémique prédispose les malades au vomissement ou à la diarrhée, il m'a paru que l'extrait était mieux supporté par les voies digestives, que la teinture surtout irrite facilement en pareil cas. La forme spéciale d'insomnie, les effets généraux sur le pouls, les crachats, l'oppression, la température, etc., ne m'ont pas permis d'attribuer alors l'innocuité locale de cet extrait à sa mauvaise préparation. Peut-être s'agit-il d'un principe volatil, non encore isolé, qui, conservé dans la teinture, est évaporé dans l'extrait. Quoi qu'il en soit, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de constater ce fait à Paris, particulièrement en temps de choléra et de cholérine.

Autrement, rien n'est plus commode qu'une potion, où la teinture de digitale, faiblement amère, est convenablement édulcorée avec du sirop de fleurs d'oranger, ou de limon, ou d'écorces d'orange : les enfants eux-mêmes l'acceptent très-bien.

De même que les doses sont tout individuelles, de même le nombre de jours durant lesquels on devra continuer la digitale variera d'un malade à l'autre dans de très-notables proportions.

En règle générale, on devra insister d'autant plus longtemps sur cette médication, qu'il aura été plus difficile d'arriver au point où la digitale produit les effets attendus :

Effets sur la température fébrile, qui diminue ;

Effets sur le pouls, qui devient, non pas plus dur, comme l'avaient supposé certaines théories, mais, au contraire, plus mou, plus dépressible (Cet alanguissement du pouls, pour ainsi dire, est plus accusé, plus constant, plus caractéristique que son ralentissement, alors qu'on oppose la digitale à une violente pneumonie) ;

Effets sur la dyspnée, qui devient moins marquée et même insensible pour le malade ;

Effets sur la toux, qui est moins fréquente et moins pénible ;

Effets sur les crachats, qui se détachent plus facilement, deviennent plus séreux, et perdent rapidement cette coloration, due à des globules rouges du sang plus ou moins altérés, qui prouvait antérieurement l'intensité du mouvement inflammatoire.

Ceci est à ne point oublier ; non-seulement la fièvre, la dyspnée, les phénomènes généraux, mais les phénomènes locaux, les exsudats, n'échappent pas à l'influence de la digitale, pas plus qu'à celle de l'émétique ou de la saignée.

Quand l'action devient suffisante, l'exsudation de liquide fibrineux et de globules qui se produit dans l'intérieur des vésicules se modifie dans sa nature intime.

L'inflammation perdant de son intensité, on voit moins de globules s'échapper à travers les parois des vaisseaux, les crachats cessent bientôt d'être rouges ou rouillés, et, en même temps, ils se diluent.

Chez plusieurs malades chez lesquels j'avais essayé un peu trop tôt de suspendre l'emploi de la digitale, l'oppression a reparu, et les crachats sont redevenus sanglants ; puis, en reprenant la digitale, j'ai vu de nouveau se produire le même amendement local que précédemment.

Ainsi, c'est un fait hors de doute. L'expérience a contredit de la manière la plus formelle la théorie que M. Jaccoud a formulée en vingt endroits, à propos de la pneumonie, et notamment dans les termes suivants : « Une congestion inflammatoire est accompagnée dès le début de changements importants dans toute l'étendue et dans tous les éléments du territoire qu'elle occupe, et, réussît-on même à diminuer la quantité du sang dans cette région, ce qui n'est rien moins que prouvé, on n'aurait encore rien gagné quant au développement des lésions histologiques contemporaines de l'hyperémie. Cette impuissance est surtout frappante pour la congestion pneumonique. » C'est le contraire de la vérité.

Il est bien peu de maladies où la puissance du médecin soit plus évidente que dans la pneumonie.

Mais il est vrai de dire qu'il est peu de maladies exigeant plus d'art et de tact.

Il en faut pour savoir ce qu'est l'individu et ce qu'est le mal ;

Pour mesurer la résistance et proportionner le remède ;

Pour monter assez haut, insister assez fort et s'arrêter à temps.

Et puis, alors que le raptus inflammatoire est apaisé, il en faut encore pour savoir si l'individu n'a pas besoin d'être tonifié pour pouvoir rentrer dans le fonctionnement normal.

Le retour à la santé ne peut pas s'effectuer sans un grand déploiement de travail organique.

Quand la convalescence commence, il reste des lésions locales, dont la complète disparition ne sera pas seulement un fait purement physique et mécanique, comme l'admettraient ceux qui y voient une simple liquéfaction d'un exsudat.

C'est un fait du même ordre que ceux de nutrition interstitielle, de renouvellement moléculaire et de réparation organique. C'est donc un fait essentiellement vital, tellement vital qu'il absorbe une partie des forces destinées à l'entretien même de la vie, que la calorification peut descendre au-dessous de son niveau normal dans les cas les plus favorables, et que si les forces vitales sont insuffisantes pour effectuer les réparations organiques du poumon malade avec les autres, après une sorte de lutte, des tentatives de réaction ataxiques et plutôt nuisibles, la vie s'éteint.

Il y a donc toujours deux périodes dans le traitement de la pneumonie.

Dans la première, ce mouvement inflammatoire et réactionnel qui constitue le raptus pneumonique existe encore, avec un élan plus ou moins vif.

S'il est intense, il sera bon de l'arrêter le plus rapidement possible par le moyen de la digitale et, au début, de l'émétique ou de la saignée.

S'il est très-faible, il suffira de faibles doses ; quelquefois même il suffira d'attendre, et bientôt ce raptus s'apaisera.

Dans la seconde période, d'autant plus importante le plus souvent que la première l'aura moins été, il faut tonifier par le

moyen des alcooliques si l'on voit que la convalescence ne se dessine pas bien ou qu'elle marche mal.

Quelquefois, c'est dès le second jour que le raptus n'existe plus et qu'il est bon de stimuler les sujets débiles pour déterminer la convalescence et arriver à la guérison. D'autres fois, c'est un peu ou c'est beaucoup plus tard.

Aussi n'est-il pas rare que l'on soit amené à tâtonner, pour ainsi dire.

On a employé la digitale avec avantage. Avec des doses relativement faibles, on en est arrivé au point où elle produit le réveil en sursaut et le genre d'insomnie spéciale très-pénible pour le malade. On suspend alors la digitale, et on prescrit une potion de Todd. Si l'on a bien jugé de l'opportunité, sous l'influence de la potion alcoolique, la défervescence se complète et la convalescence se fait rapidement. Si l'on a commencé trop tôt l'emploi de l'alcool, au bout de quelques heures, au lieu d'un mieux-être, on constate une aggravation, et il faut alors se hâter de reprendre la digitale.

Ainsi il est parfaitement vrai, je l'ai bien souvent constaté, que l'alcool, donné quand et comme il convient dans la pneumonie, peut abaisser la température en déterminant la convalescence.

Et si l'on sait bien faire usage, à temps et à propos, de ces divers moyens, alcool, digitale, émétique et saignée, on se convaincra que la pneumonie est une maladie que l'on abrége et que l'on guérit : on perdra bien peu, quelque soit leur âge, des sujets qui en seront atteints.

Étant au bout de mon trimestre d'été, je ne puis donner, pour cette fois, plus de détails sur cette question.

PROMENADE DANS LES HOPITAUX

Nouvelles applications contre l'hygroma, le spina bifida, etc., de la méthode que M. Monod a préconisée contre l'hydrocèle. — Ne serait-elle pas applicable aux pleurésies séreuses?

Nous sommes à peine au lendemain de la discussion académique sur les divers modes de traitement de la pleurésie, et voilà qu'une idée nouvelle semble tout près de s'imposer à l'expérimentation médicale.

Le procédé que M. Monod avait d'abord recommandé uniquement contre l'hydrocèle, commence à être mis à l'essai contre d'autres maladies où il se produit un liquide plus ou moins chargé de fibrine.

On sait en quoi ce procédé consiste.

Après avoir extrait, à l'aide d'une seringue de Pravas, quelques gouttes du contenu d'une hydrocèle, M. Monod injecte dans la cavité vaginale un certain nombre de gouttes d'alcool pur. Bien entendu, cet alcool se trouve dilué dans le liquide de l'hydrocèle : de telle sorte que le malade n'éprouve, le plus souvent, aucune sensation et peut retourner à son travail comme si de rien n'était.

M. Guyon a employé, dans son service de l'hôpital Necker, ce procédé, avec des résultats certainement encourageants.

Un malade a été guéri après une seule injection de quelques gouttes d'alcool; chez d'autres malades, chez lesquels on pratiquait ces injections tous les huit jours, l'amélioration a été lente et progressive; enfin, d'autres ont paru complétement réfractaires à cette médication, mais ils n'en ont éprouvé aucune espèce d'inconvénients. Ils venaient régulièrement dans les salles de M. Guyon tous les huit jours, et s'en retournaient à leur ouvrage aussitôt leur injection faite.

Dans le même service, où M. Gnyon est pour le moment suppléé par M. Auger, j'ai vu quelques autres malades traités par la même méthode.

Par exemple, une femme qui a été guérie très-rapidement, par ce moyen, d'un hygroma de la bourse séreuse prérotulienne du genou gauche.

Et surtout un très-jeune enfant atteint d'un spina bifida assez considérable, et chez lequel on fait chaque semaine une injection d'alcool pur dans sa tumeur.

L'enfant était âgé de 13 jours quand on a commencé à le soumettre à cette médication.

On pique la poche avec une canule de Pravas, on fait sortir quelques gouttes de liquide, puis on injecte quelques gouttes d'alcool. A la suite de l'opération, l'enfant présente, pendant à peu près vingt-quatre heures, des phénomènes d'ivresse; il est lourdement assoupi, et sa mère, qui l'allaite, est obligée de lui présenter le sein, qu'il ne cherche pas de lui-même. Puis ces phénomènes se dissipent, et l'enfant, qui grossit et dont les chairs sont fermes, paraît se porter parfaitement jusqu'à la semaine suivante, où une nouvelle injection le replonge dans le même état.

Dans l'intervalle, on fait une légère compression sur la tumeur; et, sous cette double influence, injections d'alcool et compression, la poche paraît diminuer. Ce qui n'est pas douteux, c'est que la paroi, qui était d'abord très-mince, s'est notablement épaissie. Quant au liquide qu'elle contient, il n'a nullement changé d'aspect, il est toujours aussi limpide et absolument incolore.

Il y a un mois environ que ce traitement est suivi.

Ainsi les injections alcooliques faites suivant la méthode de M. Monod sont d'une innocuité parfaite, même alors qu'il s'agit d'un spina bifida et de membranes délicates comme les méninges spinales.

Elles paraissent utiles alors même que le liquide est complétement séreux; elles sont souvent efficaces quand il est chargé de fibrine.

Dans ce dernier cas, j'étais curieux de savoir ce qui se produit lorsque l'on a versé quelques gouttes d'alcool dans un liquide fibrineux, tel que celui d'une hydrocèle.

Voici ce que j'ai remarqué.

Au premier moment, le liquide se trouble légèrement et devient un peu louche autour des points où sont tombées les gouttes d'alcool.

Puis, il s'éclaircit en quelques instants; mais si l'on regarde attentivement, on remarque des filaments fibrineux, pseudomembraneux, qui se déposent au fond du vase.

On doit supposer qu'il en est ainsi dans les cavités organiques. Un très-léger dépôt de filaments pseudo-membraneux doit se faire sur les parois de ces cavités, et il ne serait pas impossible que ce fût le point de départ de la résorption du liquide quand cette résorption a lieu.

Quoi qu'il en soit, d'après les faits dont j'ai été témoin, je crois qu'on a le droit d'essayer la même méthode contre la pleurésie séreuse, de préférence à la thoracentèse avec aspiration. On craint que celle-ci n'amène bien souvent la purulence; et ce que j'ai vu tend à me faire penser que cela peut être vrai dans certains cas. Mais un tel résultat ne semble pas à craindre après une ponction capillaire sans aspiration, à l'aide d'une canule de Pravaz allongée (telle, du reste, que les canules de l'appareil de M. Dieulafoy, mais que l'on puisse visser sur la seringue de Pravaz), et à la suite d'injections de quelques gouttes d'alcool.

Je le répète, c'est un remède à essayer. Je ne pense pas que

personne l'ait employé jusqu'à présent ; mais je crois pouvoir le recommander à l'attention de nos lecteurs, que je vais quitter pour trois mois.

Dr Victor Révillout.

DE L'ODEUR ACIDE DE L'HALEINE COMME SIGNE DIAGNOSTIQUE DU DIABÈTE

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 12 juin 1872, par M. Duboue, membre correspondant.)

Quoique je n'aie observé qu'un très-petit nombre de fois le symptôme sur lequel je me propose d'attirer l'attention de mes collègues, il m'a été fort utile dans un cas de pratique chirurgicale que je rapporterai plus loin, en dirigeant mes recherches dans un sens où je n'aurais peut-être pas songé à les porter. C'est à ce seul titre qu'une pareille question, se rattachant bien plutôt à la médecine qu'à la chirurgie, peut être abordée dans cette enceinte. Si ce signe a déjà été signalé, ce que j'ignore, il est certainement peu connu, ce qui m'enhardit encore à faire cette communication.

La première fois que ce symptôme m'a frappé, il y a cinq ou six ans, je ne croyais en aucune façon avoir affaire à un cas de diabète sucré. Je donnais mes soins depuis plusieurs jours à une dame de 65 ans environ, chez laquelle je constatais un dépérissement rapide dont je ne parvenais pas à découvrir la véritable cause. J'avais remarqué, dès les premières visites, une odeur *fortement acide* et pénétrante qui frappait l'odorat dès qu'on entrait dans la chambre où était couchée notre malade. Je n'attachais pas d'abord la moindre importance à cette odeur, que j'attribuais à quelque substance inconnue et entièrement étrangère à la malade. Mais, après l'avoir constatée plusieurs jours de suite et toujours avec la même intensité, je n'ai pas tardé à voir, en m'en assurant directement, qu'elle provenait de son haleine. Les difficultés du diagnostic persistant au même degré et les forces déclinant de jour en jour, j'ai cru avoir affaire à cette forme grave de *dyspepsie acide* décrite par Chomel.

Peu de jours après, cependant, l'apparition d'un prurit vulvaire des plus incommodes, tenant à un érythème des grandes et des petites lèvres, ainsi qu'une éruption furonculaire généralisée, me font penser à la possibilité d'un diabète. J'examine les urines et j'y trouve, en effet, une quantité notable de sucre.

La malade succomba quelques semaines plus tard; je crois inutile d'entrer dans les détails des divers symptômes qui ont précédé la mort.

Trois années plus tard, j'ai soigné un autre diabétique, lequel était âgé de 28 à 30 ans, et qui a fini par succomber aux progrès d'une phthisie pulmonaire dépendant, sans nul doute, de la glycosurie. Or, chez ce jeune homme, qui avait été déjà soigné par d'autres médecins comme atteint du diabète, et chez lequel je recherchais, par intervalles, les variations de la quantité de sucre par l'examen des urines au polarimètre, j'ai constaté pendant plus de deux mois cette même *odeur acide* qui m'avait frappé chez ma première malade.

Dans le courant de l'hiver dernier, j'ai encore trouvé cette même *odeur* chez une troisième diabétique, âgée d'une soixantaine d'années, laquelle, avant de succomber à des accidents cérébraux (convulsions et coma), avait déjà perdu les deux yeux à la suite d'un double glaucome dépendant de l'affection générale.

Dans les deux derniers cas, comme dans le premier, on percevait, en entrant dans la chambre des malades, une odeur aigrelette particulière, qui était très-prononcée le matin, avant que les fenêtres eussent été ouvertes.

Enfin le 9 mai dernier (1872), j'ai été appelé dans une petite ville de notre département, près d'un homme d'une quarantaine d'années qu'on me disait être atteint d'un phlegmon diffus du pied droit. On redoutait même une terminaison gangréneuse, et c'est pour tâcher de prévenir cette terminaison qu'on m'avait fait demander.

Or, je puis dire, sans la moindre exagération, qu'en entrant dans la chambre où se trouvait notre malade, et avant même d'avoir examiné ce dernier et de lui avoir adressé la parole, j'avais déjà porté le diagnostic qu'un examen approfondi n'a fait que confirmer. Je m'attendais à trouver et j'ai trouvé, en effet, une inflammation gangréneuse du pied, inflammation peu intense et peu douloureuse, nullement semblable à celle d'un phlegmon diffus. Ce qui m'avait mis sur la voie du diagnostic, c'était cette *odeur acide* pénétrante que j'avais perçue en entrant dans la chambre, odeur dont je venais de faire une expérience de cinq mois chez ma précédente malade.

Je dois ajouter que j'ai examiné ce malade avec le même soin que s'il se fût agi d'un cas ordinaire, d'un de ces cas où je n'eusse eu d'avance aucun indice de présomption diagnostique. Je me suis assuré qu'il n'y avait ni de lésion du côté du cœur, ni d'embolie du côté des artères du pied accessible au toucher : c'est ainsi que les battements du côté de la pédieuse et de la tibiale postérieure étaient facilement perçus. Et enfin, l'examen des urines me permit de constater une assez grande proportion de sucre : en faisant bouillir une certaine quantité d'urine avec de la potasse caustique, le seul réactif que j'aie pu me procurer, j'ai obtenu un abondant précipité rouge briqueté ou brunâtre.

Le diagnostic une fois établi d'une manière certaine, je me suis bien gardé de toucher à ce pied ; notre malade, dont l'état général était d'ailleurs fort alarmant, a succombé dans la nuit qui a suivi ma visite.

Je puis donc dire avec et sans figure que, dans ce cas, le signe nouveau que je mentionne m'a permis de *flairer* le diagnostic, et tous les chirurgiens savent par expérience combien il est important de soupçonner simplement l'existence du diabète chez les malades qui se commettent à leurs soins, pour subir une opération. Telle est la raison pour laquelle j'ai cru devoir signaler ce nouveau signe à l'attention de mes collègues, qui seront plus à même que moi d'en vérifier l'exactitude.

Cette acidité de l'haleine existe-t-elle chez tous les diabétiques, ou à toutes les périodes de leur maladie ? Je l'ignore. Ce que je puis dire, c'est que ces *quatre malades* chez lesquels je l'ai constatée étaient déjà arrivés à une période avancée de la glycosurie, et que je n'ai pas songé à rechercher ce signe chez tous les diabétiques soumis à mon observation. Ce que je crois même *à priori*, c'est que ce symptôme me semble appelé à rendre plus de services dans la pratique civile que dans la pratique hospitalière. Dans une salle de chirurgie, en effet, l'odeur égarée d'une haleine de diabétique ne me paraît pas devoir dominer celle de la suppuration des blessés, des cataplasmes entre autres pansements. Il faudrait donc la rechercher chez un malade entouré de blessés ou d'autres malades, tandis qu'elle frappait *spontanément* l'odorat, pour ainsi dire, chez les malades isolés dont je viens de donner la relation succincte.

Quant à donner une idée de cette odeur à ceux qui ne l'ont pas encore perçue, j'avoue que je suis tout à fait incapable de le faire. Le seul conseil que je puisse donner à cet égard, c'est de sentir l'haleine de plusieurs malades notoirement atteints de diabète, et si l'on parvient à découvrir cette acidité une seule fois, j'ose affirmer qu'on ne l'oubliera plus et qu'on la reconnaîtra plus sûrement dans l'avenir.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

Obs. III. — *Communication interventriculaire par perforation du septum membraneux ; polype fibro-crétacé partant à peu près du même point et s'engageant entre les valvules aortiques. — Insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral. — Insuffisance aortique. — Cyanose.*

B..., 43 ans, commissionnaire, entre à la Charité le 28 septem-

(1) Suite. — Voir les numéros des 24 et 27 août 1872.

bre 1857 et en sort en 1860. Il meurt à Lariboisière, dans le service de M. Woillez, qui a la bonté de me remettre la note suivante :

« 1860. B..., souffle râpeux, précédant et accompagnant le premier bruit du cœur et couvrant uniformément le premier silence et le second bruit ; entendu dans toute la partie antérieure du côté gauche et moins fort (à mesure qu'on s'éloigne du cœur) dans tout le reste de la poitrine.

« A l'autopsie, cœur volumineux ; quelques adhérences lâches et anciennes du péricarde, vers la base du cœur ; rétrécissement avec induration et insuffisance probable de la valvule mitrale ; obstruction incomplète de l'orifice aortique par un polype fibrineux ovoïde, très-ancien, fixé dans les colonnes charnues, avec tête arrondie tenant écartées les valvules sigmoïdes et les rendant par suite insuffisantes. Le tissu de ce polype est comme fibroïde, jaunâtre, et contient dans ses mailles de petites concrétions calcaires. Il y a en outre une communication interventriculaire ronde, à bords mousses, et du diamètre d'une large lentille à la partie supérieure de la cloison. »

Comme on le voit, M. Woillez ne se prononce pas sur la nature de cette communication interventriculaire. Nous pensons qu'elle n'était pas congéniale et avait succédé à une ulcération, nous appuyant sur la présence de ce polype ou de cet anévrysme, qui se sera développé sur un point phlegmasié.

Pouvons-nous fixer l'époque de la perforation du septum ?

Nous rencontrons cet homme, pour la première fois, à 43 ans ; il meurt à 46.

Il n'a eu ni variole, ni chancre, ni blennorrhagie.

A 31 ans, il a une première attaque de rhumatisme articulaire aigu ; garde le lit quinze jours.

A 33 ans, seconde attaque ; il ne s'alite pas.

A 35 ans, il contracte, dans son pays, dans la Meurthe, une fièvre tierce qui dure quinze jours.

A 36 ans, nouvelle fièvre tierce de dix jours.

Enfin, à 38 ans, il a une fièvre typhoïde, reste neuf jours sans connaissance, est alité cinq à six semaines, et ne recouvre pas une santé complète depuis cette époque.

Cette fièvre typhoïde aurait-elle un rapport avec l'ulcération que nous supposons avoir existé ? Nous sommes autorisé à l'admettre.

Nous ne suivrons pas cette longue observation dans ses détails.

Le malade interrompt ses travaux deux ans et demi avant que nous le voyions, à cause des battements du cœur et de l'enflure des jambes.

A son entrée à l'hôpital, nous retrouvons les signes d'une double lésion de l'orifice mitral et de l'orifice aortique.

Pour l'insuffisance mitrale, un souffle en jet de vapeur, à la pointe, au premier temps.

Pour le rétrécissement mitral, le dédoublement du second claquement et un long roulement avec frémissement vibratoire pendant tout le second temps, suivi d'un long repos. Le pouls bat à 28 par minute, sous l'influence de la digitale.

Pour le rétrécissement aortique, un souffle, au premier temps, qui nous paraît indépendant de celui de la pointe.

Pour l'insuffisance aortique, un souffle sibilant, musical, au second temps, s'étendant de l'orifice aortique à la pointe, et le double souffle crural.

Le caillot s'engage donc, dès cette époque, dans l'orifice aortique.

Y avait il mélange des deux sangs en raison de la difficulté que rencontrait le sang veineux à traverser les poumons et l'orifice mitral rétréci ?

Au commencement, les lèvres sont violacées, cyanosées. En janvier 1858, la cyanose est plus remarquable ; le nez bleu. Le 27 avril, la figure offre un mélange de bleu et de jaune ; la cyanose est considérable ; 35°5 dans l'aisselle gauche. Je suppose une communication anormale. Le 13 octobre, couleur noire, ecchymotique. Le 25 juillet 1859, figure cyanique pointillée de noir.

Bien que cette cyanose puisse dépendre du rétrécissement mitral, on a le droit, évidemment, de la rapporter à une communication anormale. Mais nous n'avons pu diagnostiquer le caillot polypeux. Cependant, dans un cas où les signes variaient instantanément, Sénac, je crois, a diagnostiqué un polype qui, tour à tour aurait bouché et laissé libre la lumière d'un vaisseau. Mais, dans ce cas, nous n'avons pas été frappé de cette alternance du souffle. Il faudrait toutefois penser à un obstacle de cette espèce si on rencontrait une disparition subite du souffle.

Obs. IV. — *Abcès caséeux du septum (Rétrécissement et insuffisance de la bicuspide).*

G..., peintre, âgé de 51 ans, entre à la Charité le 5 février 1864. Je le vois le 13, quelques heures avant sa mort. Cet homme a eu, à l'âge de 18 ans, des fièvres intermittentes pendant quatre ou cinq mois. Il est soldat de 20 à 27 ans.

A 35 ans, il reste douze jours à la Charité pour une bronchite et des palpitations.

A 41 ans, il a une fluxion de poitrine pour laquelle il séjourne deux mois et demi à l'hospice Saint-Merry.

Il a de plus quelques douleurs rhumatismales.

Il ne travaille plus depuis six mois.

Ses jambes enflent depuis longtemps, le soir. L'orthopnée est considérable.

Le cœur est gros ; les jugulaires sont gonflées. On entend un souffle, au premier temps, sous le sternum, et au niveau du ventricule droit. A gauche, on ne saisit pas de souffle net, soit au premier, soit au second temps.

Le pouls est fréquent, irrégulier, inégal, roide et vibrant. Je ne trouve pas de double souffle crural.

Le malade est pâle, violacé, ne peut plus se coucher la nuit ; les mains ne sont pas bouffies.

Ses crachats ne sont pas sanglants ; il tousse continuellement.

Le malade ne se laisse, du reste, examiner que difficilement, en raison de l'anxiété qu'il éprouve.

Autopsie le 14 février.

Le cœur est gros ; les ventricules sont dilatés, sans hypertrophie considérable des parois. Les oreillettes sont immenses, surtout la gauche, qui nous étonne par sa capacité.

La tricuspide ne présente rien de remarquable ; à l'eau, elle est suffisante. Le ventricule droit est large, l'entonnoir rebondi ; les sigmoïdes pulmonaires sont suffisantes.

La bicuspide, très-épaissie, non incrustée et insuffisante, s'ouvre par une fente qui admet un doigt.

Le ventricule gauche est un peu dilaté.

Les valvules aortiques, peu altérées, sont pourtant insuffisantes, très-légèrement, il est vrai.

Les sigmoïdes pulmonaires tiennent parfaitement l'eau.

L'aorte n'est pas notablement athéromateuse.

De plus, on trouve une tumeur à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, tumeur du volume d'un gros marron, placée au point de réunion des quatre cavités, faisant plutôt saillie du côté de l'oreillette gauche, sous la forme d'un corps jaune, que j'incise ; il sort une matière analogue à du mastic. La cavité est tapissée de matière calcaire et ne présente aucune ouverture.

On voit des traces de pleurésie, des fausses membranes.

Réflexions. — Les abcès peuvent rester enkystés, passer à l'état caséeux et former probablement ces masses blanchâtres que l'on a appelées tubercules du cœur. Quelquefois ils deviennent le siége de productions calcaires ou même osseuses.

J'ai observé ce fait avec mon ami, le docteur Voisin, notre collègue à cette époque, chef de clinique de M. Bouillaud.

(Sera continué.)

VARIÉTÉS

I. **Traité élémentaire de chirurgie**, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. (1).

II. **Éléments de thérapeutique et de pharmacologie**, par le docteur Rabuteau, lauréat de l'Institut de France, etc. (2).

Voici deux livres tout à fait élémentaires et pratiques, comme on sait les faire en France. Ils prendront modestement leur place chez nous sans avoir besoin de se revêtir de la peau allemande. Il s'agit de pathologie chirurgicale et de thérapeutique, et, là encore, les savants au casque pointu, malgré leur morgue grotesque ou leur grossière hypocrisie, sont obligés de reconnaître que *le bon sens pratique prime la force*, aphorisme plus vrai que leur aphorisme barbare : *La force prime le droit.*

I

Voici d'abord le *Traité élémentaire de chirurgie* de M. Fano. Commencé en 1868, cet ouvrage est aujourd'hui complet. C'est déjà un premier mérite qu'il faut reconnaître à cette œuvre, alors que tant d'autres traités du même genre, commencés depuis bien des années, ont été interrompus dans leur publication ou marchent avec une telle lenteur qu'il y a lieu de supposer que la même génération médicale n'est pas appelée à en voir le commencement et la fin.

Sans doute, un ouvrage de chirurgie est une entreprise de longue haleine quand on veut exposer tout ce qui a été fait à notre époque et avant nous. Mais la chirurgie étant à la fois une science et un art, il est possible de restreindre la somme des connaissances qui se rapportent à la science, pour ne prendre que celles qui sont nécessaires à l'art. Considérez un groupe quelconque de maladies chirurgicales et vous constaterez tout ce qu'il y a de vrai dans la proposition précédente. Si vous développez les faits admis par la généralité des praticiens, si vous vous bornez à décrire les méthodes et les procédés qui ont *cours*, en ne signalant que brièvement les doctrines rejetées de notre époque et les expédients thérapeutiques à reléguer au second plan, vous arrivez à faire un traité qui n'effraie ni l'élève ni le praticien. Pour bien des questions, le choix des notions à émettre, à développer ou à rejeter, demande beaucoup de sagacité et surtout une grande pratique. Dans un livre élémentaire, ce sont surtout les affections *communes* qu'il faut faire connaître; il suffit de signaler brièvement les maladies *rares*. C'est de l'esprit que nous venons d'indiquer d'une manière générale que M. Fano semble s'être inspiré dans son *Traité élémentaire de chirurgie*. L'auteur nous prévient, dans son introduction, qu'il a suivi le plan des leçons qu'il a faites pendant six ans à l'École pratique. Ce plan est d'ailleurs conforme à celui qui a été adopté par tous les classiques : maladies communes à *tous* les tissus et à *tous* les organes, c'est-à-dire une pathologie générale chirurgicale; — maladies des *divers* tissus et des *divers* organes; — puis enfin maladies propres à chaque *région* du corps.

Il suffit de parcourir l'ouvrage pour se convaincre que l'auteur a cherché par tous les moyens à faire comprendre le sujet : style clair, concis et net; nombreuses figures intercalées dans le texte (il y en a 307 pour tout l'ouvrage); parfois des figures schématiques qui nous semblent bien plus propres à faire ressortir certains détails d'anatomie pathologique que les planches si compliquées de quelques traités *ex professo*; nous citerons notamment les figures qui se rapportent aux *anévrysmes*, à la *nécrose*, aux *hernies*; tableau de diagnostic différentiel, etc., etc.

M. Fano n'a pas omis, dans la première partie de l'ouvrage, de donner au chapitre des *tumeurs* tous les développements que cette étude comporte d'après les données empruntées aux recherches microscopiques. Sans attacher une importance exagérée à l'emploi de l'instrument amplificateur, l'auteur fait ressortir toutes les notions que l'histologie pathologique fournit à la chirurgie.

Une lacune nous a frappé dans cet ouvrage : l'omission d'indications bibliographiques. Nous convenons que, dans un livre élémentaire, ces indications, pour être exactes et fidèles, grossissent l'ouvrage; et les limites d'impression imposées à l'auteur, l'exemple donné par d'autres chirurgiens éminents dans leurs traités, excusent jusqu'à un certain point M. Fano. Toutefois, nous pensons que l'auteur aurait pu consacrer quelques pages à une sorte de bibliographie chirurgicale, dans laquelle il aurait fait l'énumération des principaux ouvrages de chirurgie.

En somme, le *Traité élémentaire de chirurgie* de M. Fano nous paraît une étude utile aux praticiens et aux élèves. Les premiers y trouveront de précieuses indications pour la pratique usuelle; les seconds y puiseront les éléments nécessaires pour répondre aux exigences des examens du doctorat.

II

M. Rabuteau est actuellement plus connu des élèves que des praticiens, car il est professeur libre de thérapeutique depuis plus de six ans.

Il vient de faire paraître, sous le titre modeste d'*Éléments de thérapeutique*, le premier fascicule (532 pages) d'un ouvrage qui ne fera pas oublier Trousseau et Pidoux, mais qui va prendre place à côté de ces auteurs.

Le plan de M. Rabuteau est un peu neuf, et il repose sur les données fournies par la physiologie et par la clinique modernes.

Sa classification diffère de toutes celles que nous connaissons. Il divise les agents thérapeutiques en pondérables et en impondérables, puis les subdivise en classes et en ordres.

Il admet huit classes se rapportant chacune à une des grandes fonctions de l'organisme, selon que les médicaments sont modificateurs — de la nutrition, de l'innervation, de l'innervation et de la myotilité, de la myotilité, des sécrétions et des excrétions. Il range dans les trois dernières classes les médicaments éliminateurs, astringents, antiseptiques.

Il y a dans ce plan une idée physiologique et pratique; mais cette idée n'est pas encore assez nettement accentuée pour pouvoir renverser celles qui ont cours dans la science. La difficulté est immense, car une bonne classification, en thérapeutique comme en hydrologie, est encore à faire, puisqu'il est des médicaments dont l'action n'est pas encore bien déterminée, ou bien dont les effets physiologiques varient selon leur mode d'administration, selon les doses, selon certaines idiosyncrasies. M. Rabuteau a tenté un effort louable à tous égards.

Dans le fascicule que nous avons entre les mains, l'auteur ne nous donne que les médicaments modificateurs de la nutrition et de l'innervation. Il faut dire aussi que c'est la partie la plus considérable; c'est celle dans laquelle se trouvent les acquisitions nouvelles les plus importantes de la thérapeutique. Pour donner une idée de la manière suivie par l'auteur, disons qu'il étudie l'action physiologique de chaque médicament, son mode d'absorption et d'élimination, puis son action sur la digestion, la circulation, l'innervation, la nutrition, etc. Viennent ensuite son usage, son mode d'administration et l'énumération des maladies dans lesquelles il convient. Chaque chapitre est suivi d'un court résumé, analogue à celui qu'on trouve dans le livre si classique de *l'Auscultation et de la percussion*, de MM. Barth et Roger.

Mais pourquoi les auteurs se pressent-ils tant de paraître en fascicules, quand, quelques mois plus tard, ils pourraient paraître complets?

Dr A. Corlieu.

(1) 2 forts vol. in-8°, 1869-1872, avec nombreuses figures dans le texte, chez A. Delahaye. Prix : 25 fr.

(2) 1 fort vol. in-12, chez Lauwereyns. 1er fascicule. Ouvrage complet : 9 francs.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

247. Voulet. De la contraction hystérique.

248. Tizol. Étude sur l'asphyxie fœtale, précédée de quelques réflexions sur la respiration du fœtus.

249. Gaudard. Étude critique sur l'ulcère variqueux et son traitement.

250. Massard. Considérations sur la diurèse et ses moyens.

251. Tublet. Tuberculose des voies biliaires.

252. Loquin. De la dyspepsie dans la tuberculisation chronique des poumons, et de son traitement.

253. Mégevand. Étude de physiologie expérimentale; action de la digitale et de la digitaline.

254. Salvetat. Essai sur les gerçures du mamelon.

255. Isambert. Considérations cliniques sur les bons effets de l'irrigation continue et des applications froides renouvelées dans le traitement des fractures avec plaie.

256. Klein. Des plaies de la vessie par armes à feu (observations et réflexions).

257. Favier. De la communication congénitale du rectum avec l'appareil urinaire.

Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires, publié par MM. H. Bouley, membre de l'Institut, inspecteur général des écoles vétérinaires de France, et Reynal, directeur de l'École vétérinaire d'Alfort. Avec la collaboration d'une société de professeurs et de vétérinaires praticiens. Le tome IXe vient de paraître. — Paris, 1872, P. Asselin. Prix : 7 fr. 50.

Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et chez le nouveau-né, par le docteur Quinquaud. — 1 vol. in-8° avec 17 planches dans le texte. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 102. — MARDI 3 SEPTEMBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 3 SEPTEMBRE 1872. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mand[illegible] ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institue en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (M. Demarquay). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Ovariotomie ; guérison (M. Camus). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Variétés : Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (1).

(Leçons recueillies par M. REDARD.)

Nous ne devons pas, il est vrai, nous fier aux statistiques qui ont été données pour essayer de démontrer l'influence de l'anesthésie sur l'issue des opérations ; trop d'éléments entrent en jeu, et les résultats des auteurs sont contradictoires. Simpson, Benjamin Philipps, Lowrie et Malgaigne publièrent de ces tables. Dans les derniers travaux que nous venons de citer, nous devons remarquer qu'une influence défavorable du chloroforme est signalée par un nombre assez considérable d'auteurs.

Une observation rigoureuse assez exacte n'a pas été faite pendant les guerres, et c'est là, suivant nous, que le chloroforme devient un agent très-nuisible ; car, à la stupeur traumatique, vous venez ajouter la stupeur anesthésique.

On l'a dit bien des fois et nous le répétons, il ne faut avoir dans la statistique qu'une foi relative, et il ne faut pas vouloir tirer trop de conséquences d'un certain nombre de chiffres régulièrement alignés. Les auteurs qui se sont occupés de cette question se partagent en deux classes : les uns ont observé des lésions traumatiques le plus souvent graves, mais où le choc a fait défaut ; les autres ont observé sur un champ de bataille, où la stupeur se montre, et cela avec une fréquence de plus en plus grande depuis que nos moyens de destruction deviennent plus puissants (obus), et que les conditions morales des parties belligérantes sont moins bonnes ; ceux-là ont attribué au chloroforme une influence funeste, et nous croyons que de ce côté se trouve la vérité. Si l'on voulait établir une statistique pour prouver l'influence bonne ou funeste du chloroforme sur le résultat des opérations, il faudrait d'abord *mesurer le degré de stupeur*, l'état de ceux qui doivent être amputés avant l'anesthésie, voir l'état dans lequel ils se trouvent si l'on vient à les opérer étant chloroformés, — et c'est ce qui n'a pas été fait jusqu'ici.

L'abaissement de température est en outre fort souvent une des compagnes fidèles de la stupeur. N'y aurait-il pas lieu de tirer une conséquence de ces faits qui viennent d'être mis en lumière pendant cette dernière guerre (1), et de dire : puisque le chloroforme d'un côté, que la stupeur de l'autre, abaissent la température, ces deux causes réunies doivent donner une résultante fâcheuse. Le chloroforme deviendrait nuisible en vertu de ses propriétés *athermogènes.* Nous avons le premier, en effet, démontré, en 1848 (2), avec M. Duméril, que le chloroforme seul abaissait la température.

Ces recherches ont été poursuivies en France par Bouisson, en Allemagne par Zulzinski, Scheinesson (3). Nous avons répété quelques-unes de nos expériences, dont voici les résultats :

EXPÉRIENCE. — *Chienne de moyenne taille.*

11 h. 10 m. : on l'attache. — 12 h. 17 m.: 38°,7.

On commence l'inhalation. — 12 h. 40 m., l'animal est tranquille : 38°,5. — 12 h. 54 m.: 38°. — 1 h. 3 m., narcotisation complète, salivation : 37°,6. — 1 h. 30 m.: 36°.9. — 1 h. 32 m.: 36°,8. — 1 h. 35 m.: 36°,6. — 2 h. 15 m.: 35°,2. — 2 h. 25 m.: 35°.

On éloigne le chloroforme. — 2 h. 30 m. 34° 9. — 2 h. 33 m., le corps est pris de tremblements : 34°,7. — 2 h. 40 m., l'animal s'agite, tremble : 34°,5. — 2 h. 51 m., salivation intense : 34°,9. — 2 h. 55 m., évacuation de fèces et d'urine : 35°,2. — 3 h. : 35°,6. — 3 h. 38 m.: 39°. — 5 h. 10 m.: 38°,3.

Nous tenons à faire remarquer que, dans ce cas, l'animal a subi une chloroformisation très-longue et a absorbé beaucoup de chloroforme ; l'abaissement de température a été très-considérable, et nous devons être étonnés que l'animal n'ait pas succombé.

Dans d'autres cas où le chloroforme est administré modérément, les abaissements de température sont loin d'être aussi considérables. Voici d'autres expériences qui nous le prouvent :

EXPÉRIENCE. — *Sur un chien épagneul vigoureux.*

Vingt-cinq grammes de chloroforme environ sont administrés, de façon à entretenir le sommeil pendant une demi-heure.

(1) Suite. — Voir les numéros des 22, 27 et 29 août 1872.

(1) Voir *Archives de médecine* (année 1872).
(2) *Archives de médecine* (4e série, t. XVI. 1848).
(3) Dissertation inaugurale soutenue à Dorpat, *Archives für Heilkunde*, de Roser et Wunderlick, 1869, p. 39-172, etc.

Il y a une agitation excessive. La température initiale étant de 39°,3, s'élève(1) à 39°,8.

Au bout de trois heures, la température s'est abaissée à 38°,9.

3e EXPÉRIENCE. — *Sur un bull-terrier.*

La température initiale étant de 39°,5, on administre, à 10 h. 10 m., *dix* grammes de chloroforme. Agitation excessive; température : 39°,9. — *Dix* grammes de chloroforme.

Insensibilité de la cornée : 39°,5.— *Cinq* grammes de chloroforme. Réveil. Le chien a dormi une heure. A trois heures : 38°,7.

Voici encore quelques expériences rapportées dans notre premier mémoire :

7e EXPÉRIENCE. —

Température extérieure : 11°; température avant toute expérimentation : 39°. Au moment où l'on soumet l'animal aux inhalations de chloroforme, sa température est de 39° 1/3. Au bout de trois minutes seulement, le thermomètre descend à 39°; à 40 m. : 38° 1/2.

A 1 h. 20 m., le chloroforme manquant, on retire l'appareil; l'animal n'est pas mort.

La température à ce moment-là est de 37° 3/4.

L'abaissement total a été d'un peu plus de 1° 1/2.

Dans d'autres cas, que nous nous dispenserons de rapporter, l'abaissement de température est encore plus grand. Mais ce sont des cas où l'inhalation de chloroforme a été poussée jusqu'à la mort de l'animal.

Lorsqu'au contraire, des doses modérées de chloroforme sont données pour obtenir une anesthésie de peu de durée et qui permette de faire de courtes opérations, on n'observe un abaissement que de quelques dixièmes de degrés.

Nous avons pris un certain nombre de température avant et après l'anesthésie, chez plusieurs malades ; voici ce qu'il résulte de ces faits :

Si le malade n'a pas eu de traumatismes sérieux et s'il est soumis à une opération de peu de durée, ou si le choc est nul, l'abaissement de température est tout au plus de 4 à 5 dixièmes, 1 degré cependant quelquefois. Nous ne comprenons pas pourquoi M. Billroth (2) dit n'avoir trouvé aucune différence lorsque l'opération n'a pas été sanglante. Peut-être ce chirurgien a-t-il négligé d'observer la température quelque temps après que l'anesthésie avait cessé. Il arrive en effet souvent, dans quelques cas, que, si l'on vient à prendre la température immédiatement après la cessation de l'anesthésie, l'on ne trouve aucune modification thermique; mais si l'on prend la température une heure, deux ou trois heures même quelquefois, après l'anesthésie, un minimum thermique est observé et il dépasse souvent 1 degré.

Pour les expériences faites sur les animaux, il en est de même; nous voyons bien pendant l'inhalation une modification se produire, mais elle continue lorsque le chloroforme n'est plus inspiré, et l'abaissement se produit quatre ou cinq heures après, avec toute son intensité.

En résumé, le chloroforme seul abaisse la température, *mais il l'abaisse très-peu*, s'il est donné modérément, comme tout chirurgien doit le faire, il ne constitue pas alors un véritable danger.

(1) Dans cette observation, l'élévation de température au début de la chloroformisation se trouve démontrée. Pourquoi ce fait, que nous avons rencontré dans nos premières expériences, nous est-il contesté par M. Scheinesson ?

(2) Beobactungs. *Studien über Wundfieber-Archiv. f. Klini. chirurgie* von Langenbeck, t. II, p. 340. 1862.

Mais quelle immense différence si, au lieu d'avoir à opérer un individu dont le système nerveux n'a éprouvé aucune perturbation, vous avez à vous décider à opérer un blessé qui a déjà une blessure grave, qui a reçu un choc, un ébranlement considérable ! Ce blessé présente déjà des accidents graves, et si nous faisons circuler à la rencontre de ses éléments nerveux un agent stupéfiant dépressif, la prostration se manifestera avec une intensité redoutable, et quelques grammes de chloroforme qui, chez un homme à l'état normal, auraient à peine produit des modifications notables, vont amener chez ce malade des désordres tels, que la mort surviendra. La physiologie expérimentale nous permet de nous rendre parfaitement compte de ces résultats. Prenez un animal et refroidissez-le artificiellement, par exemple, ou bien en lui administrant un agent antipyrétique. Si, dans ces conditions, vous lui administrez quelques grammes à peine de morphine ou d'un tout autre agent, le refroidissement se fera avec une rapidité effrayante ; l'animal mourra.

Les blessés que nous avons le plus souvent à observer se trouvent dans le même cas que cet animal, et l'on comprend dès lors avec quel ménagement il nous faudra agir. L'individu stupéfié est un individu *amoindri*, amoindrissez-le encore en donnant un ordre d'arrêt au système sensitif, et les conditions nécessaires à la vie ne tarderont pas à manquer.

Quant à la morphine, que l'on vient de proposer d'unir au chloroforme, devons-nous l'employer ? On n'aurait pas dû oublier qu'à une époque qui n'est pas loin de nous, cet agent avait été repoussé dans un grand nombre de cas, et la sédation qu'il procurait avait été considérée comme très-nuisible.

Son action sur notre organisme varie et ne peut être mesurée ; chez certains malades même, des doses très-faibles peuvent occasionner des accidents d'empoisonnement, et il y a quelques jours encore, nous étions effrayés des troubles profonds que peuvent apporter *deux* centigrammes de morphine. Les belles observations cliniques de Trousseau nous ont fait voir tous les inconvénients de la morphine. Les vomissements, la perte d'appétit, l'abrutissement que l'on voit survenir chez les animaux et les malades sont des accidents qui ne sont pas sans gravité. Quant à son influence sur le pouls, voici les remarques que nous avons pu faire : au début, il est vrai, le pouls est accéléré, mais des modifications profondes ne tardent pas à se manifester. Bailly a prétendu que la morphine était sans influence sur le pouls et sur la température, et qu'elle ne peut tout au plus que les modifier légèrement. Cette assertion nous semble due à ce que cet auteur faisait absorber une trop petite quantité de morphine; dans ces cas, en effet, l'on peut, au lieu d'un abaissement, observer une légère élévation.

(*A suivre.*)

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par CHARLES MAURIAC, médecin de l'Hôpital du Midi.

PREMIÈRE PARTIE

DÉTERMINATIONS PRÉCOCES DE LA SYPHILIS SUR LE PÉRICRANE.

IX

Le nombre des tumeurs aiguës du périoste péricrânien varie beaucoup et paraît être en raison inverse de leur volume. Quel-

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15-17, 20, 22, 24, 27 et 29 août 1872.

quefois uniques, d'autres fois constituant une sorte d'éruption confluente sur toutes les régions de la tête, il est plus fréquent d'en voir une ou deux sur le front ou le pariétal. C'est, en effet, au niveau de ces deux os qu'elles sont habituellement situées; il est plus rare de les rencontrer dans la moitié postérieure du crâne.

Quels que soient leur nombre, leur situation et leurs dimensions, elles offrent à peu près constamment les mêmes caractères. Immobiles et fixées à la surface osseuse, elles sont, au contraire, libres de toute adhérence avec la couche celluleuse sous-aponévrotique, la couche musculo-aponévrotique et la peau. On les trouve d'ordinaire assez nettement limitées.

Leurs contours ne présentent un peu d'obscurité que quand elles sont larges et étalées. Leur consistance est dure et uniforme sur tous les points et pendant toute leur durée. Il est rare que le tissu cellulaire au milieu duquel elles sont plongées s'infiltre de sérosité et de lymphe plastique. A leur niveau, la peau conserve sa coloration normale et glisse facilement au-dessus d'elles. Leur saillie au-dessus des parties adjacentes est variable, mais toujours assez accusée pour ne laisser aucun doute sur leur existence, et trop brusque pour permettre de la confondre avec certaines bosselures de la boîte crânienne qui existent à l'état normal chez quelques individus.

La sensibilité, à la pression, des périostites péricrâniennes est très-vive, et les rend fort gênantes lorsqu'elles sont situées sur le front, dans les endroits où porte le bord du chapeau. Mais c'est surtout la sensibilité spontanée dont elles sont le siége et le point de départ qui mérite d'être étudiée. Quand on voit les céphalalgies aiguës au début de la syphilis, les névralgies fronto-occipitales et temporo-pariétales coïncider si fréquemment avec les périostites péricrâniennes, il est difficile de ne pas croire qu'il existe entre la lésion du péricrâne et les irradiations douloureuses un rapport de causalité. Ce qui prouverait bien qu'il en est ainsi, c'est que la pression sur ces tumeurs réveille toujours ou exaspère non-seulement la sensibilité locale, mais encore la sensibilité dont les principales branches nerveuses de la surface externe du crâne sont le siége. Il est vrai d'ajouter que si les périostites n'existent jamais sans que ces phénomènes douloureux de nature syphilitique se manifestent, il arrive souvent de voir ces derniers survenir en l'absence de toute lésion matérielle appréciable du péricrâne.

La durée des périostites péricrâniennes varie entre quatre et six semaines quand elles sont abandonnées à elles-mêmes. Un traitement approprié peut les faire disparaître plus tôt. Leur marche est donc relativement aiguë; et je ne vois, dans aucun des accidents consécutifs de la syphilis, si ce n'est peut-être dans certaines roséoles congestives, une allure aussi vive.

Quant à leur fréquence, il est difficile de la déterminer d'une manière rigoureuse, c'est-à-dire avec des chiffres. Je suis convaincu qu'on les trouverait plus souvent si on la cherchait ou si le malade avait l'attention dirigée de ce côté-là. Certes, on ne peut pas dire que c'est un des phénomènes morbides par lesquels s'exprime habituellement l'infection générale de l'organisme; mais s'il est au nombre des exceptionnels, c'est certainement un des moins rares parmi ces derniers.

Le diagnostic des périostites péricrâniennes est des plus faciles, surtout quand elles sont multiples et comme confluentes. Il ne faudrait pas les confondre avec les bosses frontales et les bosses pariétales qui, chez quelques sujets, sont saillantes et forment des bosselures presque circonscrites, quelquefois très-douloureuses dans certaines névralgies fronto-pariétales. Malgré ces traits de ressemblance, l'erreur sera facile à éviter si on se souvient que la consistance des périostites, quoique dure, n'est pas osseuse, que leur base est d'ordinaire nettement circonscrite, et que leurs saillies brusques et leurs contours arrondis leur donnent une apparence pisiforme.

Quelques ganglions lymphatiques de la région crânienne pourraient être pris pour des périostites; parmi eux, il faut signaler ceux qui sont situés derrière l'oreille, à la surface de l'apophyse mastoïde, et ceux qui avoisinent la ligne courbe supérieure de l'occipital. Ces petits ganglions, sous l'influence des premières manifestations syphilitiques, deviennent quelquefois très-durs et presque immobiles; mais leur sensibilité est beaucoup moindre que celle des tumeurs périostiques. Et puis, comme je l'ai dit, les périostites se développent plus souvent sur la partie antérieure que sur la partie postérieure de la tête.

A propos des adénopathies cervico-crâniennes, il importe de se souvenir qu'elles accompagnent presque toujours les périostites. D'après M. Diday (1) les adénopathies qui se manifestent parfois en l'absence de toute éruption du cuir chevelu, de la peau, de la face et du cou, ne dépendraient pas d'une adénie générale constitutionnelle, mais proviendraient, ainsi que les céphalées prodromiques, d'une véritable maladie du péricrâne.

X

Ces périostites péricrâniennes si précoces ont-elles une signication pronostique très-grave? Pour résoudre cette question, il faut se placer à plusieurs points de vue. Si on n'envisage que la poussée périostique en elle-même, on devra reconnaître qu'elle est bénigne; car, 1°, sa tendance est presque toujours résolutive, même quand on ne fait aucun traitement; 2° les os sous-jacents ne sont pas sérieusement compromis; 3° l'encéphale ne peut pas être atteint à travers la boîte osseuse. Mais dans les cas où la syphilis se détermine pour ainsi dire d'emblée sur le périoste externe du crâne, la dure-mère elle-même ne pourrait-elle pas être envahie tout aussi bien que le péricrâne? Tout ce que je puis dire, c'est que, dans les cas qu'il m'a été donné d'observer, je n'ai constaté que des troubles nerveux superficiels, des névralgies, des céphalées extra-crâniennes; aucun accident nerveux profond du côté de la sensibilité, du mouvement ou des organes des sens n'a révélé que la dure-mère fût malade et comprimât les centres nerveux. Il en serait ainsi qu'on n'aurait pas le droit de s'en étonner, car il n'y a aucune raison organique, aucune loi pathogénique qui empêche la détermination syphilitique de se faire sur le périoste crânien interne aussi bien que sur le péricrâne et en même temps.

Et maintenant, il faudrait considérer, non pas le danger présent, mais le danger futur, et rechercher si l'apparition des périostites, au début des accidents consécutifs, implique pour l'avenir une sévérité exceptionnelle de la maladie constitutionnelle. Mais c'est une question qui trouvera mieux sa place plus tard, quand je m'occuperai du pronostic général de la syphilis.

Les périostites épicrâniennes ne sont point, est-il nécessaire de le dire? le résultat d'un prétendu désordre apporté dans la succession inévitable des phénomènes de la syphilis par un traitement spécifique. Elles viennent et disparaissent sans ce traitement spécifique. Toutefois le mercure et surtout l'iodure de potassium atténuent cette manifestation comme toutes les

(1) Diday, *article de critique syphiliographique* (*Gazette médicale de Paris*, 1859, p. 488.)

autres. Ils sont donc indiqués. Mais il n'est pas indispensable de recourir à des doses élevées. *Cinq* ou *six* centigrammes de proto-iodure d'hydrargyre et *deux* ou *trois* grammes d'iodure de potassium suffisent, dans la plupart des cas, pour obtenir assez rapidement un effet curatif non équivoque. Quand il existe une intermittence fébrile nocturne bien accusée, je prescris *trente* ou *quarante* centigrammes de sulfate de quinine; et si les douleurs céphaliques sont excessives et privent le malade de sommeil, je combats ces accidents nerveux avec le chloral, qui m'a donné d'excellents résultats dans la plupart des algies syphilitiques (1).

(*A suivre.*)

OVARIOTOMIE. — GUÉRISON.

Par le docteur E. CAMUS, de Bertry (Nord).

Mme R...., d'Aisonville (Aisne), âgée de 28 ans, mère de deux enfants, s'est aperçue, il y a cinq ans environ, de l'augmentation de volume de son ventre. Elle consulta alors M. Noiret, de Sebonnecourt (Aisne), qui diagnostiqua un kyste de l'ovaire droit en voie de développement. En 1870, l'ascite était assez considérable pour déterminer M. Noiret à pratiquer la paracentèse.

Cette opération fut renouvelée quatre fois en 1871 et enfin le 4 avril 1872. Les ponctions se rapprochant de plus en plus, allaient épuiser la malade

En présence de symptômes aussi graves, M. Noiret, qui avait reconnu l'opération possible, jugea qu'elle devait être faite sans retard; il n'hésita pas à me proposer de la pratiquer.

Voici dans quelles conditions je trouvai la malade:

La menstruation a toujours été régulière; lorsque le péritoine est vidé du liquide ascitique qu'il contient, on peut facilement explorer la tumeur: elle s'étend transversalement dans les deux flancs: la fluctuation est obscure; le côté droit est plus volumineux et sensible à la pression; la mobilité est presque nulle. Le kyste paraît formé d'un grand nombre de loges de volume différent. Aucune adhérence n'existe avec la peau. Rien de notable du côté du col de l'utérus, sauf une mobilité moins grande de cet organe, ce qui nous fait supposer que la tumeur remplit l'excavation pelvienne, au moins en partie.

Nous diagnostiquons un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, sans adhérence avec la peau et remplissant plus ou moins complétement le petit bassin. La douleur, à droite, nous fait croire qu'une des poches de la tumeur est enflammée. L'extirpation est possible.

L'ovariotomie fut pratiquée au domicile de la malade le jeudi 11 avril 1872, avec le concours de MM. Noiret, de Seboncourt (Aisne), Denis, d'Inchy (Nord), Lantoine, de Maretz (Nord). J'incisai la ligne blanche, couche par couche, depuis l'ombilic jusqu'au pubis. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula plusieurs litres de sérosité, et la tumeur se présenta à l'ouverture pariétale, mais trop volumineuse pour s'y engager. Je vidai quelques loges: l'une d'elles contenait un liquide séro-purulent dont la présence explique la sensibilité à droite, les autres donnèrent un liquide séreux. La tumeur étant diminuée de volume, il me fut possible de procéder à l'extraction. Je ne rencontrai pas d'adhérences profondes bien résistantes. La cavité pelvienne était remplie par la tumeur. Les pédicules étaient au nombre de deux; ils comprenaient les deux ovaires. Je les liai successivement avec un fort fil ciré, à 1 centimètre environ de leur insertion, et la tumeur fut excisée.

Les deux fils des ligatures furent réunis dans l'angle inférieur de la plaie et fixés sur la cuisse. L'intestin et le cul-de-sac recto-vaginal ayant été nettoyés de la sérosité et du sang qui s'y étaient accumulés pendant l'opération, la plaie fut fermée par six points de suture entortillée, tout en conservant à son angle inférieur une ouverture dont l'occlusion serait empêchée par la présence des fils.

La chloroformisation, l'extraction, les ligatures et le pansement durèrent 55 minutes. Toutefois, la malade fut prise, dans le cours de l'opération, de vomissements chloroformiques; ce contre-temps m'arrêta pendant une quinzaine de minutes.

Le soir, l'opérée était assez bien; elle eut une bonne nuit, et les jours suivants elle souffrit peu de l'opération. Le pouls ne dépassa pas 100 à 110 pulsations. Aucune complication gastro-intestinale; le ventre restait mou.

Après six jours, le ventre se tendit, du liquide s'accumulait dans la cavité du péritoine.

Le 22, la fièvre augmentait avec la sensibilité du ventre, le pouls était très-rapide et presque imperceptible; il y avait menace de septicémie.

Le 24, M. Noiret, qui surveillait les suites de l'opération, dilate l'ouverture inférieure de la plaie; un liquide brunâtre et odorant s'en échappe en abondance (un litre et demi), et la malade est soulagée.

Le lendemain 25, tout le liquide fut extrait au moyen d'une sonde de femme et par aspiration, et le péritoine lavé par une irrigation d'eau tiède. Pour éviter une nouvelle accumulation de matières putrides dans le cul-de-sac recto-vaginal, je me décidai à établir un drainage.

Dès lors, la malade se trouve bien, un pus crémeux s'écoule en abondance (un litre par jour); l'appétit renaît; elle prend du quinquina, du bouillon, du café au lait; ses forces renaissent.

Le 27, les douleurs que cause le drain obligent M. Noiret à l'enlever; il y supplée par l'évacuation fréquente du pus au moyen d'une sonde de femme et par des irrigations.

Je dois ici rendre justice à l'intelligence et à la décision dont M. Noiret a fait preuve dans les soins qu'il a prodigués à l'opérée pendant sa convalescence. Il a largement contribué au succès de l'opération par l'habileté et l'à-propos avec lesquels il a su combattre les symptômes alarmants quand il s'en est présenté.

Depuis le 25, la convalescence a suivi une marche régulière, et environ trois semaines après, la guérison était complète.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1872 (1). — Présidence de M. GROS.

OBS. V. — *Transformation fibreuse de la pointe du cœur, caillots adhérents. — Asystolie. — Pertes de connaissance. — Cyanose. — Foie noix muscade.*

H..., 40 ans, née à Laval, est couchée n° 7, salle Saint-Bernard, Hôtel-Dieu de Paris, service de Trousseau.

Cette femme a la fièvre typhoïde à 24 ans. A 32 ans, elle est ma-

(1) Charles Mauriac, *Recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi du chloral dans le traitement des algies de nature vénérienne* (*Gazette des hôpitaux*. années 1870-71). J'ai cherché à prouver, dans ce mémoire, que le chloral a plus d'efficacité et moins d'inconvénients que les agents de la médication stupéfiante pour combattre les névropathies syphilitiques.

Voici quelques-unes de mes conclusions:

« — Les céphalalgies nocturnes, les insomnies, les douleurs névralgiques et ostéocopes, les arthralgies, en un mot tous les accidents douloureux qui se rattachent à la syphilis sont, non pas guéris mais rapidement calmés par le chloral.

— En atténuant et en faisant disparaître les algies syphilitiques, le chloral, dont on peut renouveler fréquemment l'administration sans inconvénient, seconde l'effet sédatif des spécifiques (hydrargyre et iodure de potassium) qui s'attaquent à la cause de ces algies et la détruisent. Il leur donne la promptitude d'action qui leur manque.

— Expérimenté dans ces conditions, le chloral peut être administré jusqu'à la dose de *dix* grammes, sans qu'il en résulte aucun accident toxique sérieux.

— Le chloral possède des propriétés hypnotiques supérieures à celles de tous les autres agents connus jusqu'à ce jour. »

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 27 et 31 août 1872.

lade pendant six mois. Elle a une bronchite accompagnée d'une extrême faiblesse. de pertes de connaissance continuelles, peu longues, il est vrai; aussitôt qu'elle monte, de palpitations et de gonflement du ventre. Ces accidents ont persisté. Depuis trois ans, elle tousse, et l'an dernier, elle a eu une hémoptysie.

Elle est bien réglée, peu abondamment. Elle a eu deux enfants, le dernier il y a treize ans. L'enfant est mort-né.

La gêne de la respiration, qui remonte à cinq mois, est plus grande depuis un mois. L'œdème des jambes a disparu vers cette dernière époque. L'appétit est presque nul depuis trois mois.

20 mai 1865. Elle est assise dans son lit, soutenue par quatre oreillers. Les lèvres sont violettes, la peau jaunâtre un peu foncée. Les jambes ne sont pas enflées.

Le cœur est peu développé; on ne sent aucun frémissement; on n'entend aucun souffle. Les claquements sont durs.

Le pouls est à 84, parfaitement régulier, très-petit. Je ne puis sentir les crurales.

6 juin. Cyanose. Un peu d'enflure des jambes.

Très-peu d'impulsion du cœur; pas de frémissement. Claquements gros, durs, sans souffle notable.

Pouls très-petit, à 100.

Voix faible, éteinte. Toux sèche, fréquente. Orthopnée.

16 juin. Peu de cyanose; teint plombé. Enflure des jambes. Orthopnée.

Cœur modérément gros, s'étendant plutôt en haut qu'à gauche. Impulsion médiocre. Rudesse des claquements à droite et à gauche, sans souffle ni bruit prolongé.

Pouls très petit à 100, presque régulier et égal.

Peu de dilatation des veines et des jugulaires, qui cependant restent pleines.

Râles sous-crépitants aux bases.

Foie gros. Ascite.

19 juin. Teinte jaunâtre, plombée de la face; capillaires des joues développés. Orthopnée. Plusieurs fois par jour, dit-elle, les mains deviennent toutes noires. Œdème des mains et des jambes. Ascite.

La matité du cœur est assez considérable.

On sent bien la pointe qui se détache assez vivement et fortement, malgré la petitesse du pouls. Pas de frémissement notable.

A la pointe, souffle au premier temps, non éclatant, mais net.

Au niveau du sternum, un peu de souffle, au premier temps; second claquement frottant, parcheminé.

Pouls extrêmement petit, assez régulier, à peine sensible.

Pas de battement visible des artères du cou.

Veines jugulaires peu développées, si ce n'est pendant la toux; on les voit presque difficilement; cependant il semble qu'il y ait du reflux.

Respiration rude; expiration forte.

26 juillet. Cyanose légère; anémie considérable. La malade reste assise sur son lit toute la nuit.

Les syncopes sont continuelles. Elle se plaint surtout de sa faiblesse et de ses défaillances, et ne mange pas.

Les jambes et la main droite sont œdématiées.

On voit le cœur battre, étant à distance.

Pas de frémisssement net.

Claquement un peu gros, à gauche. Un peu de souffle doux le long du bord inférieur du cœur. Rien de notable au second temps.

Pouls imperceptible, d'une fréquence médiocre. Pas de dilatation des jugulaires.

Rien de notable à la poitrine.

Foie très-gros.

9 août. Anémie considérable. La malade mange à peine depuis un mois.

L'impulsion du cœur est nette, peu considérable. On sent battre la pointe.

A gauche, pas de souffle au premier temps. Bruits durs au niveau de l'aorte.

Pouls à 96, régulier, extrêmement petit et faible. Très-peu de dilatation des jugulaires.

19 août. Figure anémiée, vert jaunâtre. Coma.

Œdème considérable des jambes.

Cœur gros.

Impulsion en masse. La pointe se détache mal.

Souffle assez doux, en jet de vapeur à la pointe, se propageant en bas du sternum.

Peu de chose à l'orifice aortique.

Pouls très-petit, très-faible, assez fréquent.

Foie très-gros.

Râles sous-crépitants avec bases.

30 août. Les jambes sont œdématiées; la figure et les mains sèches. Le péritoine ne contient pas de liquide. La malade s'éteint sans accidents cérébraux.

Autopsie, 31 août.

Le péricarde est sain.

Le cœur est gros, gonflé par les caillots qui remplissent les cavités, mais surtout les oreillettes. Le ventricule gauche est plus développé que le droit, sans s'arrondir beaucoup cependant à gauche.

La pointe a disparu.

L'oreillette droite ne présente qu'un peu de dilatation.

La tricuspide est altérée, un peu épaissie à son bord, non dentelée; les divisions des tendons ont disparu. La valvule m'a semblé cependant à peu près suffisante quand je l'ai essayée sous l'eau; mais elle marche mal. En somme, elle pouvait être insuffisante.

Le ventricule droit est un peu dilaté.

L'artère pulmonaire et ses sigmoïdes sont saines.

L'oreillette gauche est distendue et un peu blanche à l'intérieur.

La bicuspide, légèrement altérée, épaissie et rouge sur son bord, me paraît suffisante, plus suffisante que la tricuspide.

Le ventricule gauche, un peu dilaté, a des parois plutôt amincies qu'hypertrophiées, et contient, surtout vers la pointe, de caillots mous, sanieux, purulents, friables comme du tissu splénique, recouvrant des caillots de plus en plus organisés et adhérant à la masse musculaire, dont il est difficile de les détacher.

La paroi du ventricule gauche est très altérée, blanchâtre, fibreuse à la coupe; celle du ventricule droit est beaucoup moins altérée.

Rien de notable pour l'aorte et les sigmoïdes.

Au sommet de l'un des poumons, on trouve des cicatrices et quelques points ramollis, très petits du reste. Un des lobes inférieurs est splénisé et rempli de noyaux apoplectiques, tout à fait dur.

Le foie est gros, jaune, noix muscade.

Les reins sont un peu gras.

Réflexions. — L'anévrysme du cœur est au début; la paroi du ventricule gauche est très-altérée, blanchâtre, fibreuse; le ventricule contient surtout, vers la pointe, des caillots mous, sanieux, purulents, friables comme du tissu slpénique, superposés à des caillots de plus en plus organisés à mesure qu'on se rapproche de la paroi à laquelle ils finissent par adhérer. Le péricarde est intact.

Que trouvons-nous comme signes et comme antécédents?

Cette femme, âgée de 40 ans, a eu à 24 ans une fièvre typhoïde, et à 32 ans une bronchite avec faiblesse extrême qui a duré six mois. De ce moment, datent des pertes de connaissance continuelles, des palpitations, de l'ascite et de l'œdème. La toux remonte à trois ans accompagnée d'hémoptysie.

Nous trouvons tous les signes d'une maladie grave du cœur. Cette femme est assise dans son lit, soutenue par quatre oreillers; elle passe ainsi des nuits entières. La cyanose varie; plusieurs fois par jour, les mains deviennent tout à fait noires. Elle se plaint de ses défaillances et se trouve mal à chaque instant. A la mort, les jambes seules sont œdématiées; l'anémie est considérable.

Le pouls est très-petit, à peine sensible, régulier cependant, à 100 en général.

Le cœur est assez gros; l'impulsion, médiocre, se fait en masse, sans frémissement. La pointe, en général immobile, se détache un jour assez vivement et fortement d'une façon qui contraste avec la petitesse du pouls. Les jugulaires, peu dilatées, ne se vident jamais. On entend des bruits durs; puis apparaît à la pointe un souffle au premier temps, non éclatant, mais assez large et net; un peu de souffle doux, le long du bord inférieur du cœur.

Ce souffle doit-il être attribué à la présence des caillots, la bicuspide ayant été trouvée à peu près normale? ou bien à la paralysie des muscles tenseurs des valvules et à la lésion de leur point d'attache?

Les signes de la dégénérescence du cœur étaient parfaitement nets.

Obs. VI. — *Dégénérescence fibro-graisseuse du cœur, et en particulier de la pointe. — Sclérose du cœur et du foie.— Asystolie.*

P..., 65 ans, tailleur d'habits, entre à la Charité le 15 février 1858 et meurt le 21, service de M. Bouillaud.

Cet homme dit n'avoir jamais eu ni douleurs dans les jointures, ni fluxion de poitrine, ni fièvre typhoïde, ni chancre, ni blennorrhagie, et cependant il a eu de tout temps des palpitations et la respiration courte.

L'oppression a beaucoup augmenté depuis six à sept mois; l'œdème des jambes date de cette époque. Il y a quatre ou cinq mois, il a eu dans la même soirée trois syncopes, non suivies de paralysie.

La pâleur est extrême, les lèvres sont cyanosées. L'œdème est général; on note de l'ascite.

Les jugulaires sont développées.

Le cœur est gros, on en sent mal les battements. Au niveau du sternum, on perçoit des frottements; à gauche, on note de la dureté, des claquements. Souffle aigu, dans la crurale, simple, difficile à produire, bien que l'artère se meuve avec force.

Râles sous-crépitants, crépitants et ronflants.

18. Claquements assez nets; pouls très-irrégulier.

Matité en arrière à droite; râles ronflants et sibilants.

L'urine ne contient que peu d'albumine, malgré l'application de deux vésicatoires.

Les accidents augmentent; l'intelligence reste intacte.

Autopsie. — Blancheur presque générale des séreuses, avec des plaques plus opaques.

Le cœur est très-gros.

Taches laiteuses sur le péricarde.

Une couche épaisse de graisse couvre le cœur. Au niveau du ventricule droit, le tissu musculaire semble avoir disparu, par places du moins.

Les cavités droites sont distendues par de gros caillots noirs.

La tricuspide est épaisse, blanche et graisseuse.

L'oreillette gauche est blanche et opaque à l'intérieur.

La bicuspide est très-peu altérée, un peu épaissie, mamelonnée, graisseuse; on note des plaques sur la grande lame.

La paroi du ventricule gauche est très-épaisse, jaune, un peu verdâtre.

La pointe présente la dégénérescence fibreuse; l'altération est analogue à celle que nous trouvons dans le foie.

Les colonnes charnues sont dégénérées.

Les sigmoïdes aortiques sont à peu près saines; une d'elles tend à la rétraction.

L'aorte présente des plaques athéromateuses; le sinus aortique est dilaté. Je note une sorte d'hypertrophie fibreuse de l'aorte.

Les plèvres contiennent un peu de liquide citrin et sont semées de plaques blanches.

Les poumons, de couleur livide, offrent les lésions de la bronchopneumonie.

Dans la paroi abdominale, on trouve des suffusions sanguines.

Le foie est petit, un peu granulé, d'apparence fibreuse, sclérotique.

La rate est atrophiée, ridée, blanche, friable.

Les reins, de grosseur normale, sont congestionnés et présentent à la surface l'apparence d'un galet.

Je note, en résumé, une dégénérescence fibreuse générale.

Comme dans le cas précédent, nous trouvons des syncopes.

Nous appelons l'attention sur la similitude qui existe entre la lésion du cœur et celle du foie, tous deux sclérosés, et sur le danger qu'il y aurait, sous le rapport du diagnostic, à supposer une lésion de la mitrale, en se basant sur la petitesse et l'irrégularité du pouls, qui peuvent dépendre de la dégénérescence du muscle.

Notons que, dans ce cas, nous n'avons pas trouvé de souffle.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance,

Par le docteur William Mac Cormac, avec remarques du docteur Stromeyer, traduit par le docteur Morache (1).

Le volume dont M. Morache vient de donner une traduction est plus qu'une actualité scientifique, c'est un tableau succinct de la pratique chirurgicale anglaise et allemande. La première partie est due à M. Mac Cormac, qui se dévoua à soigner nos blessés pendant la guerre de 1870, et qui a publié, sous le titre modeste de *Souvenirs*, une relation intéressante de ses travaux comme chirurgien de l'ambulance anglo-américaine. La seconde consiste en *Notes et Remarques du chirurgien général L. Stromeyer* (de Hanovre), dans lesquelles il résume l'expérience acquise à la suite des armées, pendant les quatre campagnes qui, en quelques années, ont changé la face de l'Europe. Une concordance remarquable de vues nous permettra de consacrer spécialement cette analyse à la publication du chirurgien anglais.

Comme introduction à son récit, M. Mac Cormac raconte gaiement les tribulations que lui ont valu, dès l'abord, l'offre désintéressée de ses services. On avait oublié, en France, que le dévouement est de tous les pays, et on prévoyait peu l'avenir avant le désarroi qui a accompagné les premières batailles. Mais imitons la discrétion du chirurgien anglais, et arrivons à notre sujet. Pour tout lecteur familiarisé avec les écrits des médecins militaires français, les principes généraux suivis par les deux chirurgiens anglais et allemand paraîtront assez conformes à nos traditions chirurgicales. Il était utile cependant de les examiner, et on tirera toujours de précieux enseignements des démonstrations expérimentales, en quelque sorte, que fournit la chirurgie d'armée.

« Rien n'est plus décourageant que la pratique de la chirurgie de guerre. » Telle est la conclusion à laquelle sont arrivés MM. Stromeyer et Mac Cormac, et de ce qu'ils ont vu, ils tirent la même conséquence que les Percy et les Larrey, la nécessité d'une intervention active. Les statistiques du docteur Chenu, après les guerres de Crimée et d'Italie, nous avaient déjà montré la gravité des opérations tentées en campagne. Les tables de mortalité que l'on trouve dans le travail que nous analysons ne font que confirmer ces premières données. Après les amputations et les désarticulations, les insuccès ont été : à Asfeld, 64 pour 100; à Balan et Bazeilles, 56 pour 100; à Floing, 51 pour 100; à Langensalza et Kirchleilingen, en 1866, 50 pour 100. Des conditions différentes expliquent ces différents résultats; mais ce qui ressort des détails consignés dans ces tableaux, c'est la supériorité des amputations immédiates.

La comparaison des opérations primitives et secondaires pratiquées à Asfeld met en relief cette vérité. Les amputations primitives n'ont donné qu'une mortalité de 26 pour 100, tandis que les opérations secondaires ont entraîné une mortalité de 76 pour 100. Ces chiffres se répartissent de la manière suivante :

---

(1) 1 vol. in-8° avec 8 héliotypies et figures dans le texte. — J. Baillière.

Mortalité au membre supérieur :

Opérations primitives...........	22.50 pour 100	
— secondaires...........	60.00	—

Mortalité au membre inférieur :

Opérations primitives...........	30.00 pour 100	
— secondaires...........	86.66	—

L'excessive différence indiquée ici entre les opérations immédiates ou retardées est un peu atténuée par la statistique du docteur Franck, second chirurgien de l'ambulance anglo-américaine installée à Balan. Celui-ci a sauvé trois blessés sur quatre, amputés secondairement ; mais il y a lieu de tenir compte des conditions hygiéniques excellentes dans lesquelles furent placés ces malades, complétement isolés dans des baraques au milieu d'un jardin.

Ce rapprochement entre deux séries d'opérations pratiquées pendant les périodes de suppuration et de fièvre, offre un vif intérêt, car ce ne serait pas l'état général des blessés qui rendrait les amputations secondaires si graves, ce serait le milieu dans lequel ils sont placés habituellement. Si cette remarque se vérifiait, elle indiquerait la direction à imprimer au traitement lorsqu'on est contraint d'amputer malgré les accidents inflammatoires.

La question de l'hygiène des blessés est une de celles qui ont le plus préoccupé M. Mac Cormac. Dans chacun des locaux dont il a disposé, le chirurgien anglais a réduit de moitié le nombre des malades qu'on devait y admettre dans l'opinion de MM. les intendants. Il n'a eu qu'à se louer de cette manière d'agir ; mais il pense qu'il est resté encore au-dessous du nécessaire, et qu'on ne saurait donner trop d'air et trop d'espace aux blessés par coup de feu. A deux reprises différentes, ses locaux furent envahis par des évacués ; une première fois il put parer aux dangers de l'encombrement en installant ses grands blessés sous des tentes ; mais, la seconde fois, les ressources lui manquèrent, et immédiatement la dysentérie, la pyohémie et les hémorrhagies secondaires firent cortége aux nouveaux venus. Douze opérés succombèrent en quelques heures, vingt en trois jours. La mort se chargeait d'éclaircir les rangs trop pressés de ses malades.

La relation qui s'observe entre les hémorrhagies consécutives et l'encombrement mérite d'être rappelée. Les hémorrhagies consécutives sont fort communes après les coups de feu. Suivant M. Mac Cormac, elles indiquent que les liquides de l'économie sont sous l'impression de quelque poison pyohémique ou autres. On les voit devenir plus fréquentes par l'insuffisance des conditions hygiéniques, viciation du milieu ambiant, nourriture défectueuse, etc. Les ligatures directes et indirectes n'amènent qu'un arrêt momentané, et le sang reparaît à la chute de la ligature. « En cherchant à combattre ou prévenir ces causes d'épuisement, on fera plus pour éviter les hémorrhagies secondaires dans les plaies de guerre qu'en posant une ligature sur le vaisseau lésé. »

En regard de cette étiologie, il convient de placer les thromboses signalées par le docteur Stromeyer comme cause d'hémorrhagie dite *phlébostatique*. Les thromboses veineuses précèdent fréquemment les hémorrhagies artérielles ou capillaires incoercibles, et, après leur constatation, on sera porté à suivre le sage conseil formulé par le chirurgien anglais.

L'auteur expose les cas de blessure de la tête, du cou, de la poitrine, du bassin, qu'il a été à même d'observer. Nous ne pouvons que renvoyer à cette lecture. Le trépan, les plaies de poitrine sont l'objet de sages réflexions. Les discussions que soulèvent les résections, les fractures des membres et des articulations, les pansements, sont également passées en revue. Nous sortirions des bornes d'un compte rendu si nous nous étendions sur chacun de ces points.

Le livre de M. Mac Cormac est court, mais substantiel. Les chirurgiens y trouveront de curieuses observations brièvement résumées, et des préceptes toujours justifiés par les faits. M. le docteur Morache, qui s'est vu astreint au rôle ingrat de traducteur, a rendu un véritable service à la chirurgie d'armée, en même temps qu'il a payé un tribut d'hommage au peuple anglais pour les secours multipliés qu'il a envoyés à nos malades et à nos blessés.

Dr MATHIEU,
Professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

258. Baux. Quelques considérations sur les trajets fistuleux consécutifs aux plaies par projectiles de guerre.
259. Maire. De l'érythème noueux.
260. Laffitte. Essai sur les aphonies nerveuses et réflexes.
261. Barbeyron. Quelques considérations sur l'iritis syphilitique.
262. Sanrey. De la dyspepsie essentielle considérée dans ses symptômes. sa marche et sa nature.
263. Fortin. Étude sur le sulfate de quinine.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. Farabeuf est nommé 3e prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

MM. Richelot et Humbert sont nommés aides d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris.

École de médecine de Tours. — M. Millet, docteur en médecine, suppléant pour les chaires d'accouchements à l'École de médecine de Tours, est nommé professeur d'hygiène et de thérapeutique (chaire nouvelle) près ladite école.

M. Bodin, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Millet.

— Dans l'Illinois, une loi vient d'être votée et mise en vigueur, pour permettre aux femmes d'exercer la médecine.

— Les médecins militaires, qui viennent de former une association, se réuniront tous les vendredis, rue de Bellechasse, 37, à 8 heures du soir, à partir du 6 septembre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

La chirurgie militaire et les Sociétés de secours en France et à l'étranger, par LÉON LE FORT, professeur agrégé à la Faculé de médecine de Paris. — 1 vol. in-8° de 400 pages. Prix : 10 fr. — Paris, Germer-Baillière.

La pleurésie purulente et son traitement, par le docteur MOUTARD-MARTIN, médecin de l'hôpital Beaujon. — 1 vol. in-8° : 4 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Guide pratique à l'usage des médecins pour l'analyse des urines et des calculs urinaires, par le docteur HENRY MARAIS. Paris, 1873, 1 vol. gr. in-8° de 167 pages, avec figures dans le texte, 1 tableau de courbes et 1 planche lithographiée. Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2 050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.010	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7 0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.23[illegible]
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

CONTREXÉVILLE

(Source du Pavillon)

CONTRE LA GOUTTE, LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

ÉTABLISSEMENT OUVERT

DU 15 MAI AU 15 SEPTEMBRE

Dépôt central :

23, rue de la Michodière, Maison TRINQUESSE (Paris), où l'on trouve toutes les eaux minérales et spécialement celles étrangères.

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPÔT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Felhing (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN** chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmes.

MÉDAILLE D'OR ET PRIX DE 16.600 FRANCS

QUINA LAROCHE élixir tonique

RECONSTITUANT et FÉBRIFUGE

Extrait complet des 3 écorces de quinquina (rouge, jaune et gris).

Paris, r. Drouot 22, et dans les pharmacies.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de Henri Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop Henri Mure contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henri Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES

MALADIES DE LA PEAU

SULFUREUX POUILLET

(POUDRE SULFUREUSE)

Seul produit approuvé par l'Académie de médecine ; *admis dans les hôpitaux civils, autorisé pour le service des hôpitaux militaires*, pour la préparation instantanée des *eaux minérales sulfureuses* et des *bains sulfureux dits de Baréges.*

L'eau sulfureuse obtenue avec la **poudre Pouillet** se confond entièrement par ses propriétés physiques et thérapeutiques avec les eaux naturelles prises à la source. Préparée au moment de la prendre, elle est toujours identique et active au même degré.

Les **bains sulfureux Pouillet** jouissent de propriétés très-actives, ont une *composition déterminée* et un *degré de sulfuration constant*. Cette poudre est sans odeur avant son contact avec l'eau et peut être maniée sans inconvénient.

Expédition par la poste. — **Prix** 1 boîte de Poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse 2 fr. 50.— Le flac. de poudre pour 1 bain : 1 fr.; 6 flac. : 5 fr.—Pharm. CASTAN, 86, rue du Bac, Paris.

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA

AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien, 2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

Aménorrhée, Dysménorrhée.— L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'Apiol des docteurs Joret et Homolle comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Époques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'Apiol est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharmacie Briant, 150, rue de Rivoli.

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL

A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN** Pharmacien Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement **des affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes, des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'Eucalyptol (*Essence pure d'Eucalyptus*). — Pilules. — Alcoolature. — Cigares. — Cigarettes. — Sirop. — Vin. — Baume. — Liqueur digestive, etc.

Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

N° 103. — JEUDI 5 SEPTEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 5 SEPTEMBRE 1872. — N° 103.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. Conférences sur l'association de la morphine et et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (M. Demarquay). — De l'injection intra-veineuse (M. Oré, de Bordeaux). — Recherche de la lithine dans les eaux minérales (M. Frédéric Wurtz). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Que dire de la lecture faite par M. Verneuil sur trois cas d'ictère survenus chez des opérés?

Évidemment que c'est un acte de dévouement envers l'Académie. Les communications manquaient, M. Barth s'en était plaint, et M. Verneuil s'est fait inscrire.

Il s'est fait inscrire, quoiqu'il n'eût pas de question nouvelle à traiter, mais comptant, pour intéresser, sur sa méthode d'exposition et ses qualités remarquables tant d'élocution que de style.

Il a pu remplir agréablement une séance académique, bien que le sujet prêtât fort peu.

Il s'était trouvé que M. Verneuil n'avait jamais vu que deux fois des opérés être pris de jaunisse dans des conditions qui s'accompagnent très-fréquemment de ce symptôme chez ceux qui n'ont subi aucune opération.

Un vieil ivrogne atteint depuis longtemps d'une cirrhose alcoolique du foie, qui était arrivée à sa dernière période et dont il devait bientôt mourir, fut repris d'ictère dans le service de M. Verneuil, après avoir été uréthrotomisé.

Un autre malade, un jeune homme, quelques semaines après avoir subi une amputation pour laquelle il était encore en chirurgie, n'échappa pas à l'influence de cette forme d'ictère bénin, qui devient souvent épidémique.

Voilà tout le prétexte de la lecture de M. Verneuil sur les ictères chirurgicaux.

Pour grossir le nombre des observations de cette thèse improvisée, M. Verneuil a fait mention d'une autre malade, chez laquelle la jaunisse était due à des calculs biliaires et à une ancienne affection du foie.

Ainsi, nul rapport entre ces trois faits, si ce n'est que le symptôme ictère, survenu chez des opérés à des dates très-différentes à partir de l'opération, n'a, dans aucun cas, influé en rien sur les suites de celle-ci, dont il reste parfaitement indépendant. Aucune complication locale ne s'est produite.

Il eût été très-étonnant que l'opération pût assurer une complète immunité contre la jaunisse dans des affections telles que la cirrhose ou les calculs biliaires.

Quant à cet ictère catarrhal, survenu chez un amputé plusieurs semaines après l'opération, il se rattache à une autre question que nous examinerons plus tard : celle de l'ictère épidémique.

Il n'y a pas lieu d'insister. Il ne s'agit pas, en effet, d'élargir le cadre nosographique des maladies chirurgicales pour y introduire définitivement une espèce nouvelle.

Un travail que l'auteur lui-même ne destine pas à durer n'a pas besoin d'être soumis à une critique minutieuse.

Oublions le sujet, et restons sous le charme de cette parole élégante.

Dr VICTOR REVILLOUT.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. DEMARQUAY.

Conférences sur l'association de la morphine et du chloroforme, et sur un nouveau mode d'administration de cet agent (1).

(Leçons recueillies par M. REDARD.)

L'état de la température dans le sommeil obtenu par la morphine présente des particularités intéressantes, et les expériences auxquelles nous nous sommes livrés sur un certain nombre d'animaux tendraient à nous démontrer que les abaissements de température sont très-considérables, et par conséquent nuisibles.

Voici le résumé de quelques-unes de ces expériences :

Lapin blanc, femelle, âgé de trois mois.

11 heures du matin, température initiale : 39°,3.

On injecte 1/4 de grain de morphine. — 11 h. 1/2 : 39°,1. — Les pupilles se rétrécissent. — 11 h. 50 m. : 38°,9. — 12 h. 5 m. : 38°,5. — 12 h. 20 m. : 38°,2.— 2 h. 35 m. : 37°,8.— 3 h. : 37°,2. — 6 heures du soir : 39°,5.

2e EXPÉRIENCE. — *Le 3 août 1872, sur un chien de taille moyenne.*

Température initiale : 39°,4.

Injection de *trois* centigrammes de morphine : diarrhée, vomissements. — A 9 heures : 39°. — A 10 heures : 38°,4. — A midi : 38°,3.

3e EXPÉRIENCE. — *Sur un bull-terrier puissant.*

A 8 heures du matin, injection de *trois* centigrammes de morphine.

(1) Fin. — Voir les numéros des 22, 27, 29 août et 3 septembre 1872.

La température initiale étant : 39°,6. — A 8 h. 1/2 : 38°,5. — A 9 heures : 37°,3. — A 9 h. 1/2 : 36°,8. — A 10 heures : 36°,5. — A 12 heures : 36°,5.

4e EXPÉRIENCE. — *Sur un épagneul.*

Température initiale à 8 heures : 39°,8. — Injection de *quatre* centigrammes de morphine; vingt minutes après : 39°,2. — A 10 heures : 38°,3. — A midi : 37°,8. — A 3 heures : 38°.

Dans ces quelques expériences, on le voit, bien que la quantité de morphine soit très-faible, et que, d'un autre côté, il faille injecter à un chien beaucoup de cet alcaloïde pour produire une intoxication mortelle, l'abaissement de la température a été très-considérable ; de telle sorte que nous pourrions dire que chez l'homme, où nous avons observé des faits semblables, si la morphine doit être rangée au premier rang au point de vue des actions toxiques, elle doit aussi l'occuper au point de vue des abaissements de température.

Cela constitue-t-il un danger au point de vue de l'union de la morphine au chloroforme que l'on vient de proposer ? Cette union, que l'illustre physiologiste Claude Bernard pratique *chez les animaux*, est, en effet, un moyen héroïque pour les maintenir dans un état d'insensibilité complète pendant fort longtemps.

Mais de là à vouloir transporter ce moyen chez l'homme, il y a loin, et cette pratique, appliquée journellement, serait suivie d'accidents fréquents; appliquée à la chirurgie d'armée, elle serait certainement désastreuse.

Et, d'abord, il faut distinguer : y a-t-il un avantage à employer cette méthode pour pratiquer des opérations de peu de durée ; pour pratiquer, au contraire, des opérations très-longues et qui exigent que le malade soit insensible pendant une heure, deux heures?

Si, comme l'a prétendu M. Guibert, l'on peut obtenir une insensibilité complète avec conservation des sens et de l'intelligence, au moyen de très petites doses de morphine, avec inhalation de chloroforme (ce que l'on voit aussi avec le chloroforme, comme l'a dit M. Sédillot), il y aurait lieu d'employer ce moyen dans quelques cas. Mais il nous semble fort difficile d'arriver à cet état particulier et d'obtenir un phénomène qui nous semble être une exception. Il doit falloir une grande expérience et une grande habitude, et je doute que l'administration du chloroforme et de la morphine associés pour produire un tel état soit à la portée de tous.

D'un autre côté, quel est l'avantage, pour pratiquer une opération très-courte, de donner à un malade un sommeil de toute une journée, avec des symptômes les plus fatigants, vomissements, sueurs, perte d'appétit, etc. ?

Le chirurgien sera-t-il rassuré en voyant un malade plongé dans un sommeil complet, avec ralentissement du pouls, de la respiration et un abaissement de température considérable? Pourra-t il s'éloigner avant que le malade soit complétement revenu à lui, ce qui peut durer une, quelquefois deux heures?

Si, pour les courtes opérations, nous pensons que cette méthode est inutile, pour de longues opérations elle est non-seulement inutile, mais encore nuisible. Évidemment, il serait avantageux de pouvoir prolonger le sommeil; mais à quel prix l'obtiendrons-nous?

On a bien dit que, dans ces circonstances, l'on donnait peu de chloroforme ; mais qu'importe, si les accidents, malgré cela, sont graves? Supposons, en effet, que nous ayons à donner à un malade ou à un animal un sommeil d'une heure, et demandons-nous s'il y aura avantage à employer le chloroforme seul, ou la morphine et le chloroforme combinés. Si nous consultons nos expériences, nous verrons que la morphine et le chloroforme combinés donnent lieu à des abaissements de température plus grands que lorsque l'on emploie le chloroforme seul, et par conséquent en grande quantité.

Voici les expériences que nous avons faites :

Si nous nous servons, d'un côté, chez un chien, du chloroforme seul; de l'autre, de la morphine et du chloroforme combinés, de façon à donner à ces deux animaux un sommeil d'une heure : dans le cas où le chloroforme seul a été administré, la température s'est abaissée seulement de 1° 1/2 ;

(*Cinquante* grammes de chloroforme ont été administrés).

Avec la morphine et le chloroforme, l'abaissement a été de 2° 1/6;

(*Vingt* grammes de chloroforme; *trois* centigrammes de morphine.)

Ces expériences qui, poursuivies, donneraient lieu à de nombreuses considérations au point de vue de la physiologie des poisons, nous démontrent, ce que l'on a contesté, mais à tort, que deux poisons introduits dans l'organisme s'ajoutent. L'action même de l'un est aggravée par celle de l'autre. Cette union, que nous constatons dans nos expériences, est une chose très-nuisible ; aussi nous conclurons en disant :

L'union de la morphine et du chloroforme peut, dans quelques cas *rares*, rendre des services. Mais le plus souvent, pour des opérations chirurgicales sérieuses, elle constitue un danger, dû surtout aux abaissements de température. Dans les traumatismes graves, dans les traumatismes par armes à feu, cette union doit être complétement rejetée.

DE L'INJECTION INTRA-VEINEUSE

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU CHLORAL INJECTÉ DANS LES VEINES. — DES EFFETS DE CETTE INJECTION CONTRE LES ACCIDENTS TÉTANIQUES. — DÉDUCTIONS CLINIQUES.

Par M. ORÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André.

(Lu à la Société de chirurgie, séance du 28 mai 1872.)

Avant d'entrer dans le récit des expériences que renferme cette note, je crois utile d'indiquer : 1° le but que je poursuis, 2° le procédé que j'ai constamment mis en usage pour l'atteindre.

Objet de ces recherches. — Mon but est de démontrer que l'*introduction directe des substances dans les veines* rend leur action infiniment plus rapide et plus efficace, sans exercer aucune influence fâcheuse sur les animaux.

Quant au procédé opératoire, il consiste à mettre à nu la veine crurale, et, après l'avoir isolée dans une étendue de 2 à 3 centimètres, à y injecter la substance, à l'état de dissolution, dont j'ai voulu déterminer les propriétés physiologiques. L'instrument dont je me suis servi est la seringue de Dieulafoy. J'ai toujours expérimenté sur des chiens de haute taille.

Je diviserai en quatre groupes les nombreuses expériences que j'ai faites :

1er groupe. — Injection dans la veine crurale d'une solution titrée d'hydrate de chloral.

2e groupe. — Injection dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne, d'une solution semblable d'hydrate de chloral. Comparaison entre les résultats des expériences mentionnées dans ces deux groupes.

3e groupe. — Injections sous-cutanées de strychnine; injections dans les veines d'une solution de chloral faites à quelques minutes de la première.

4e groupe. — Injection simultanée dans les veines de strychnine et de chloral.

PREMIER GROUPE. — *Injection dans la veine crurale droite d'une solution d'un gramme de chloral dissous dans vingt grammes d'eau.*

Première expérience.— La veine crurale droite d'un jeune chien de taille moyenne ayant été mise à nu et isolée, j'injectai en une seule fois une solution d'*un* gramme de chloral dans *vingt* grammes d'eau. L'injection avait été faite à deux heures quarante-trois minutes. Aussitôt, les battements du cœur devinrent plus précipités, avec des intermittences notables (108 battements par minute). Détaché de la planche à expériences et mis à terre, l'animal ne put se maintenir sur le train postérieur, qui était frappé d'immobilité. Le train antérieur, quoique offrant encore ces mouvements, était notablement affaibli. A deux heures quarante-huit minutes, c'est-à-dire cinq minutes après le début de l'injection, l'animal tombe dans un sommeil profond, qui s'accompagne d'une paralysie générale de la motilité et de la sensibilité; les mouvements réflexes eux-mêmes sont entièrement abolis; en le saisissant par la peau du dos, on peut le soulever sans qu'il donne aucun signe de vie.

3 heures 6 minutes. — Une piqûre, pratiquée avec la pointe d'un scalpel sur les diverses parties du corps, détermine quelques mouvements réflexes. La sensibilité semble donc un peu revenue; le chien essaye de se relever en s'appuyant sur le train antérieur, le postérieur étant frappé d'immobilité; ses efforts sont superflus, il s'affaisse et retombe dans le sommeil.

3 heures et 1/2. — L'animal se réveille, il cherche encore à se relever en s'appuyant sur les pattes de devant, il ne peut y parvenir; il titube et tombe; le sommeil apparaît de nouveau.

3 heures 50 minutes. — Le chien, étendu sous la table à vivisection, est plongé dans une somnolence profonde.

Le lendemain, la somnolence a cessé, le chien a repris en grande partie toute sa liberté de mouvements; le train postérieur conserve un affaiblissement manifeste; trois jours après, il a pu servir à une nouvelle expérience dont je parlerai plus tard.

Deuxième expérience. — Injection de un *gramme* cinquante *centigrammes de chloral dans la veine crurale d'un chien de moyenne taille.*— Immédiatement après l'injection, faite à 3 heures, l'animal est pris d'efforts de vomissements, qui cessent presque aussitôt; puis il tombe dans le coma. Les mouvements du cœur deviennent alors précipités et petits (152). Paralysie générale du mouvement et de la sensibilité; toutes les actions réflexes ont disparu. L'animal paraît mort. Tous ces phénomènes n'ont pas mis deux minutes à se produire.

3 heures 30 minutes. — Le pincement des pattes de derrière détermine une douleur vague, que l'animal traduit par de faibles cris et en retirant sa patte. Le sommeil continue, il est profond; s'il cesse momentanément sous l'influence d'irritations répétées, il revient aussitôt, car l'animal retombe dans le coma d'où on l'a sorti. La respiration est calme, le pouls est régulier, avec quelques intermittences.

3 heures 41 minutes. — En plaçant un flacon d'ammoniaque sous les narines du chien, on détermine des mouvements rapides de la tête; on le maintient éveillé pendant trois minutes, puis le sommeil se montre de nouveau.

3 heures 52 minutes. — Un choc violent le réveille en sursaut; il essaye de se relever, mais l'immobilité du train postérieur l'en empêche. Le sommeil survient.

4 heures 10 minutes. — L'animal essaye de marcher, il fait quelques pas dans le laboratoire; il titube comme dans l'ivresse; il va se placer sous une chaise, où il s'accroupit. Bientôt la tendance au sommeil est si irrésistible, qu'il y retombe presque aussitôt.

Revu le soir à 10 heures, il est dans les mêmes conditions; il dort à la même place.

Le lendemain, nous observons les mêmes phénomènes. Ce n'est que vers la fin du troisième jour que l'animal commença à sortir de l'espèce d'abrutissement dans lequel il avait été jusque-là.

Troisième expérience. — Injection de deux *grammes de chloral chez un chien loup d'assez haute taille.*

Ce chien a présenté absolument les mêmes phénomènes que les deux précédents, avec cette particularité sur laquelle j'insiste, tant elle me paraît importante: c'est que le sommeil, la paralysie générale du mouvement et de la sensibilité, l'abolition des mouvements réflexes, *ont été instantanés.* Tous ces troubles physiologiques sont apparus, en effet, dès la fin de l'injection et se sont maintenus pendant quatre jours.

Je ne multiplierai pas le récit de ces expériences, qui ont toutes été suivies des mêmes résultats. Je me contente de faire remarquer:

1° Que l'injection directe d'une solution concentrée de chloral dans les veines est absolument inoffensive, et n'a déterminé aucun trouble anatomique, aucune lésion dans les parois des vaisseaux;

2° Que, sous l'influence de l'injection directe dans les veines, l'abolition complète, absolue, de la sensibilité et des mouvements volontaires et réflexes, le sommeil, se sont manifestés: 1° après cinq minutes, avec une solution de *un* gramme de chloral dans *vingt* grammes d'eau; 2° en moins de deux minutes, avec *un* gramme *cinquante* centigrammes; 3° enfin, instantanément, avec *deux* grammes de la même solution;

3° Que, dans le premier cas, ces phénomènes ont duré jusqu'au lendemain, tandis que dans les deux autres, ils n'ont cessé qu'après trois et quatre jours.

Il devenait intéressant et utile pour la thèse que je soutiens de comparer les effets de l'injection directe dans les veines avec les phénomènes de l'absorption du chloral par la voie digestive. C'est ce que j'ai recherché dans les expériences suivantes:

DEUXIÈME GROUPE D'EXPÉRIENCES. — *Injection dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne, d'une solution plus ou moins concentrée de chloral.*

Première expérience. — Après avoir fait l'expérience précédente, dans laquelle *deux* grammes de chloral avaient été introduits dans la veine crurale, j'injectai la même dose dans l'estomac d'un chien épagneul, à l'aide de la sonde œsophagienne. Il ne parut pas s'en apercevoir.

Ce ne fut que vingt minutes après que la marche commença à devenir incertaine et affaiblie, dans le train postérieur surtout. Néanmoins, quoique gênée, elle s'effectuait encore assez facilement. Sans doute, le chien s'affaissait quelquefois, mais il se relevait aussitôt. Bientôt elle devint de plus en plus chancelante, titubante, comme pendant l'ivresse, sous l'influence de laquelle il paraissait être déjà.

Après une demi-heure, il se coucha sur le ventre, et je pus alors constater la manifestation progressive, mais lente, de tous les phénomènes décrits déjà: sommeil, paralysie générale du mouvement, de la sensibilité, etc., etc.

L'expérience avait été commencée à 2 heures 32 minutes. A 5 heures tout s'était dissipé. Le chien avait repris ses allures et sa gaieté. Rien n'aurait pu faire supposer qu'il eût été le sujet d'une expérience.

Deuxième expérience. — Dans cette seconde expérience, faite à 5 heures 40 minutes, j'injectai dans l'estomac, en une seule fois, *quatre* grammes *cinquante* centigrammes de chloral. L'apparition des premiers symptômes se fit après dix minutes, par conséquent plus vite que dans le cas précédent. Ils s'accentuèrent rapidement, et après vingt minutes, nous avions sous les yeux un tableau semblable à celui des expériences déjà citées. Tous ces symptômes se maintinrent jusqu'à 10 heures du soir; ils se dissipèrent complétement alors; leur durée totale avait été de quatre heures et demie.

Je ne cite que ces deux expériences, pour éviter des répétitions inutiles et fastidieuses.

Si l'on compare maintenant les résultats obtenus dans les deux modes d'introduction du chloral dans l'organisme, on arrive aux conséquences suivantes:

Solution de chloral: *deux* grammes, injectée dans les veines. 1° L'apparition des phénomènes a lieu après cinq minutes, — deux minutes, — instantanément; 2° leur durée a été de dix-huit heures, — trois jours, — quatre jours.

Solution de chloral : *deux* grammes, injectée dans l'estomac. 1° L'apparition des phénomènes a eu lieu après vingt et dix minutes; 2° leur durée a été de deux heures et de quatre heures et demie.

Une différence si tranchée ne prouve-t-elle pas que si, dans le premier cas, le chloral a eu une action en quelque sorte *dynamisée*, c'est parce qu'il a été introduit en *nature* dans l'appareil circulatoire, sans avoir subi les modifications que l'acte digestif est susceptible de lui faire éprouver.

Cette action si rapide, si instantanée du chloral injecté dans les veines, le sommeil, l'anéantissement immédiat de tous les mouvements, de la sensibilité, dont il est impossible de se faire une juste idée si l'on n'a pas expérimenté soi-même, ne pouvaient rester sans application pratique. Je savais que cette substance, préconisée contre le tétanos, avait donné, administrée par la voie stomacale, quelques bons résultats; je l'avais moi-même employée, le plus souvent sans avantage, une fois seulement, dans un cas léger, avec succès, conjointement avec la morphine. Je connaissais enfin les observations de notre collègue et ami le professeur Verneuil; je devais, dès lors, rechercher quelles sont les substances qui, introduites dans l'organisme, déterminent des états convulsifs plus ou moins semblables au tétanos, et essayer de combattre leurs effets par les injections de chloral dans les veines. Parmi ces substances, désignées sous le nom d'*alcaloïdes*, il en est une, la strychnine, qui occasionne de véritables crises tétaniques, toujours rapidement mortelles, lorsque la dose absorbée est suffisante.

Or le chloral devait-il modifier ce tétanos strychnique, l'arrêter ou, enfin, neutraliser son action si rapidement fatale?

La solution de tous ces problèmes se trouvera, en partie, dans les expériences des 3e et 4e groupes.

(*A suivre.*)

RECHERCHE DE LA LITHINE DANS LES EAUX MINÉRALES

Par M. Frédéric Wurtz,
Chef du laboratoire d'analyses de la Pharmacie centrale de France.

Eau de Vals, source de la Magdeleine.

Dans la méthode généralement suivie pour rechercher et doser la lithine dans les eaux minérales, il est très-difficile d'arriver à une séparation rigoureuse de la lithine avec la chaux. M. le professeur Jacquemin nous a fait observer dans le temps cette lacune dans l'analyse chimique. Nous avons eu récemment l'occasion de la constater à notre tour en faisant l'analyse d'une eau minérale (eau de Vals, source de la Magdeleine).

Ces insuccès nous ont suggéré l'idée de donner à cette recherche toute l'exactitude possible. Nous évaporons environ 15 litres d'eau au dixième de leur volume, et nous filtrons pour enlever les matières terreuses (carbonate, sulfate de chaux, etc.) qui se sont déposées.

A la liqueur filtrée, nous ajoutons un léger excès de carbonate de soude chimiquement pur, qui précipite le reste des matières terreuses.

Évaporant alors à siccité pour donner l'insolubilité complète au carbonate calcaire qui existe encore dans l'eau, nous reprenons par l'eau bouillante et nous filtrons bouillant dans une capsule placée au bain-marie. Le carbonate de lithine est soluble dans ces conditions.

Au liquide filtré et chaud nous ajoutons du phosphate de soude pur, qui précipite la lithine à l'état de phosphate. Évaporant de nouveau à siccité, pour rendre complétement insoluble le phosphate de lithine, nous reprenons par l'eau froide et nous jetons sur un filtre taré pour connaître le poids du phosphate.

Jusqu'ici, la marche que nous avons suivie est à peu près la marche ordinaire, mais pour être certain qu'il n'y a pas de phosphate de chaux mélangé au phosphate de lithine, nous opérons de la manière suivante :

Nous redissolvons le phosphate de lithine dans l'acide sulfurique pur et dilué. La quantité d'acide à employer est calculée d'après le poids du phosphate.

Il se forme ainsi du sulfate et du phosphate acide de lithine mélangés à du sulfate et du phosphate acide de chaux, si le phosphate de lithine renfermait du sel de chaux.

Cette dissolution, traitée par de l'acétate de plomb neutre, donne un précipité de sulfate et de phosphate de plomb, et retient en dissolution de l'acétate de lithine, de l'acétate de chaux, en supposant la lithine impure, et l'excès d'acétate de plomb que l'on précipite après avoir filtré la liqueur, par un courant d'hydrogène sulfuré.

Nous séparons le sulfure de plomb, et la liqueur filtrée est évaporée à sec. Traitant alors le résidu d'acétate de lithine par de l'acide sulfurique pur et étendu, nous évaporons de nouveau à siccité au bain-marie. Le sulfate de lithine sec est alors repris par l'alcool bouillant, qui ne dissout pas le sulfate de chaux s'il y en avait encore dans le produit.

Nous évaporons la solution alcoolique de lithine, qui laisse un résidu de sulfate de lithine dont le poids, si le phosphate de lithine obtenu précédemment était pur, doit être proportionnel au poids du phosphate.

En prenant des proportions variables de sel de lithine et de chaux de poids connus, et en suivant la marche ci-dessus, nous sommes arrivés à des résultats satisfaisants.

Nous nous proposons d'examiner les différents dépôts au spectroscope pour nous convaincre de la pureté absolue du sel de lithine obtenu en dernier lieu, et nous en ferons l'objet d'une note spéciale.

Nous avons appliqué la marche ci-dessus à la recherche de la lithine dans l'eau de Vals (source de la Magdeleine), et nous avons obtenu des résultats très-satisfaisants.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 septembre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

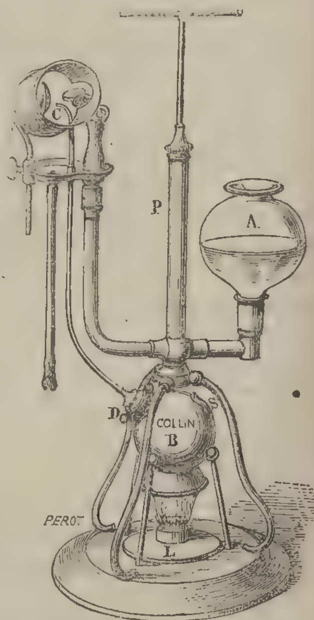
Elle comprend : le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département des Côtes-du-Nord (commission des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

L'Académie reçoit une note de M. Colin, accompagnant l'envoi d'un nouveau pulvérisateur qui, à l'aide d'un jet de vapeur, chauffe l'eau pulvérisée.

Cette nouvelle disposition peut être donnée à l'appareil de M. le docteur Sales Girons, et à tous les les appareils pulvérisateurs construits sur le même principe.

La poussière d'eau obtenue avec cet appareil est tiède, ce qu'on a cherché en vain depuis fort longtemps; elle est cent fois plus fine que l'eau pulvérisée par l'instrument du docteur Siègle.



La pulvérisation est obtenue au moyen d'une pompe aspirante et foulante, comme dans tous les pulvérisateurs à poussière fine. Pour obtenir le chauffage, il faut dévisser l'écrou D, remplir d'eau jusqu'à moitié le réservoir B, puis chauffer avec la lampe L; la vapeur s'échappe par l'extrémité du tube C, et se mêle à la poussière d'eau qu'elle chauffe à 25 degrés, température qu'on ne doit pas dépasser pour les eaux minérales.

PRÉSENTATIONS

M. LEGOUEST présente une brochure de M. le docteur Morache, intitulée : *Les trains sanitaires pour l'évacuation des blessés et des malades à la suite des armées.*

M. LE PRÉSIDENT soumet à l'appréciation de l'Académie un projet de lettre en réponse à l'invitation adressée par Mme Cerise d'assister à la cérémonie d'inauguration du monument que la ville d'Aoste doit élever à la mémoire de son mari.

M. BOUDET demande à l'Académie que le mémoire de M. Nativelle sur la digitaline soit inséré dans les bulletins, de façon à pouvoir être facilement consulté.

En raison de l'extrême supériorité du procédé de M. Nativelle, M. Boudet pense qu'il y a là une question d'intérêt général, et qu'il serait à désirer que ce procédé fût le plus tôt possible à la portée de tout le monde.

MM. BARTH, DEPAUL et GOBLEY font observer que la mesure sollicitée par M. Boudet en faveur du mémoire de M. Nativelle serait absolument contraire aux usages de l'Académie.

Après quelques explications échangées entre MM. Barth, Gobley, Depaul, Bouley et Boudet, l'Académie décide le renvoi de la question au conseil.

COMMUNICATION

M. VERNEUIL lit un travail sur *l'ictère traumatique*. Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° L'ictère peut se montrer à la suite d'une lésion traumatique, blessure accidentelle ou opération chirurgicale portant sur le foie lui-même ou sur un organe plus ou moins éloigné.

2° Dans le premier cas, il y a ictère traumatique proprement dit ou ictère direct; dans le second, il y a ictère des blessés ou opérés, ictère traumatique indirect.

3° Cette dernière espèce comprend deux variétés, que distinguent nettement les causes, la marche, le pronostic, la pathogénie.

4° La première, *l'ictère pyohémique*, est un symptôme d'infection purulente; elle est causée par l'altération septicémique du sang avec ou sans processus métastatique. La seconde, *ictère réflexe*, non pyohémique, est due sans doute à une perversion de l'action nerveuse.

5° L'ictère traumatique direct et l'ictère pyohémique n'impliquent aucune altération préalable du foie. Une lésion organique antérieure de cette glande semble être, au contraire, la condition prédisposante nécessaire de la production de l'ictère traumatique réflexe.

6° Le diagnostic entre les trois variétés est le plus souvent facile; pour la première il suffit de constater la lésion directe ou indirecte du foie; pour la seconde on aura le cortége symptomatologique de la pyohémie. Pour la troisième, enfin, on interrogera surtout l'appareil circulatoire et le tracé thermométrique.

7° Bien que généralement sérieux, le pronostic de l'ictère consécutif aux blessures varie beaucoup, suivant la nature de la complication; la gravité de l'ictère traumatique direct dépendra du désordre amené dans le foie par l'action vulnérante. L'ictère pyohémique reste et restera généralement très-grave, comme la maladie générale dont elle n'est qu'un symptôme. L'ictère réflexe semble assez bénin, sauf le cas néanmoins où la lésion antérieure du foie est de nature à entraîner la mort.

8° L'ictère réflexe ne paraît pas modifier défavorablement la marche du travail réparateur de la blessure.

9° L'ictère réflexe appartient à la grande classe des deutérapéthies traumatiques éloignées. Il en constitue une des formes les plus rares. Si j'en juge par la pauvreté des documents qui s'y rapportent, son histoire ne pourra se compléter qu'à l'aide de nouvelles observations.

LECTURE

M. VERRIER lit une note sur un cas de dystocie produite par hydrocéphalie. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Bernutz, Devilliers, Depaul.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1872 (1). — Présidence de M. GROS.

OBS. VII. — *Anévrysme de la pointe avec caillots organisés. — Endocardite chronique, péricardite, myocardite. — Épaississement des valvules sans insuffisance évidente, possible cependant; dilatation du cœur et des orifices. — Sclérose du foie. — Asystolie.*

X..., âgée de 50 ans, entre dans la salle Saint-Antoine, à l'Hôtel-Dieu, en juin 1870, service de M. Béhier.

Je vois la malade le 2 août.

Le maximum des bruits anormaux existe le long du sternum et à droite, beaucoup plus qu'à gauche. On note de la matité à droite et quelques battements. On entend un double bruit rude. Les veines jugulaires sont développées et battent. L'œdème augmente tous les jours. A la fin, le bras gauche se couvre d'ecchymoses; de l'ictère se manifeste.

Le pouls a toujours été un peu petit et inégal. Le souffle a pris dans les derniers temps une grande intensité le long du bord inférieur du cœur.

A l'autopsie, nous trouvons comme lésion prédominante une dilatation en poche de la pointe; le muscle semble avoir disparu; l'endocarde, très-épaissi, s'est accolé au péricarde, épaissi lui-même; puis une couche de caillots anciens comble la poche anévrysmale.

L'aorte est intacte.

La péricardite se montre sous la forme de nombreuses plaques laiteuses et d'adhérences au niveau des artères aorte et pulmonaire.

Réflexions. — Les antécédents manquent dans cette observation. Le diagnostic présente quelque intérêt; l'asystolie était le fait le plus évident. Le souffle du bord inférieur du cœur dépendait de l'insuffisance des valvules auriculo-ventriculaires par lésion des muscles tenseurs.

Quant à la lésion anatomique, c'était un type d'anévrysme de la pointe.

Nous trouvons, comme dans l'observation précédente, la sclérose du foie unie à la sclérose du cœur.

La petitesse et l'irrégularité du pouls sont liées à la dégénérescence du cœur autant qu'à l'insuffisance de la mitrale.

Pelvet, que nous citons avec plaisir à cause de l'importance de son travail et de l'impartialité de ses critiques, commence l'historique des anévrysmes du cœur en disant que ni Morgagni, ni Sénac, n'eurent connaissance de ces lésions. Je ne puis m'empêcher de considérer ce jugement comme un peu sommaire et de le rejeter. Que ces deux grands maîtres ne les connussent pas comme on le fait aujourd'hui, je suis de son avis, mais toute la médecine en est là. Voyons, si dans Sénac nous ne trouvons rien.

Le TRAITÉ DE LA STRUCTURE DU CŒUR date de 1773. Au chapitre IV, intitulé : *Tumeurs, inflammations, abcès, ulcères, gangrène, dissolution du cœur*, Sénac parle des erreurs qui ont passé de siècle en siècle comme par une espèce de contagion, et ne se sont dissipées qu'à la lumière de l'anatomie, absolument comme Pelvet parle des erreurs de Morgagni et de Sénac, dont les connaissances anatomiques n'étaient pas suffisamment précises; ce que demain on reprochera à Pelvet.

Sénac connaît l'inflammation de la membrane interne et du tissu cellulaire qui l'unit aux fibres musculaires. Dans l'inflammation du muscle, ce ne sont pas les fibres musculaires qui sont atteintes, c'est

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 27, 31 août et 3 septembre 1872.

le tissu cellulaire intermédiaire qui les étouffe. Sénac note les abcès du cœur, cite des cas de perforation de la paroi et étudie avec soin les lésions du muscle lui-même. Il décrit les ulcérations qui, d'abord superficielles, peuvent creuser de plus en plus profondément et traverser enfin la paroi affaiblie par l'ulcération. Il sait la dégénérescence tendineuse, cartilagineuse, osseuse du cœur; nous ne sommes pas loin, on le voit, de la transformation fibreuse.

La concavité du ventricule gauche était couverte d'une matière cartilagineuse, et la cloison changée en une pareille matière.

En divers sujets, la substance du cœur est comme tendineuse; il n'est donc point surprenant qu'elle puisse prendre une consistance comme celle des os.

Dans un cas, le cœur était énorme, le ventricule gauche très-dilaté; vers la pointe il avait des parois si éminceés qu'il n'en restait qu'une simple membrane, blanchâtre, très-facile à déchirer, qui cependant avait résisté pendant longtemps aux efforts du sang.

Il a vu un cœur qui était rond et extrêmement large vers sa pointe, tandis que la base était fort étroite.

Sénac connaît les polypes creux et peut-être les anévrysmes des valvules.

On trouve quelquefois une masse creuse qui est adhérente aux parois internes d'un ventricule, et dont il sort des branches cylindriques; une concrétion formait comme une bourse attachée aux colonnes par ses racines; elle avait deux membranes dont l'interne était d'un tissu dense et continu; les appendices étaient creux, comme le corps du polype, et formaient des espèces de tuyaux; on on a trouvé dans les oreillettes des polypes de la même espèce.

Les caillots se forment dans le cœur comme dans les artères, sous l'influence des mêmes causes. Des polypes ont leur point de départ dans une ulcération de la membrane interne.

Sénac pense que des polypes flottants ne tenant pas aux parois du cœur pourraient très-souvent changer de place, boucher les grandes artères, s'opposer à l'entrée du sang dans les ventricules, produire dans son cours divers changements, et par conséquent déranger le pouls. N'est-ce pas là la théorie des thromboses et des embolies?

S'il y a un rétrécissement dans quelque artère, il s'y forme des concrétions; c'est ce que prouvent évidemment quelques expériences de Lancisi; si on lie une artère, mais sans la serrer, jusqu'à ce qu'elle soit entièrement bouchée, on y trouvera, quelque temps après, une lymphe figée.

N'est-ce pas là la théorie des caillots actifs successivement développée par Hadgson, Bellingham et Broca?

Il y a vraiment lieu d'être surpris du peu de justice que l'on rend à nos maîtres. J'en demande pardon à mes amis, Desnos et Huchard; mais dans leur excellent mémoire sur la myocardite varioleuse, ils quittent trop vite Sénac : « Les travaux de Sénac, disent-ils, ajoutèrent peu de chose à ce qu'on savait avant lui. Il se dégage cependant de la simple indication qu'il fournit sur ce sujet, la notion des rapports qui unissent la cardite avec les pyrexies. »

Or, Sénac consacre plus de 12 grandes pages à l'étude de l'inflammation du cœur, et dit très-explicitement que la variole peut se jeter sur le cœur.

Le muscle cardiaque est sujet à l'inflammation; la surface interne en paraît surtout susceptible; elle est couverte de filets tendineux, fort irritables; les liens fibreux et déliés qui se détachent des colonnes et les joignent ne le sont pas moins; cette irritation est d'autant plus à craindre que la membrane qui tapisse les ventricules est fort mince.

Les fièvres violentes peuvent amener une véritable inflammation dans le cœur.

Il s'enflamme dans des fièvres hémitritées et pestilentielles.

L'inflammation peut s'étendre au cœur, quand elle a son foyer dans le poumon.

Les maladies de la surface du corps peuvent se tourner contre le cœur. Des matières âcres et rongeantes, en entrant dans la masse du sang, peuvent se déposer sur les oreillettes, y porter un principe d'inflammation, y produire des boutons, des pustules, des érysipèles, etc.

Il se forme des suppurations dans la substance du cœur.

Dans les petites véroles, les palpitations sont quelquefois extraordinairement vives; le venin de la maladie se jette sans doute sur les oreillettes et les ventricules.

Sénac signale un liquide sanglant dans le péricarde chez un varioleux.

Parrot, dans son article CARDITE, du *Dictionnaire encyclopédique*, a commis quelques erreurs que je lui demande la permission de relever :

« La confusion, dit-il, est commise par Sénac qui, après avoir traité de l'inflammation du péricarde, et passant à celle du myocarde, recommence, il est vrai, à son insu et sous une autre forme, la description de la péricardite. C'est que, dans l'ignorance où l'on était alors de l'existence du feuillet viscéral du péricarde, on rapportait à la masse charnue qu'il enveloppe les lésions dont il est en réalité le siége. »

Or, que lit-on dans Sénac, page 139, tome II?

« La membrane interne du péricarde se réfléchit pour revêtir les oreillettes et la surface des ventricules. »

J'ai montré plus haut que Sénac connaît la cardite, bien qu'il n'ait pu la décrire comme on le fait aujourd'hui.

Corvisart (1806) a eu la bonne fortune scientifique de rencontrer un exemple extraordinaire de poche anévrysmale du cœur recueilli chez un nègre.

D'après Pelvet, il se contente de poser la question : Doit-on l'attribuer à une rupture incomplète des parois musculaire internes?

Or, Corvisart dit que cette tumeur est entièrement semblable à l'anévrysme des artères des membres. Il sépare cette forme d'anévrysme de ses autres anévrysmes, qui n'ont, suivant lui, que peu d'analogie avec ceux des membres. Il trouverait plus de rapport entre les anévrysmes des artères et celui du cœur avec amincissement, que lorsqu'il y a hypertrophie.

Corvisart me paraît posséder bien des éléments de la question.

Dans la transformation du tissu musculaire en substance cartilagineuse et osseuse, qui n'est qu'un degré ultérieur de l'endurcissement, le mode de nutrition du tissu musculaire a changé, et une matière nouvelle, déposée dans le tissu élémentaire des fibres, a transformé la masse charnue en substance cartilagineuse ou osseuse, mais cette transformation ne pouvant être que locale et partielle, existe à la pointe, à la base, ou dans toute autre partie du cœur.

Corvisart distingue parfaitement la dégénérescence graisseuse des muscles de la surcharge graisseuse.

Enfin, il a un chapitre intitulé : *Perforation de la cloison des ventricules*.

Il cite deux faits.

Chez un enfant âgé de 12 ans, il trouve une ouverture ronde pouvant admettre l'extrémité du petit doigt, à bords lisses et blanchâtres. A la partie supérieure du pourtour du trou, on apercevait deux petits tubercules charnus, de couleur rougeâtre. Cette ouverture s'était-elle formée accidentellement par rupture ou par érosion? L'érosion de l'une des valvules semi-lunaires qui se propageait jusque sur le pourtour de l'ouverture, l'existence des tubercules, pourraient engager à embrasser cette opinion.

Il n'est rien dit, d'après Pelvet, des anévrysmes du cœur et des valvules dans les traités classiques de Testa (1823) et de Bertin et Bouillaud (1824). Je ne m'occuperai pas de Testa, mais j'examinerai les doctrines professées à cette époque par un maître français.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 juin 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeur congénitale de la fesse. — M. HERVIEUX présente une femme portant à la fesse gauche une tumeur qui a acquis des proportions considérables. Elle s'est développée surtout pendant la dernière grossesse de cette femme. Celle-ci n'en ressent, au reste, aucune incommodité. Elle a toujours suivi son mari dans les nombreuses pérégrinations qu'il a faites à pied dans les différents départements. Elle évalue à 600 lieues le chemin qu'elle a fait ainsi à pied. Cette malade a dû rester deux mois à l'hôpital de Nantes, où elle a accouché. Pendant cette grossesse, la tumeur a doublé de volume, puis elle a diminué aussitôt après l'accouchement. Enfin elle s'est présentée il y a quelque temps à la Maternité pour une nouvelle grossesse, et sa tumeur a pendant longtemps échappé à notre examen parce qu'elle fait coussin lorsqu'elle est assise. Elle a accouché le 4 juin, elle a eu vingt et une attaques d'éclampsie. Cette tumeur, rosée à son pourtour, brunâtre vers son pédicule, mesurait, avant l'accouchement, 38 centimètres en longueur, 19 en largeur, et 43 dans sa circonférence. Elle s'est considérablement réduite après l'accouchement. M. Hervieux pense qu'il s'agit là d'une tumeur lipomateuse.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ croit que cette tumeur est un exemple de molluscum éléphantiasique.

Discussion sur la thoracentèse.

M. MOUTARD-MARTIN, à propos du procès-verbal, désire présenter quelques observations relatives à la communication faite dans la dernière séance par M. Brouardel sur ce qu'il appelle la *pneumonie interstitielle*. M. Moutard-Martin fait cette première objection à la théorie de M. Brouardel : si le tissu cellulaire induré agissait comme tissu cicatriciel, jamais le poumon ne reprendrait son volume. Or, tout le monde sait que c'est le contraire qui a lieu cliniquement. Il ne faudrait donc pas attacher trop d'importance à la pneumonie interstitielle, dont l'existence n'est pas encore bien prouvée. Pour moi, ajoute M. Moutard-Martin, la seule cause du défaut d'extension du poumon est dans la présence de fausses membranes qui retiennent le poumon.

Quant aux inconvénients qui ont été reprochés par plusieurs membres de la Société à la méthode de l'aspiration, tels que l'écoulement de sang, par exemple, ou la douleur, on peut facilement y remédier, pour le premier, en arrêtant aussitôt l'aspiration ; pour la seconde, en diminuant autant que possible l'aspiration, car c'est à une aspiration trop puissante qu'est due la douleur.

M. BROUARDEL n'a pas donné la pneumonie interstitielle comme un fait constant ni comme une règle absolue ; il n'a pas même dit que cela fût fréquent ; mais des observations personnelles, jointes à une observation de M. Moissenet, l'autorisent à admettre l'existence de la pneumonie interstitielle, et il croit qu'en pareil cas, c'est une indication de pratiquer la ponction de bonne heure.

M. Brouardel, pour répondre à l'objection de M. Moutard-Martin, fait remarquer que le tissu inodulaire n'est pas tout à fait inextensible quand il est récent. Il se résume donc en disant que la pneumonie interstitielle accompagne quelquefois la pleurésie, et que c'est une indication d'opérer de bonne heure.

M. FÉRÉOL demande si, dans les pleurésies franches, il faut opérer de bonne heure dans la période ascensionnelle.

M. BROUARDEL. Oui.

M. MOUTARD-MARTIN. C'est, en pareil cas, en opérant de bonne heure qu'on observe peu de fièvre et qu'on n'a pas de récidive.

M. VIDAL a bien souvent aussi constaté la persistance, après la pleurésie, de râles crépitants très-fins et marqués seulement pendant l'inspiration.

M. BROUARDEL est convaincu que ces bruits se passent dans le poumon. Il se fonde, pour soutenir cette opinion, sur ce que ses bruits n'ont lieu que pendant l'inspiration. Il fait remarquer, en outre, que la plèvre ayant doublé ou triplé d'épaisseur, le lobule du poumon va en s'étouffant.

MM. HÉRARD, CHAUFFARD et BUCQUOY ne partagent nullement cette opinion, et pensent que ce sont là des bruits pleuraux.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

264. Jousset. De la fièvre intermittente et de l'une de ses manifestations, la fièvre pernicieuse à forme dysentérique.

265. Burot. Des phénomènes réflexes considérés au point de vue du diagnostic, dans les maladies du système nerveux.

266. Jacob. De la crise en médecine.

267. Lavallée. Du traitement des affections génito-urinaires par les bromures alcalins.

268. Solmon. Du rétrécissement pulmonaire acquis.

269. Gegg-Markheim. De l'inclusion fœtale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Monod, à l'occasion de notre article du 31 août dernier, nous fait observer que le traitement qu'il a proposé pour la guérison des collections séreuses de causes locales, n'avait pas seulement en vue la guérison de l'hydrocèle. Ce traitement est proposé pour toutes les collections séreuses simples et de cause locale. (Kystes commençants de l'ovaire, hydrothorax, hydropéricarde, hydrocéphale, hydrorachis, hydarthrose.) Nous nous empressons de donner acte de cette rectification à notre éminent confrère.

— La Société protectrice de l'Enfance nous prie de rappeler qu'elle a mis au concours, cette année, la question suivante :

« Des causes du rachitisme. »

Le prix est de 500 fr. — Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, dans les formes académiques, à M. le docteur Alex. Mayer, secrétaire général de la Société, rue Béranger, 17, à Paris, avant le 1er novembre 1872.

— Un nouveau journal de médecine, *la Gazette obstétricale de Paris*, vient de paraître, sous la direction de M. le docteur Verrier (de Villers), professeur libre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur FANO, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8, avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo-lithographie indiquant les altérations de l'œil examiné à l'ophthalmoscope. — Paris, Delahaye. — Prix : 17 francs.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✵, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 104. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1872. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HOPITAL DE GORÉE (Sénégal). Fièvre bilieuse hématurique grave ; emploi de la quinine à doses élevées et persistantes ; guérison. (M. Palmet). — De l'injection intra-veineuse. Action physiologique du chloral injecté dans les veines ; des effets de cette injection contre les accidents tétaniques ; déductions cliniques. (M. Oré, de Bordeaux). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles.

HOPITAL DE GORÉE (Sénégal).

Fièvre bilieuse hématurique grave. Emploi de la quinine à doses élevées et persistantes. Guérison.

Par M. PRIMET, aide-médecin auxiliaire de la marine.

Parmi les nombreuses maladies qui attaquent les Européens dans les pays chauds, la fièvre bilieuse hématurique est, à plus d'un titre, une des plus embarrassantes pour le médecin ; en effet, d'une part, sa fréquence et sa gravité la désignent d'une manière spéciale à l'étude, tandis que, d'autre part, son apparition récente dans certains points de nos colonies, l'étrangeté de quelques-uns de ses symptômes, sont des raisons puissantes pour appeler l'attention sur cette affection.

La thérapeutique de la maladie qui nous occupe a oscillé dans d'assez larges limites ; les hésitations que l'on a eues, touchant la nature de l'affection, devaient naturellement produire ce résultat, et, aujourd'hui encore, on ne peut se flatter d'avoir un traitement unique et efficace, bien définitivement arrêté.

Au début, quand on a pensé que la fièvre bilieuse hématurique avait des liens de parenté avec la fièvre jaune ou telle autre maladie des pays chauds dans laquelle l'altération du foie occupe le premier plan, c'est surtout vers l'organe hépatique que les médicaments étaient dirigés ; mais à mesure que la nature paludéenne a paru plus évidente, la quinine a pris une importance plus grande dans le traitement, et peut-être est-ce là une bonne voie suivie ; nous sommes porté à le penser, au moins si nous en croyons le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de l'hôpital de Gorée, qui s'est occupé très-spécialement de la maladie dont nous parlons actuellement.

M. Bérenger-Féraud ayant eu l'idée de recueillir et d'étudier un nombre d'observations considérable, puisqu'il approche de 300, a noté que, suivant la médication employée, la mortalité de la maladie a varié du 31 pour 100 au 17 pour 100, oscillation considérable on le voit ; et dans sa pratique qu'on pourrait, presque qualifier de prodigue pour la quinine dans la fièvre bilieuse hématurique, il n'a compté jusqu'ici que 17 pour 100 de terminaisons funestes ; il croit même qu'on peut faire baisser ce chiffre en apportant plus de soin à la détermination du moment opportun pour l'emploi du médicament et en donnant le sel quinique d'une manière énergique et pour ainsi dire très-hardie.

Appelé par les obligations du service à être employé sous les ordres du docteur Bérenger-Féraud, dans l'hôpital de Gorée, je viens d'observer un cas très-remarquable de fièvre bilieuse hématurique, et le chef du service nous a fait ressortir à ce sujet avec un tel soin les particularités, les phénomènes de la maladie et l'influence heureuse de la quinine, que j'ai recueilli l'histoire de ce fait avec attention.

Je livre cette observation à la publicité, pensant qu'elle a son intérêt notable et que, mettant en lumière l'action utile de la quinine, employée comme médication pour ainsi dire exclusive, elle servira de jalon dans l'étude qui sera faite un jour très-complétement de la nature et de la thérapeutique de la fièvre bilieuse hématurique.

C..., clairon d'infanterie, âgé de 25 ans, venant de l'infirmerie de Dakar, 4e entrée (habitudes d'alcoolisme).

Cet homme se présente à l'hôpital de Gorée le 5 juin, avec les renseignements suivants sur son billet d'admission :

32 mois de séjour au Sénégal, dont 18 mois à Saint-Louis et 14 à Dakar (ce dernier point est malsain pendant l'hivernage et fournit annuellement un certain nombre de fièvres bilieuses hématuriques).

C... a fait pendant son séjour à la colonie trois entrées à l'hôpital pour fièvre intermittente.

Nous apprenons, à l'entrée, qu'il est malade depuis cinq jours de fièvre intermittente quotidienne, débutant à deux heures du soir, se terminant à cinq heures.

Hier, à l'heure habituelle, il a eu un accès de fièvre intense avec frisson initial violent ; à quatreheuresdu soir, le malade a eu des vomissements bilieux, des urines abondantes et très-fortement colorées. On lui a donné à l'infirmerie, dans la soirée même, 1 gr. 20 d'ipéca, et deux heures après, sulfate de quinine *un* gramme. L'accès a été fini parfaitement vers 7 heures du soir, et ce matin, l'apyrexie était complète.

A 2 heures, nouvel accès de fièvre ; nausées, vomissements abondants. A 5 heures du soir, la fièvre est intense, les urines sont d'un rouge foncé. C... est alors envoyé à l'hôpital, où il arrive à 6 heures.

A son entrée, on note une teinte ictérique générale modérée, le pouls est fébrile, la langue saburrale, la soif vive ; le malade a eu dans la nuit deux selles à la suite de l'ipéca donné la veille ; le foie ne déborde pas sensiblement le rebord des fausses côtes, la palpation n'en est pas douloureuse, un peu de céphalalgie, courbature générale, sentiment d'oppression et de fatigue.

Diète ; thé chaud ; sulfate de quinine, 1 gr. 50.

A 9 heures du soir, la fièvre est très-forte ; peau brûlante et sèche. Le malade est dans le décubitus dorsal, les membres écartés du tronc et en pleine résolution ; le regard est fixe, la prostration est grande, car C... répond avec peine aux questions qui lui sont po-

sées; il accuse de la céphalalgie; sa langue est chargée par un épais enduit saburral. Quelques vomissements de matières incolores; nausées fréquentes Pouls à 120, respiration à 46. Depuis une heure environ, il est survenu de l'épigastralgie et une douleur violente à la région hypogastrique.

Le malade vient de rendre 600 grammes environ d'une urine couleur malaga très-foncé, paraissant noire comme de l'encre à première vue; elle a l'air de contenir une quantité considérable de sang; l'urine étant recueillie dans un verre, on constate qu'il y a un sédiment grisâtre assez épais occupant un quart de la hauteur du liquide.

Cataplasme sur la région hypogastrique. A 11 heures du soir, le malade est agité, la peau est brûlante et sèche, le pouls est à 136.

6 juin. — A la visite du matin, on constate un peu de rémission, la peau est moite, le pouls est plus calme, mais toujours fébrile. Douleurs vives aux régions épigastrique et hypogastrique. Le foie est un peu douloureux à la pression; la teinte ictérique jaune-verdâtre est bien marquée, générale, sans changement d'intensité suivant les régions. La céphalalgie persiste, ainsi que les nausées, il y a de temps en temps quelques vomissements bilieux d'une couleur brun-verdâtre très-foncé, limpides; le malade a eu une selle dans la nuit, il a uriné abondamment; les urines continuent à être fortement sanguinolentes et sédimenteuses.

Diète; tilleul; sulf. quinine, *deux* grammes par *vingt-cinq* centigrammes toutes les demi-heures. Lavement : séné, sulfate de soude. Compresses froides sur la tête; catasplasmes sur la région hypogastrique.

3 heures du soir.— Le malade est à peu près dans le même état, la prostration est toujours très-marquée, la peau est moite et fraîche, la céphalalgie persiste, le pouls est plein, mais plus lent que ce matin.

7 juin. — Le malade a eu deux selles bilieuses brunes, rougeâtres, liquides. Les vomissements sont de couleur porracée, ils contiennent des stries opaques comme des épinards hachés très-fin ; ils sont rendus avec plus de facilité que la veille; l'épigastralgie est toujours très-vive, les urines sont abondantes, toujours fortement sanguinolentes et sédimenteuses. La teinte ictérique semble moins prononcée. La peau est chaude et sèche. Le pouls est fébrile, un peu dur et fréquent. Le malade est toujours très-abattu.

Diète; thé chaud; sulfate de quinine *deux* grammes; compresses roides sur la tête; vésicatoire épigastrique.

3 heures du soir. — Même état ; la prostration est considérable ; les membres sont en complète résolution; il y a eu une selle bilieuse, liquide, brun-marron, sans odeur fécale; dans la matinée, soif toujours très-vive; les nausées sont fréquentes et le malade ne peut supporter aucune boisson: les vomissements porracés succèdent aussitôt à toute ingestion de liquide; il a vomi une partie de la quinine; les urines sont de couleur madère, toujours sédimenteuses.

Lavement purgatif, et après qu'il aura évacué, sulfate de quinine *deux* grammes en lavement. Il y a plusieurs selles à la suite du lavement purgatif, mais la quinine est conservée.

8 juin. — Même état général; prostration plus marquée encore, si c'est possible. Le malade semble dans un état d'anéantissement physique; la langue est chargée d'un enduit verdâtre épais; il y a toujours des vomissements porracés, peu foncés, à chaque ingestion de liquide et même spontanément; il y a une selle bilieuse dans la nuit; le pouls est lent, petit, dépressible. Les urines sont moins colorées, moins sédimenteuses. Le malade se plaint d'une faiblesse extrême, il ne fait aucun mouvement, a eu une syncope en allant à la selle; le vésicatoire a diminué un peu la douleur hépathique.

Diète; till. chaud; lavement : séné, sufate de soude; suivi de 4 quarts de lavement composés chacun de :

Thé de bœuf à..................	*cent* grammes
Vin à..............................	*cent* —
Sulf. de quinine à................	*cinquante* cent.

A 3 heures du soir. — Le pouls est plus fréquent, plus plein ; chaleur sèche de la peau; la prostration semble avoir un peu diminué; le malade a l'air moins abattu; il dit se sentir mieux. Le lavement purgatif a fait bon effet; les quatre lavements nutritifs et quininés ont été parfaitement gardés. On prescrit deux autres quarts de lavement nutritifs et quininés, ce qui fait trois grammes de quinine depuis ce matin. Pansement du vésicatoire à sécher.

9 juin. — L'état du malade est toujours très-grave; cependant il semble qu'il y a un peu de mieux, il est moins prostré; le pouls est plein, mais est moins vibrant que les jours précédents. L'avant-dernier lavement n'a pas été rendu, le dernier a été gardé plus de deux heures; la teinte ictérique a beaucoup diminué. Il y a toujours eu des vomissements bilieux après les boissons ou spontanément, moins fréquents cependant; les urines sont de couleur normale, limpides, sans dépôt.

Diète; limonade gazeuse et lavement : séné, sulfate de soude; qui est suivi après évacuation de trois lavements :

Vin..................................	*cent* grammes
Bouillon...........................	*cent* grammes
Sulf. de quinine.................	*cinquante* cent.

Un d'eux est rendu une demi-heure après, il est immédiatement remplacé par un quatrième.

3 heures du soir. — La peau est sèche et brûlante, le pouls est redevenu dur, vibrant et plein. La teinte ictérique a diminué depuis ce matin, de sorte que le malade a un aspect terreux. La prostration est de nouveau très-marquée; quelques vomissements bilieux malgré la limonade gazeuse et spontanément. En rendant un lavement, a eu une selle contenant quelques matières fécales. Les urines sont devenues normales, pâles même et sans dépôt.

Limonade gazeuse; lavement purgatif.

10 juin. — L'état général est plus satisfaisant ce matin. La prostration a diminué sensiblement. Le pouls est meilleur qu'hier au soir. L'ictère semble avoir un peu augmenté cependant. La langue se nettoie; il n'y a pas eu de vomissement depuis hier au soir; une selle dans la nuit.

Diète; limonade gazeuse; 4 lavements : thé de bœuf, vin, dont trois avec sulf. de quinine, 50 centigrammes.

3 heures du soir. — Le pouls s'est encore un peu élevé; la peau est sèche et chaude, mais la fièvre est moins intense que la veille; même coloration ictérique assez marquée.

1 lavement : sulf. de quinine, *cinquante* centigrammes.

11 juin. — Il y a toujours un peu d'amélioration; le malade est moins abattu quoique encore très-faible. Les urines sont normales; une selle dans la nuit; la langue se nettoie; la teinte ictérique générale est un peu moins marquée.

Bouillon; deux œufs à la coque; limonade; 4 lavements : thé de bœuf, vin, dont trois avec sulf. de quinine, *cinquante* centigrammes.

3 heures du soir. — Les œufs ont été conservés; trois selles bilieuses demi-liquides, demi-moulées, depuis la visite du matin; chaque lavement a été conservé plus d'une heure; le pouls a encore de la tendance à la fréquence et à la dureté; c'est comme un accès avorté.

A 8 heures du soir, on donne encore : sulf. de quinine, *cinquante* centigrammes en lavement.

12 juin. — Quoique le malade n'accuse pas de douleurs, la peau est chaude, le pouls fébrile; il y a un peu de céphalalgie et l'abattement est plus marqué, ainsi que la coloration jaune de la peau. La langue est blanchâtre, chargée. Il y a eu une selle dans la nuit; le lavement a été bien gardé; il n'y a pas eu de vomissements.

Bouillon; deux œufs à la coque; limonade gazeuse; 4 quarts de lavement nutritifs : sulf. de quinine, *deux* grammes en quatre fois, d'heure en heure, à prendre par la bouche.

3 heures du soir. — La quinine a été absorbée; les aliments ingérés ont été vomis. Pouls à 92; pas de selle depuis ce matin; lavement : séné, sulfate de soude.

13 juin. — Le malade a toujours un peu de chaleur à la peau; le pouls est toujours assez fréquent, un peu dur et vibrant.

Bouillon; régime à volonté; très-peu d'aliments solides. Q. vin de Bordeaux; limonade gazeuse; sulfate de quinine, *un* gramme; lavement : séné, sulf. de soude.

13, soir. — Toujours un peu de chaleur à la peau, un peu de céphalalgie. Le malade se plaint de douleur à la région gastro-hépatique. Pouls à 96. L'amélioration est cependant notable. Sulfate de quinine, *cinquante* centigrammes.

14 juin. — Même état. Pas de selle dans la nuit; toujours la même douleur hépatique. Il n'y a cependant pas augmentation de volume du foie. L'appétit ne revient pas, mais les aliments ingérés sont gardés.

Régime à volonté. Q. vin de Bordeaux; huile de ricin, *trente* grammes.

14, soir. — Le purgatif a produit trois selles assez copieuses. Céphalalgie légère; pouls à 92; sulf. de quinine, *un* gramme.

15 juin. — Amélioration sensible. Il y a de la rémission ce matin, la peau est bonne, le pouls est redevenu à peu près normal; on peut dire que la convalescence s'établit. Même prescription.

3 heures du soir. — La peau est de nouveau chaude et sèche; le pouls est à 96; la langue est chargée; l'appétit est nul. M. Q. limonade gazeuse; sulf. de quinine, *un* gramme en 4 fois; lavement purgatif.

16 juin. — Ce matin, le malade dit avoir passé une mauvaise nuit, pas de sommeil. Nausées, céphalalgie; langue chargée d'un enduit blanchâtre; pouls encore fébrile.

Bouillon, tilleul, ipéca, *un* gramme *vingt* centigrammes; sulf. de quinine, *un* gramme (*sero*).

3 heures du soir. — Le malade se sent mieux; sous l'influence de l'ipéca, a eu des vomissements bilieux abondants; 2 selles.

M. Q. Q. v. Bordeaux.

17 juin. — Depuis le vomitif, l'état général est meilleur. Le malade a passé une bonne nuit, mais les forces ne reviennent pas encore. Le malade est profondément anémié; toutes les muqueuses sont décolorées. C... se plaint que les pieds lui enflent quand il essaye de se lever.

Chocolat. Q. Q. v. Bordeaux, limonade gazeuse.

3 heures du soir. — La fièvre n'est pas venue aujourd'hui.

18 juin. — Apyrexie. Le malade va décidément mieux. Régime à volonté. Q. v. limonade.

3 heures du soir. — Apyrexie. La convalescence s'accentue de jour en jour.

19 juin. — Même état d'amélioration progressive. Régime à volonté. Q. v. limonade.

20 juin. — Le malade a la peau chaude et sèche, le pouls fébrile; la langue est légèrement chargée, le ventre est libre. Régime à volonté. Q. v. limonade; sulf. de quinine, *un* gramme.

3 heures du soir. — Apyrexie.

21 juin. — Même état. Régime à volonté. Q. v. limonade.

22 juin. — La peau est chaude, le ventre est libre. En présence de l'œdème des membres inférieurs survenant le soir quand le malade a marché, on examine les urines, qui sont abondantes, mais elles ne contiennent aucune trace d'albumine.

Régime à volonté; limonade.

22, soir. — Apyrexie.

23 juin. — Apyrexie. Pas de selle depuis 24 heures. Régime à volonté. Limonade tartr.; huile de ricin, *trente* grammes.

24 juin. — Le malade va mieux. Pas de fièvre. Régime à volonté. M. v. limonade.

25, 26 et 27 juin. — Même état, même prescription.

28 juin. — Peau chaude, pouls fébrile, céphalalgie, inappétence. Le ventre est libre. Sulf. de quinine, *un* gramme en quatre fois.

29 juin. — Apyrexie.

Exéat le 30 juin. — C... est encore très-profondément anémié; il est envoyé en congé de convalescence et part pour la France.

Il me semble que cette observation est intéressante à plus d'un titre. Nous pouvons, en effet, constater tout d'abord par sa lecture que l'atteinte de C... a été très-grave, et les vomissements augmentaient encore la gravité de la maladie, empêchant l'administration des médicaments destinés à combattre les divers symptômes morbides.

C'est, assurément, la quinine qui a fait les frais principaux de la maladie, et nous voyons que le malade en a pris *vingt et un* grammes *cinquante* centigrammes dans le cours de sa maladie. Il en a pris surtout *quinze* grammes dans les sept premiers jours. Ces doses paraîtraient excessives en Europe, mais on sait que dans les pays chauds, et particulièrement au Sénégal, il faut avoir la main lourde pour le sel fébrifuge si l'on veut réussir.

Nous n'aurons pas la peine d'attribuer les bénéfices de la guérison à d'autre agent thérapeutique que la quinine, car on n'a donné avec elle que quelques lavements purgatifs, dont l'action, comme nous allons le dire, n'était que secondaire.

Il ne suffit pas de prescrire de la quinine dans la fièvre bilieuse hématurique, comme d'ailleurs dans toutes les affections dépendant de l'empoisonnement paludéen; il faut s'assurer que le médicament est bien absorbé; or les vomissements sont, en général, si tenaces et si fréquents dans la maladie actuelle, qu'il y a vraiment une extrême difficulté dans le traitement.

Pour la tourner, M. Bérenger-Féraud a pris le parti de laisser l'estomac dans le repos absolu, et de faire pénétrer les médicaments par le rectum. Pour cela faire, un lavement purgatif est prescrit, et quand l'intestin est évacué, un lavement très-peu abondant, *quarante* à *cinquante* grammes contenant le quart de la dose de quinine est poussé. Une heure après, un autre quart de la dose de quinine est donné par la même voie, ainsi de suite, en ayant soin de noter si le malade les conserve bien, car si, au contraire, le lavement a de la tendance à être rejeté, on assure la conservation à l'aide de l'obturateur anal qui empêche parfaitement tout rejet.

La méthode des lavements a un autre avantage pour M. Bérenger-Féraud. Dans la fièvre bilieuse hématurique, elle permet d'alimenter le malade de très-bonne heure, et on sait que la profonde débilitation qui suit l'atteinte morbide rend cette alimentation très-importante. Donc de très-bonne heure il faut pousser dans l'intestin, débarrassé par un lavement purgatif, un mélange à doses égales de thé, de bœuf et de vin rouge, ce qui réconforte le sujet, tout en laissant reposer l'estomac, dont l'extrême susceptibilité rendrait l'alimentation impossible pendant longtemps.

Enfin, remarquons ce fait bien connu, mais toujours intéressant cependant, que l'emploi d'un vomitif à l'ipéca a l'heureux effet de faire reprendre à la convalescence sa marche ascendante quand elle paraît s'arrêter et devenir chancelante.

Dans les pays chauds, où l'embarras gastrique est si fréquent, une évacuation pareille rend les meilleurs services dans la convalescence des maladies graves, et mérite de rester en mémoire pour être fréquemment mise en usage.

DE L'INJECTION INTRA-VEINEUSE

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU CHLORAL INJECTÉ DANS LES VEINES. — DES EFFETS DE CETTE INJECTION CONTRE LES ACCIDENTS TÉTANIQUES. — DÉDUCTIONS CLINIQUES (1).

Par M. ORÉ, chirurgien de l'hôpital Saint-André.

TROISIÈME GROUPE.

Il renferme celles dans lesquelles j'ai fait des injections sous-cutanées de strychnine, de manière à produire le tétanos, que j'ai

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

combattu par le chloral dans les veines dès l'apparition des symptômes convulsifs.

Première expérience. — J'ai injecté sous la peau du ventre d'un grand chien *deux* centigrammes de strychnine dans 1 gramme d'eau. Quatre minutes après, l'animal était pris de convulsions très-fortes, caractérisées surtout par le trismus, l'opistothonos. Il a succombé en cinq minutes.

Donc, *deux* centigrammes de strychnine avaient suffi pour tuer rapidement l'animal.

Deuxième expérience. — A un chien-mouton de haute taille, j'ai injecté sous l'épiderme thoracique une solution de *deux* centigrammes de strychnine dans 1 gramme d'eau. Quatre minutes après, les phénomènes tétaniques se sont manifestés. J'ai attendu qu'ils fussent bien accentués. Alors seulement j'ai introduit dans la veine crurale une solution de 3 grammes de chloral. Le trismus a cessé presque aussitôt. La langue, d'abord très-violacée, a pris une teinte pâle. La respiration est devenue très-rapide. La bouche, largement ouverte, livre à l'air un accès facile. L'animal est très-agité; il éprouve des contractions violentes, brusques, saccadées, qui ressemblent à celles que donnent des secousses électriques.

A cet état succèdent l'affaissement musculaire et de la sensibilité, si souvent mentionnés, avec une tendance au sommeil; mais ces derniers symptômes sont tout à fait passagers, car le moindre bruit, le moindre choc, le plus léger attouchement suffisent pour ramener aussitôt des convulsions.

Après un quart d'heure, je détache l'animal de la planche. A ce moment, il est pris d'une violente crise tétanique, pendant laquelle la respiration a été en quelque sorte comme suspendue. Quant au trismus, il n'a pas reparu jusqu'à la fin de l'expérience.

Un peu plus tard, la roideur tétanique a cessé, remplacée par un relâchement musculaire analogue à celui que produit le chloral lorsqu'il est injecté seul. L'animal succombe. L'expérience avait duré une demi-heure.

Il est impossible de ne pas trouver une différence manifeste entre les résultats des deux expériences précédentes : tandis que le premier chien a succombé en quatre minutes à une injection hypodermique de *deux* centigrammes de strychnine, celui-ci a vécu une demi-heure, offrant des alternatives de tétanos et de relâchement musculaire. N'était-il pas évident qu'il y avait une lutte entre l'action stupéfiante, paralysante du chloral, et l'action tétanique de la strychnine? Ne pouvait-on pas espérer, dès lors, qu'en arrivant à un dosage convenable des deux substances, on obtiendrait des résultats meilleurs?

Troisième expérience. — A 5 heures 37 minutes, injection dans le tissu cellulaire abdominal d'un chien de haute taille d'une 1/2 seringue de Luer, contenant *un* centigramme de strychnine dans 1 gramme d'eau. A 5 heures 40 minutes, apparition des premiers symptômes : inquiétude, commencement de roideur tétanique. A 5 heures 43 minutes, les phénomènes sont plus accentués, mais ne sont pas encore assez nets; j'injecte alors la seconde moitié de la seringue de Luer. L'animal a donc reçu *un* centigramme de strychnine dans le tissu cellulaire.

5 heures 48 minutes. — Les phénomènes tétaniques s'accentuent définitivement. Trismus. Convulsions générales.

A ce moment, j'injecte dans la veine crurale 2 grammes de chloral.

Presque immédiatement, le chien devient plus tranquille.

5 heures 53 minutes. — Sommeil. Battements du cœur très-précipités (133). La tête est renversée, sans contracture. Le calme est complet. On observe, toutefois, des contractions violentes qui se reproduisent instantanément, sous l'influence du moindre bruit, du plus léger choc, d'un simple attouchement sur une partie quelconque du corps. Ces dernières particularités n'ayant jamais manqué dans aucune expérience, je n'en parlerai plus.

5 heures 57 minutes. — Je détache l'animal de la planche. Aussitôt, violente crise tétanique. Respiration petite et rare, presque suspendue. Cet état dure deux minutes et fait place au calme.

6 heures 2 minutes. — La respiration devient ample et prolongée. Abattement. Relâchement musculaire. Sommeil.

6 heures 4 minutes. — Les inspirations sont toujours aussi longues, mais régulières. Sommeil.

6 heures 10 minutes. — Nouvelles convulsions. L'animal fait des efforts pour se lever, mais, à chaque mouvement pour se lever, les convulsions reparaissent

6 heures 15 minutes. — Sommeil accompagné du relâchement musculaire.

6 heures 1/2. — Nouvelle crise convulsive qui dure deux minutes.

Depuis ce moment jusqu'à 8 heures 40 minutes, heure à laquelle l'animal est mort, il a présenté des alternatives de convulsions et de relâchement musculaire. Les phénomènes tétaniques ont été quelquefois si accentués, qu'il est devenu nécessaire de pratiquer la respiration artificielle pour vaincre l'asphyxie occasionnée par la contracture des muscles des parois abdominales, thoraciques, et de la glotte.

Si dans la deuxième expérience il n'a pas été possible de nier l'influence du chloral sur la suspension momentanée de l'action foudroyante de la strychnine, la neutralisation de cet alcaloïde ressort bien mieux encore de celle que je viens de rapporter. L'animal a lutté, en effet, pendant *trois heures* avant de succomber.

Qu'on n'oublie pas qu'il faut quatre minutes pour que la mort arrive, lorsqu'on ne lui oppose pas l'injection avec le choral.

Ce fait, comme le précédent, m'autorisait à penser qu'il ne s'agissait plus que de formuler un dosage convenable et une méthode opératoire.

Les expériences répondront en partie à la question de dosage.

QUATRIÈME GROUPE. — *Injection simultanée de chloral et de strychnine dans les veines.*

La rapidité avec laquelle se manifestent les phénomènes produits par une substance introduite *directement* dans la circulation m'engagea à ne plus recourir à la méthode hypodermique pour faire pénétrer la strychnine dans l'organisme, mais à l'injecter dans les veines *simultanément* avec le chloral. Je crois devoir rappeler, pour motiver ce nouveau mode d'expérimentation, que ce que je cherchais, c'était de savoir si le chloral peut neutraliser définitivement la strychnine au point de la rendre inoffensive.

Pour cela, il fallait un terme de comparaison et apprécier d'abord la dose de l'alcaloïde capable de produire rapidement la mort par son contact immédiat avec le sang.

Première expérience. — J'ai injecté dans la veine crurale gauche d'un chien *cinq* milligrammes de strychnine. *Dix secondes* après, les convulsions ont apparu, et l'animal a succombé en trois minutes.

La dose de strychnine était donc déterminée. Restait à chercher celle du chloral.

Deuxième expérience. — Injection simultanée, par la veine crurale droite, de cinq *milligrammes de strychnine et de* un *gramme* cinquante *centigrammes de chloral.* — Quinze secondes après, apparition du tétanos strychnique, suivi bientôt d'un relâchement musculaire complet, avec respiration accélérée et sommeil. Toutes les deux minutes, crise tétanique alternant avec le relâchement musculaire.

Cet état a duré une heure et demie. L'animal a succombé alors.

Si la dose de strychnine était suffisante pour donner la mort, la dose de chloral ne l'était pas pour l'empêcher.

Troisième expérience. — Injection simultanée de cinq *milligrammes de strychnine et de* deux *grammes de chloral dans la veine crurale d'un chien de haute taille.* — Cette expérience a été faite à 4 heures 15 minutes. Quinze secondes après, convulsions générales qui, d'abord intermittentes, sont devenues *presque continues.*

Après cinq minutes, j'ai injecté de nouveau *cinquante* centigrammes de chloral, ce qui a porté à *deux* grammes *cinquante* centigrammes la quantité de cette substance introduite dans l'appareil vasculaire. A partir de ce moment, le chien tombe dans un sommeil profond et bruyant, pendant lequel sa langue est pendante

hors de la bouche ; elle est rosée, ainsi que la muqueuse buccale. Cet état dure vingt minutes.

4 heures 36 minutes. — Mouvements convulsifs dans les membres antérieurs. Le chien dort, mais son sommeil est agité et plaintif.

4 heures 45 minutes. — Convulsions violentes, pendant lesquelles l'animal cherche à se soulever. Les convulsions sont surtout marquées dans le train antérieur ; le postérieur est beaucoup moins agité. Le sommeil reparaît avec les mêmes caractères d'excitation ; il est toujours bruyant et plaintif.

5 heures 3 minutes. — Le chien a constamment dormi. Il veut se relever, mais il est pris aussitôt de convulsions qui le renversent ; ses yeux sont largement ouverts, intelligents. Quand on l'appelle, il fait un effort pour marcher, mais il est de nouveau renversé par des contractions tétaniques.

5 heures 15 minutes. — L'animal s'est levé, il a fait trois ou quatre pas, puis il est retombé en convulsions ; néanmoins l'œil est toujours bon, l'intelligence complète, la respiration facile. Tout fait supposer que l'expérience se terminera convenablement.

6 heures. — Le chien n'a plus que de très-légères convulsions ; il a même marché en s'appuyant contre le mur ; puis il s'est endormi.

6 heures 30 minutes. — Il est couché sur le flanc, il répond quand on l'appelle ; il a toujours le train postérieur affaibli. La tendance au sommeil est manifeste.

6 heures 40 minutes. — On donne à boire à l'animal ; il boit avec avidité, mais d'une façon convulsive. Après avoir bu, il se tient appuyé sur le train postérieur ; sa respiration est calme.

7 heures. — J'ai transporté l'animal dans une salle voisine ; il est pris aussitôt d'une convulsion générale, qui cesse dès qu'on le met à terre.

10 heures du soir. — Le calme est revenu. Sommeil profond. Pas de convulsions.

Le lendemain, il ne reste plus aucune trace de strychnine ; les phénomènes produits par le chloral sont seuls évidents. Cet état se prolonge pendant deux jours, après lesquels le chien reprend ses allures habituelles. J'écris cette observation dix jours après l'avoir faite. L'animal est revenu à son état le plus normal.

Depuis lors, j'ai répété cette expérience sur un autre chien : elle m'a donné absolument les mêmes résultats, après avoir présenté les mêmes particularités. Je crois donc inutile de la mentionner plus longuement.

L'action de la strychnine a donc été vaincue par celle du chloral, et j'affirme que les expérimentateurs qui se mettront dans les conditions de dosage où je me suis placé observeront les mêmes phénomènes. Or, si l'on songe que le tétanos strychnique *tue en quelques minutes*, en présentant un tableau qui offre tant de ressemblance avec le tétanos traumatique, si l'on se rappelle surtout que déjà le chloral, administré par la voie digestive, a donné quelques succès dans le traitement de cette très-redoutable affection, quels résultats bien autrement avantageux ne sera-t-on pas en droit d'espérer par son introduction directe dans les veines ? Nos expériences ne démontrent-elles pas jusqu'à l'évidence qu'ainsi employé il produit presque instantanément un état stupéfiant et de paralysie même, dont l'apparition est infiniment plus rapide et la durée plus longue que par la voie digestive ? J'espère que l'occasion ne se fera pas longtemps attendre d'appliquer à l'homme ces données de la physiologie expérimentale. A coup sûr, je ne la laisserai pas échapper. Si, plus heureux que moi, mes collègues de la Société de chirurgie se trouvaient en présence d'un cas de tétanos, qu'ils n'hésitent pas !

Du reste, pourquoi hésiterait-on ? Sur quoi s'appuierait-on raisonnablement pour repousser cette méthode thérapeutique de l'injection veineuse ?

Mais, de ce qu'elle a été abandonnée, cette méhode thérapeutique n'est pas nouvelle. Grâce à elle, Percy a guéri des tétaniques ; Magendie l'a employée dans le choléra, la rage, et dans un cas de fièvre typhoïde grave. S'il n'a fait que soulager les deux premiers malades, il a guéri le troisième. Lorain n'a-t-il pas guéri un cholérique, en 1856, en injectant de l'eau dans les veines ? Nous-même, récemment, ne l'avons-nous pas mis en usage dans deux cas de rage ? Si nous n'avons pas empêché la mort, nous avons eu, du moins, la satisfaction de la voir arriver au milieu du calme.

Invoquera-t-on la phlébite ? Mais n'existe-t-il pas, à cette heure, dans la science, 186 observations de transfusion du sang faite avec des résultats plus ou moins favorables, dans lesquelles la phlébite, et encore la phlébite légère, a été à peine mentionnée une ou deux fois ? La saignée du bras, enfin, n'est-elle pas une opération vulgaire aussi journalière que la phlébite consécutive est rare ? Quand elle arrive après cette opération de petite chirurgie, l'opérateur ne doit-il pas en chercher la cause dans sa main et sur la pointe de sa lancette. La phlébite n'est donc pas à redouter. Elle ne constituerait, contre l'injection veineuse qu'un argument sans valeur, reposant sur une crainte chimérique, auquel je ne veux pas m'arrêter plus longtemps.

Un mot avant de conclure. On demandera peut-être comment le chloral arrive-t-il à neutraliser l'action foudroyante de la strychnine ? Je me contente de faire observer que mon intention, dans cette note, a été seulement de montrer le rôle que le chloral pouvait jouer dans le traitement du tétanos. Dans un très-prochain travail, que j'adresserai à la Société, je montrerai, expérimentalement, par quel mécanisme le chloral arrête les effets de l'empoisonnement par la strychnine, que cette dernière ait été introduite par l'estomac ou par la méthode sous-cutanée.

Conclusions. — 1° L'injection du choral dans les veines détermine des effets beaucoup plus rapides et surtout plus durables que ceux que l'on obtient par l'introduction de cette même substance dans les voies digestives ;

2° Le chloral, employé en injections dans les veines, contre les phénomènes tétaniques occasionnés par la strychnine, neutralise l'action de cet alcaloïde au point de la rendre nulle ;

3° Je suis donc autorisé à dire que le chloral est un antidote de la strychnine ;

4° Il ressort des dernières expériences mentionnées précédemment que si le chloral injecté dans les veines a empêché les effets [illegible]idement mortels de la strychnine portée directement dans le torrent circulatoire ou [illegible] par la méthode hypodermique, il est probable qu'il constituera un moyen curatif efficace [illegible] tétanos ;

5° Je n'hésite pas à penser également qu'employé suivant notre méthode, il est appelé à donner des résultats inspérés dans le traitement des affections convulsives et même dans la rage. J'ai déjà commencé, sur ce dernier point, des expériences que je communiquerai plus tard à la Société de chirurgie ;

6° La méthode des injections médicamenteuses dans les veines est absolument inoffensive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

Bouillaud, dès 1824, tâche de prouver que la plupart des altérations pathologiques de l'aorte, de la membrane interne du cœur et de l'artère pulmonaire, sont réellement la suite d'une phlegmasie soit aiguë, soit chronique, de leur tissu ; et, comme suite, il entend les ulcérations, les perforations, les altérations athéromateuses, cartilagineuses, calcaires et tuberculeuses.

De même qu'un ulcère de la membrane interne de l'aorte peut se propager aux membranes moyenne et externe, les détruire dans toute leur épaisseur et se transformer ainsi en une véritable perforation, de même un ulcère qui a commencé par la membrane in-

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 27, 31 août, 3, 5 et 7 septembre 1872.

terne du cœur peut ronger successivement les couches musculaires et la membrane séreuse de cet organe.

Il faut considérer l'inflammation sous un point de vue plus étendu qu'on ne le fait ordinairement; il faut suivre ce grand phénomène dans toutes ses périodes, dans toutes ses terminaisons, étudier ses modifications suivant les tissus affectés et selon sa marche aiguë ou chronique.

Il ne faut jamais oublier que la matière de la suppuration, première condition de toute formation de tissu accidentel, que cette matière varie d'aspect et de nature suivant les organes enflammés; que, partant, il n'est point extraordinaire que les résultats d'une inflammation varient suivant le tissu qu'elle affecte, et même suivant quelques autres circonstances, etc...

Ces exemples de cardite partielle ou circonscrite, caractérisée par l'existence d'un abcès ou d'une ulcération plus ou moins profonde des parois du cœur, ne sont pas rares.

Le ramollissement du cœur est une véritable cardite: si nous sommes parvenus à démontrer le rapport qui existe entre l'aortite et la dilatation de l'aorte, on concevra de suite qu'une relation analogue doit exister entre le ramollissement du cœur et l'anévrysme de cet organe.

Il nous paraît qu'il n'existe jamais indépendamment d'une affection pathologique de la membrane externe ou interne.

Il est rationnel de penser que l'induration du cœur suit la même marche que l'induration de l'aorte et des valvules, et qu'elle passe par les mêmes métamorphoses; la description minutieuse de tous ces accidents anatomiques nous entraînerait beaucoup trop loin.

Bouillaud insiste d'une manière suffisamment explicite, je pense, sur le rôle de l'inflammation dans la production des anévrysmes, des perforations.

Par une intuition singulière, il montre que les tissus doivent passer, sinon par la cellule embryonnaire, du moins par la matière de la suppuration, pour produire de nouveaux tissus.

Sans doute, il ne parle parle pas des anévrysmes valvulaires; mais lorsqu'il a décrit les transformations de l'aorte, il dit que les lésions des valvules et du cœur sont de tout point conformes :

« L'inflammation de la membrane interne du cœur donne quelquefois lieu à l'épanchement d'une matière organi[illegible] l'on ne [illegible] souvent de semblables effusions plastiques à la surface de la membrane enflammée, c'est que la matière sécrétée est entraînée et comme en dissolution dans l'onde sanguine... La lymphe organisable, sécrétée par la membrane interne, paraît être le moyen par lequel se produisent les granulations et les végétations valvulaires. Ce n'est pas d'ailleurs la face interne seulement de cette membrane qui paraît propre à sécréter les matériaux et, pour ainsi dire, les rudiments d'un tissu accidentel ou de nouvelle formation, la face externe paraît être le siége d'une semblable exhalation, et c'est ainsi que l'on peut expliquer la formation des plaques cartilagineuses ou osseuses, que l'on rencontre si souvent au-dessous de cette membrane, à moins que l'on n'aime mieux admettre que ces productions accidentelles prennent naissance au milieu de la matière sécrétée par la tunique fibrineuse et le tissu cellulaire qui l'unit à l'interne frappés d'inflammation... »

C'est sans doute en raison de la perte d'élasticité que la paroi a éprouvée que le plus souvent on trouve la dilatation remplie d'une plus ou moins grande quantité de sang.

La dilatation partielle est analogue à l'anévrysme latéral des artères. Nous n'avons jamais observé rien de semblable au fait de Corvisart, mais nous avons assez souvent trouvé l'une des cavités du cœur dilatée en un point de son étendue, tandis qu'elle conservait ailleurs son état naturel ou qu'elle était même rétrécie. Il n'est pas rare, par exemple, de trouver la portion du ventricule droit, la plus voisine de l'artère pulmonaire, dans un état de dilatation considérable, le reste de ce ventricule conservant son calibre ordinaire.

Je crois donc que Chassinat a tort de dire que MM. Bertin et Bouillaud n'ont parlé de la dilatation partielle que dans une note, qu'ils ne fixent pas davantage leur attention sur la maladie, n'ayant jamais observé rien de semblable.

Chassinat, non plus, n'a jamais rien rencontré de semblable au fait de Corvisart.

Bouillaud assimile les lésions du cœur et celles de l'aorte; qu'on démontre qu'il a tort, et alors il n'aura, en effet, rien compris des anévrysmes du cœur. Nous devons avoir aujourd'hui des notions plus précises qu'il y a cinquante ans, mais soyons justes envers nos maîtres.

Lorsque Parrot dit que Corvisart, Laënnec, Bouillaud, ont pour ainsi dire fait du terme ramollissement le synonyme d'inflammation, il me paraît commettre une fâcheuse erreur; jamais Bouillaud n'a dit que tout ramollissement est inflammatoire, ce qui serait absurde. Oui, il y a un ramollissement qui dépend de l'inflammation, mais non pas toute espèce de ramollissement.

Laënnec, dans son chapitre VII du *Traité de l'auscultation médiate*, examine les dilatations partielles du cœur.

Le cœur peut, dans quelques circonstances, être affecté d'une dilatation partielle et réellement anévrysmatique.

Laënnec rappelle les observations de Corvisart, celle tirée du *Miscellanea naturæ curiosorum*.

Il n'a eu qu'une seule occasion de voir un cas de ce genre; il la doit à Bérard, qui a rencontré un second cas.

L'aspect général de la pièce qui lui a été montrée par Bérard le porte à croire que ces sortes de dilatations se forment à la suite d'ulcérations de la face interne des ventricules; l'amincissement de la substance musculaire, l'union intime qui existait entre elle et les concrétions fibrineuses, la disparition de toute trace des colonnes charnues et l'analogie de ce cas avec l'anévrysme faux consécutif des artères ne permettent guère, ce lui semble, de douter à cet égard.

Laënnec signale une autre espèce de dilatation observée par Morand, 1729, et dont il a communiqué un second exemple à la Société de la Faculté de médecine. Il s'agit des anévrysmes des valvules.

Il signale, dans le ventricule droit, un étranglement très marqué entre les deux portions anormalement dilatées, puis la dilatation de la portion pulmonaire que nous rencontrons, en effet, très-fréquemment.

Il admet la possibilité de la formation de la communication interventriculaire par un ulcère. Il en a vu un exemple qui lui a été présenté par Fouilhoux, élève de la Faculté.

Dans un autre cas, recueilli par Thibert, il y avait communication des quatre cavités auriculaires et ventriculaires.

Il note la dégénération graisseuse, qu'il n'a jamais rencontrée que dans une très-petite partie du cœur et seulement vers la pointe; jamais il n'a vu la rupture du cœur déterminée par cette altération.

Laënnec signale, dans les caillots globuleux, « une matière jaunâtre, opaque, semblable à un pus épais, à une bouillie claire et évidemment formée par une fibrine décomposée semblable à celle que l'on trouve dans les sacs anévrysmatiques. »

On sait que Laënnec réagissait violemment contre la doctrine de Bouillaud, qui attribuait à beaucoup de lésions organiques une origine inflammatoire. Il ajoutait à nos connaissances, ainsi que le fait remarquer Pelvet, la notion de l'anévrysme valvulaire.

Le 5 mars 1835, M. Mercier, notre collègue, présente à la Société anotomique l'observation du nommé H..., recueillie dans le service de Prus. Il s'agit d'un anévrysme de la cloison interventriculaire. On voit manifestement, dit M. Mercier, la membrane interne s'étendre au fond de la cavité; elle est très-épaissie, d'une consistance presque cartilagineuse, incrustée de petites concrétions ostéides de forme lenticulaire et se confond avec celle du cœur sans interruption ni trace d'érosion. Au-dessous, la substance musculaire est beaucoup plus molle que dans toute autre partie, très-pâle, raréfiée et entremêlée de beaucoup de tissu cellulaire. Dans des endroits, ce tissu forme, sur la coupe, de petites îles cernées par du tissu musculaire. A mesure qu'on s'approche des points superficiels du sac anévrysmal, on voit le tissu cellulaire prédominer tellement que, dans cet endroit, il sépare seul la membrane interne du

péricarde et permet de voir très-bien le jour au fond des ventricules et des oreillettes interposés entre l'œil et la lumière.

Je crois, continue M. Mercier, ce fait d'une grande importance sous le rapport anatomique. Peut-on attribuer cette dilatation à une ulcération de la membrane interne, ou à une rupture du tissu charnu, ou à une hernie de la membrane interne à travers les fibres musculaires écartées ? Je ne le pense pas. Je crois que soit simultanément, soit successivement, toute l'épaisseur de la paroi du cœur fut prise d'un travail morbide qui probablement fut de nature inflammatoire. C'est ce travail qui a épaissi, cartilaginifié la membrane interne du ventricule gauche, qui a déterminé de ramollissement, la raréfaction du tissu musculaire et la prédominance du tissu cellulaire. C'est lui qui, se transmettant du tissu charnu à la membrane interne du ventricule droit, y a produit une altération parfaitement limitée à la saillie que fait l'anévrysme de ce côté et tout à fait semblable à celle qu'on remarque dans le ventricule gauche. Peut-être est-ce encore lui qui, plus que toute autre cause, a produit l'adhérence du péricarde à cet endroit.

En juillet 1835, M. Mercier observe un second fait qu'il montre à Prus, mais qui n'appartient pas à Prus, ainsi que le dit Parrot.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 29 août 1872, ont été promus ou nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Robillard (Eugène-Robert), pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Vincennes, officier du 24 décembre 1869 ; 39 ans de services, 12 campagnes (pour prendre rang du 28 juin 1872).

Au grade d'officier : M. Verdier (Guillaume-Paul-Louis-Hippolyte-Pierre), médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Saint-Martin, chevalier du 14 septembre 1855 ; 32 ans de services, 14 campagnes.

Au grade de chevalier : M. De Montméja (Pierre-Michel-Arthur), ex-médecin aide-major au titre auxiliaire.

M. Braconnot (Henry), ex-chirurgien aide-major aux ambulances de la presse ; 13 ans de services, 4 campagnes.

M. Maheut (Victor-François), médecin civil à l'hôpital de Caen ; services rendus pendant la dernière guerre.

— *Hôpitaux de Paris.* — L'ouverture du concours pour le prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 7 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix sous peine d'être rayés des contrôles des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le samedi 7 septembre jusqu'au lundi 23 septembre inclusivement.

— M. le docteur B. Ball, agrégé de la Faculté, suppléant, pendant les vacances, M. le professeur Béhier, a commencé à l'Hôtel-Dieu, le mercredi 4 septembre, des conférences cliniques qui seront continuées les mercredis et samedis, à 10 heures du matin.

La première conférence a eu pour objet : « *La contracture et la paralysie hystériques.* »

— On nous prie de faire savoir à nos lecteurs qu'une position est offerte à un docteur en médecine à 12 kilomètres de Montpellier. Traitement : 3,000 francs ; en plus, logement (7 pièces), chauffage, éclairage et allocations diverses.

S'adresser au médecin de la colonie de Montlobre, par Saint-Georges (Hérault).

— A louer, à Marseille, l'*Institut hydrothérapique du Midi*, fondé par le docteur Gamel, situé sur une des plus belles promenades et parfaitement installé. — S'adresser à Mme Ve Gamel, avenue du Prado, 38, à Marseille.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — HOPITAL DU CAMP DE CHALONS. Des accidents de la foudre-autopsie. (M. Sonrier). — MALADIE DE L'OREILLE. (M. Darin). — ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS. (M. Passant). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Nouvelles. — Bibliographie.

HOPITAL MILITAIRE DU CAMP DE CHALONS

Des accidents de la foudre. — Autopsie.

Par M. SONRIER, médecin en chef.

Nous avons, en 1869, publié, dans la *Gazette des hôpitaux* et dans le *Recueil des médecins militaires*, une relation des nombreux accidents de fulguration observés au camp de Châlons, en indiquant les causes probables de cette prédilection du fluide électrique pour ces vastes plaines dénudées où se dressent tentes coniques, lances, canons de fusils armés de baïonnettes, outils en fer, autant d'appareils qui attirent la foudre. Nous avons même fait connaître les moyens prophylactiques peu dispendieux qu'on pourrait employer pour conjurer ces dangers; mais comme on a répondu à notre appel par une incurie systématique, de nouveaux accidents (10 blessés et 1 mort) sont venus, l'année suivante, confirmer nos appréhensions et poser de nouveau la question des paratonnerres.

Nous voulons aujourd'hui compléter cette étude, en appelant l'attention sur certaines particularités de la matière fulminante dans ses capricieuses irradiations, c'est-à-dire parler des images que le fluide imprime, en lignes de feu, sur le corps des individus, et démontrer, s'il est possible, que les phénomènes de la foudre ne sont plus qu'une question de cabinet de physique, et que, si Franklin a arraché au ciel le sceptre de sa colère, la science moderne doit extirper la superstition, d'autant plus enracinée dans les convictions populaires, qu'elle est plus absurde.

Dans la nuit du 10 au 11 juillet 1870, pendant un violent orage apporté par un vent impétueux de S.-O., la foudre tomba, vers une heure du matin, sur deux tentes habitées par 17 hommes du 32e régiment, en tua 1 et en blessa 10 plus ou moins grièvement.

Au moment du coup de tonnerre, le silence le plus profond régnait sur tout le camp; chaque soldat, enroulé dans sa couverture de laine, écoutait anxieux, sous sa frêle maison de toile, passer les fureurs de l'ouragan. La malheureuse victime faisait part, en ce moment, à son voisin, de la frayeur que lui causait le bruit de la foudre.

Tout à coup, l'intérieur de la tente fut illuminé d'une vive clarté, il y eut comme une explosion lumineuse, avec déflagration : chacun s'est senti frappé, secoué, soulevé, ébloui; quelques-uns ont crié, d'autres ont perdu connaissance, puis tout est retombé dans le silence et les ténèbres : un vieux sergent venu pour rétablir l'ordre, en menaçant de consigner les tapageurs, a trouvé la tente remplie de poussière et de débris de laine, le tout exhalant une odeur de soufre.

Aux premières lueurs du jour chacun se lève, car personne n'avait dormi. Contusionné, brûlé ou roussi, un camarade ne répondait plus à l'appel.

Les deux tentes voisines, foudroyées, sont sur le quatrième rang à partir du front de bandière; elles sont coniques, avec chapiteaux en bois, ayant leurs ouvertures à l'ouest et à l'est fermées par des cordes.

La toile présente, au-dessus de la portière ouest, à 50 centimètres du boulon, deux déchirures arrondies de 2 centimètres de diamètre; c'est le chemin qu'a suivi le fluide pour s'écouler le long du montant de la tente et aboutir au réservoir commun. A l'intérieur, on trouve des débris de bois, de laine, de métaux en fusion. Les schakos ont leurs pompons bourdaloues déchirés, effilochés, les aigles arrachées, projetées de tous côtés, traces de fusion sur les fourreaux de sabre suspendus jusque près du sol. La terre elle-même est plus ou moins labourée, et on remarque un trou de 2 centimètres, que la curiosité des hommes a complétement défiguré. Dans cette tente, 4 blessés et 1 mort; c'est le nommé Anger, 26 ans, soldat au 32e de ligne; il se trouve près de la porte Est, à droite en entrant, c'est-à-dire à l'opposite du vent. Expression calme, placide, yeux fermés, pupilles légèrement dilatées, rigidité cadavérique prononcée (7 heures après la mort), et qu'on brise difficilement. Nous le retrouverons à l'amphithéâtre.

Ses voisins de droite et de gauche, très-rapprochés de lui, sont plus ou moins atteints; la matière fulminante s'est inscrite sur leur peau, en dessins plus ou moins bizarres; figure dendritique, feuilles de fougère, arborisation, maculatures stellaires, raies rubannées parallèles ou en spirales; enfin toutes les capricieuses arabesques de la fantaisie.

Ceux qui sont couchés plus loin ont des lésions moins graves, les brûlures sont moins étendues et plus superficielles. Ces brûlures, ainsi que celles observées dans la tente voisine, ont une couleur rouge groseille carminée (1er degré) sans phlyctènes, disparaissant à la pression, peu douloureuses, et sont, en général, situées sur le thorax, avant-bras; poils roussis, et toujours du côté qui reposait sur le sol. (On sait que les soldats couchent à terre sur un matelas.)

Tous les blessés nous disent qu'ils ont été secoués et soulevés de terre, à une hauteur de 30 centimètres; les uns, couchés sur le ventre, se sont retrouvés assis ou à genoux; les autres, retournés en sens inverse; enfin tous dans les attitudes les plus diverses et dépouillés de leur couverture : ils accusent des douleurs vives dans les articulations, avec brisement des membres; quelques-uns ont été paralysés pendant dix à quinze minutes; chez deux autres, il y a eu un peu d'aphasie, voix étranglée, chevrotante, avec angoisse, anxiété précordiale, dyspnée, tintements d'oreilles, vertiges, éta

qui ne leur permit pas d'appeler du secours; un d'eux a conservé a voix fêlée pendant vingt-quatre heures.

Nous les avons revus deux jours après : disparition successive des symptômes; les brûlures s'effacent, en passant par des nuances moins vives au jaune pâle; il ne leur reste plus qu'une courbature générale, particulièrement fixée dans les mollets, et un souvenir ému de cette scène terrible.

Autopsie. — Autopsie faite vingt-huit heures après la mort; température moyenne, rigidité cadavérique très-prononcée, traces de putréfaction à l'abdomen.

Vers l'extrémité acromiale de la clavicule droite, on trouve trois petites plaies contuses, disposées en ligne droite et distantes de 3 à 4 centimètres; elles sont de la grosseur d'un pois, noirâtres par infiltration sanguine, et semblent être les premiers points frappés par le fluide électrique. (Voir la figure.)

De ces plaies partent des arborisations en forme de feuilles de fougère, qui s'étendent du sommet du thorax jusqu'à l'ombilic; elles ont une coloration carminée, devenue un peu violacée au moment de l'autopsie; cette teinte ne disparaît pas par la pression.

Au périnée, se voit une autre plaie contuse de forme ovalaire, de 2 centimètres de long sur 1 de large, qui paraît avoir été déterminée par un courant ascendant, qui, partant de la face externe du pied gauche, contourne la jambe, longe la face interne des deux cuisses jusqu'au périnée, pour de là se répandre dans le flanc droit, comme pour rejoindre l'autre.

Sur le côté droit du thorax, trois impressions d'une couleur plus foncée, l'une stellaire, en forme de comète; une autre plus allongée, à l'angle inférieur de l'omoplate. En incisant la peau, à leur niveau, on trouve le derme et le tissu sous-cutané intacts: l'ecchymose paraît siéger dans la couche la plus superficielle du derme, réseau de Malpighi.

Après avoir disséqué un lambeau cutané quadrilatère dans l'arborisation, la place élégante du sternum à l'ombilic, on remarque que le tissu adipeux, mis à découvert, présente une teinte violacée manifeste qui tranche sur la coloration jaune environnante. Les poils de la région sternale sont complétement brûlés, une vaste ecchymose cadavérique occupe les parties déclives du tronc.

Crâne : cuir chevelu infiltré de sang, méninges congestionnées; les sinus de la dure-mère sont remplis d'un sang noirâtre et très-diffluent; l'hémisphère droit présente une ecchymose sous la pie-mère, avec piqueté superficiel de la substance cérébrale, occupant deux ou trois circonvolutions pariétales, ramollissement et aspect tomenteux des couches optiques. Rien à signaler ailleurs.

Poumons : le poumon droit présente à la face externe de son lobe supérieur, près du sommet, une ecchymose avec infiltration sanguine du parenchyme; partout ailleurs ces organes sont sains, crépitants, surnagent et ont une coloration normale.

Cœur : flasque, ses cavités ne contiennent qu'une faible quantité de sang noir et diffluent.

Estomac : on trouve dans ce viscère une bouillie alimentaire jaunâtre, exhalant une odeur acétique et contenant des haricots encore intacts, neuf heures après la digestion.

Abdomen : sérosité sanguinolente trouble dans la cavité péritonéale, répandant une forte odeur de putréfaction.

Malgré l'autopsie presque négative qui garde le secret de la mort, il n'en est pas moins établi qu'elle a été déterminée par sidération instantanée. Anger n'a fait aucun mouvement, n'a poussé aucune plainte, aucun soupir; personne n'a rien entendu.

Nous voulons appeler l'attention sur quelques points importants. On a dit que c'est aux extrémités d'une file que les hommes sont frappés; ici, c'est le contraire : la décharge électrique a eu lieu sur Anger ; ses voisins de droite et de gauche sont fortement atteints, puis, leurs voisins n'éprouvent que des secousses légères, sans brûlures très-étendues; il semblerait que la sphère fulgurante projette ses irradiations du centre à la circonférence et produit des lésions qui sont en raison inverse de la distance.

Les brûlures ont toujours lieu à la partie déclive du corps, qui est en contact avec le sol, à l'endroit même où les deux électricités se reconstituent.

Quant aux figures dendritiques, arborescentes, cruciales, stellaires, etc., etc., qu'on a voulu rattacher à des images photo-électriques reproduisant les objets du voisinage, nous avouons qu'avec la meilleure volonté, nous n'y pouvons croire; l'ingénieuse explication se trouve ici en défaut, par cette raison qu'il n'existe aucun arbre dans ces plaines dénudées, aucun objet dans la tente semblable à ces dessins; il faut donc chercher une autre explication. N'y aurait-il pas là un phénomène analogue aux figures produites, par deux électricités contraires, sur un plateau de résine neutre recouvert d'un mélange de minium et de soufre, et connu des physiciens sous le nom de figures de *Lichtenberg?* ou bien, faut-il voir, dans la direction de ces ramifications, parallèles à la direction des artères mammaires internes et épigastriques, une prédilection du fluide à suivre le cours du sang? Question que nous osons à peine soulever, et qui ouvre le champ à bien des hypothèses.

Quoi qu'il en soit, il n'en reste pas moins acquis à la science, d'avoir pu constater les effets variables de la foudre. Chez Anger, le météore électrique, par une décharge violente, épuise les forces nerveuses et anéantit par sidération. Chez les voisins, la dose du fluide étant moins considérable, l'effet est moindre, et ils ont conservé assez d'intelligence pour s'apercevoir qu'ils ne sont que paralysés. Ceux qui sont plus éloignés, n'ont eu que des secousses avec brûlures légères.

Nos remerciements affectueux à MM. Barberet, médecin-major du 32e régiment de ligne, Fournier et Rebstock, nos aides-majors, pour les notes intéressantes qu'ils nous ont fournies.

MALADIES DE L'OREILLE (1)

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

Obs. II. — *Malformation congéniale des deux oreilles et absence du conduit auditif.*

Miss A. J., 22 ans, me consulta, en 1851, sur la recommandation du docteur Théophile Thompson. A l'examen, un très-petit repli de tégument, renfermant une délicate portion de cartilage, représentait chacun des pavillons. Le seul vestige du conduit auditif était de chaque côté, une très-légère dépression, sous la partie inférieure de laquelle on sentait un os résistant. La malade entendait parfaitement quand on lui parlait fort, à $0^m,30$ de la tête, et mieux encore lorsque la voix était dirigée sur le vertex. Elle a un léger embarras de la parole; la face est courte et de forme carrée; l'apophyse zygomatique ne paraît pas s'être développée. Quand elle essaye de faire une expiration forcée, le nez et la bouche fermés, elle éprouve un sentiment de pression dans les deux oreilles. Elle n'entend pas aussi bien quand elle est enrhumée. Trois mois auparavant, un chirurgien avait fait une incision cruciale sur la dépression du côté gauche, mais sans rencontrer de conduit auditif. La malade crut entendre un peu mieux pendant le temps que l'incision resta ouverte, mais il fut impossible de l'empêcher de se fermer. Je lui conseillai de ne point se laisser faire de nouvelle opération et de se trouver contente du degré d'ouïe qu'elle possédait. Elle mourut environ deux ans plus tard; mais on put arriver à faire l'examen *post mortem*.

Le labyrinthe participe parfois au développement anormal; dans

(1) Voir les numéros des 26 mars et 16 avril 1872.

ces cas, les malades sont complétement sourds de naissance. Il est toutefois agréable au chirurgien de pouvoir assurer aux parents des enfants pour lesquels on viendrait le consulter, qu'en règle générale il existe un développement de l'organe suffisant pour l'éducation de ces pauvres petits et pour les besoins ordinaires de la vie.

Ainsi, un des cas vus par le docteur Allen Thomson concernait un enfant qui était en état de faire des commissions pour son père, boucher. Il pouvait prendre part à la conversation de ses proches; un étranger parvenait même à s'en faire entendre en articulant lentement, distinctement et avec assez de force. Une jeune fille, d'une intelligence restreinte en partie par suite de faiblesse, en partie par l'imperfection du sens de l'ouïe, comprenait néanmoins ce qu'on lui disait lentement et distinctement, et répondait toujours par la parole.

Dans la plupart des cas de difformité de l'oreille externe et du conduit auditif, on a observé une forme carrée particulière de la face; assez souvent on trouve aussi une imperfection de la parole et de la déglutition. Ainsi, sur un enfant d'un mois que je vis en consultation avec M. Roberts, et sir John's Wood, en 1853, le conduit auditif faisait complétement défaut et les pavillons n'étaient que partiellement développés; le menton était beaucoup plus retraité qu'à l'état normal, et il n'était pas rare de voir la régurgitation par le nez du contenu de l'estmoac pendant l'éructation.

Oreilles surnuméraires. — Suivant M. Wilde, Cassebohm cite l'exemple d'un enfant pourvu de quatre oreilles, deux placées naturellement et les deux autres situées au-dessous, au côté du cou; dans ce cas, il y avait deux rochers à chaque os temporal.

(A suivre.)

ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

RAPPORT

De la commission chargée de l'examen des mémoires adressés pour le concours du prix proposé sur cette question par la Société des médecins des bureaux de bienfaisance.

Messieurs, dans votre séance du 10 avril 1872, vous avez élu une commission de cinq membres, composée de MM. Chaillery, Donadieu, Gibert, Passant et Pellarin, à laquelle vous avez confié le soin d'examiner les mémoires envoyés au concours pour le prix de 300 francs fondé par notre Société, et destiné au meilleur travail sur l'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de Paris. Je viens, en qualité de rapporteur nommé par votre commission, vous rendre un compte sommaire et rapide de son appréciation.

Au 1er avril, date extrême fixée par la Société, trois mémoires avaient été adressés à votre secrétaire général. Deux longues séances ont été, les 20 et 22 avril, consacrées à leur examen, et les lectures ont eu lieu dans l'ordre suivant:

I. Le mémoire inscrit sous le n° 1 et portant la devise : « *Miserrimis succurrere disco,* » n'est, à proprement parler, qu'une lettre de quatre pages, dans laquelle l'auteur s'excuse tout d'abord de la brièveté de son récit. Il fait ressortir l'importance du service médical à domicile sur celui des hôpitaux, au point de vue des dangers de l'encombrement, de l'économie pour l'administration, de la solidarité de la famille et de la moralité. Il croit qu'il est impossible à un petit nombre de médecins d'aller visiter un nombre considérable de malades à des distances aussi étendues. Il propose de distribuer chaque arrondissement en autant de circonscriptions qu'il y aurait de médecins inscrits : chacun de nous verrait ainsi, sans trop se déranger, ses malades pauvres en même temps que ceux de sa clientèle. Nous serions rétribués suivant l'importance et les ressources de l'arrondissement.

Notre confrère ne nous paraît pas très-bien connaître la répartition des médecins sur le sol parisien. Si ses vœux étaient réalisés, il n'y aurait plus dans le centre que des fantômes de circonscriptions, pour le service desquelles on oserait à peine demander des appointements, tandis que les arrondissements excentriques seraient toujours aux prises avec les mêmes difficultés, puisqu'ils ne renferment qu'un nombre très-limité de médecins, et que tous ne recherchent pas les fonctions de médecin du bureau de bienfaisance, très-pénibles dans ces quartiers.

Votre commission est d'accord avec l'auteur quand il demande que chaque médecin ait le droit de prescrire des aliments sous forme de bons de viande, de soupes grasses, de vin, etc. Mais n'est-ce pas, ainsi que le craint M. Pellarin, un peu trop exiger de l'Administration de l'Assistance publique, à une époque où ses ressources sont bien obérées?

Notre confrère termine sa note en demandant qu'on crée une institution de petites sœurs des pauvres, qui visiteraient à domicile nos malades, sans distinction de culte, et passeraient les nuits près des plus gravement atteints par la maladie.

La première partie de ce programme est déjà réalisée, puisque les sœurs attachées à la circonscription de chacun de nous visitent nos malades. Mais comme elles ne séjournent pas près de ceux qui auraient besoin de soins continuels, notre Société avait déjà formé le vœu qu'il existât, pour venir en aide à nos indigents alités ou isolés, une communauté de sœurs gardes-malades, créée à l'instar de celles de Bon-Secours ou de Troyes, qui ne soignent guère que les malades riches de la ville. Nous savons bien que les sœurs établies depuis plusieurs années rne de la Barouillère, à Paris, ont été instituées dans ce but. Malheureusement, elles sont très-peu nombreuses et ne peuvent passer que quelques heures par jour près des malades nécessiteux.

II. Le mémoire inscrit sous le n° 2 et portant la devise : « *Les idées générales, bases du savoir, sont les propriétés essentielles de l'esprit; elles ont pour caractère de se connaître elles-mêmes et de servir par là à connaître ce qui n'est pas elles* », constitue un travail parfaitement écrit et intéressant au point de vue de l'historique de l'assistance à domicile. Plusieurs pages sont consacrées à des considérations philosophiques et économiques qui ont paru à votre commission en dehors du programme tracé par la Société. C'est ainsi qu'après s'être déclaré partisan du droit au travail, problème qui, suivant lui, dépend de l'économie sociale, l'auteur soutient que le droit à l'assistance est une question qui appartient à l'humanité, et dont la solution peut particulièrement être demandée aux médecins. Ces points établis, l'indigent a, d'après lui, des droits égaux à recevoir à domicile les mêmes secours que dans les hôpitaux. Vos commissaires ne croient pas devoir suivre l'auteur dans cette voie, qui est celle du socialisme.

Notre confrère voit à regret les salles d'hôpitaux encombrées par des affections aiguës qui deviennent autant de foyers miasmatiques dans lesquels succombent un grand nombre de sujets. Il voudrait qu'on y reçût beaucoup plus d'affections chroniques, surtout lorsque les malheureux qui en sont atteints habitent seuls et que leurs logements sont insalubres. Ce serait, comme on le voit, presque le contre-pied de ce qui existe, et il est permis de douter que ce programme fût bien accueilli par la majorité des médecins des hôpitaux, qui aiment à avoir un service mouvementé.

L'auteur du mémoire ne voudrait pas que le maire fût président du bureau de bienfaisance, ce magistrat étant trop souvent renouvelé, à l'époque troublée dans laquelle nous vivons. Il ne nous dit pas par qui il le remplacerait. Notre confrère voudrait encore que les secours ne fussent pas proposés par le visiteur à la commission, qui ratifie toujours ce que celui-ci demande, mais bien par le médecin traitant. Le visiteur, dans ce cas, ne serait, près de la commission, que l'interprète des prescriptions du médecin, dont il dépouillerait les bulletins de visite. L'auteur en donne un modèle.

Sur la première ligne, le diagnostic et la terminaison de la maladie.

Sur la seconde, l'étiologie et les antécédents du sujet et de sa famille.

Dans la troisième, les prescriptions pharmaceutiques, avec une colonne pour indiquer au malade l'emploi des médicaments.

Dans la quatrième, l'alimentation, spécifiant la quantité par les mots : diète, bouillon fort ou faible, potages, etc. Ces bulletins pourraient, tous les trois mois, être analysés par un médecin de chaque bureau. On aurait ainsi une statistique exacte de toutes les maladies endémiques et épidémiques de la ville, non moins intéressante que celle des hôpitaux, auprès de laquelle elle pourrait prendre place.

Votre commission n'hésite pas à approuver ces idées, qui ont déjà été formulées dans ce sens, à diverses reprises, au sein de notre Société, et elle pense qu'un bulletin un peu moins compliqué pourtant, tel que celui dont elle a soumis un modèle à M. le chef de la division des secours, suffirait pour le moment, et permettrait d'atteindre le but signalé par notre confrère.

L'auteur désirerait que le choix des médecins fût soumis à l'appréciation des médecins de chaque bureau. Votre commission est aussi de cet avis. Toutefois, elle estime que le droit de présentation suffirait pour concilier les susceptibilités des médecins et celles de l'administration, qui a seule le droit de nomination.

Notre confrère voudrait encore que l'indication des médecins des bureaux de bienfaisance fût la même que celle des médecins des hôpitaux; mais, en revanche, l'administration serait en droit de leur demander davantage, ou du moins de leur fournir le moyen de rendre leur service plus régulier et plus utile. Nous ne pensons pas de même; l'indemnité ne peut être uniforme. Douze cents francs ne suffiraient pas pour les circonscriptions excentriques.

L'auteur du mémoire que nous analysons désirerait que les consultations n'eussent plus lieu dans les maisons de secours ; que ces établissements, qui sont au nombre de trois ou quatre par arrondissement, fussent supprimés, ainsi que les pharmacies qui y sont annexées. Suivant notre confrère, les consultations seraient centralisées dans chaque mairie, au siége administratif du bureau de bienfaisance; elles seraient quotidiennes et à heures fixes, et faites à tour de rôle par tous les médecins du bureau. A chaque mairie, serait attaché un interne en pharmacie, ayant au moins quatre années de stage, qui délivrerait aux indigents les médicaments prescrits par les médecins à la consultation et à domicile.

Votre commission a le regret de ne pouvoir accueillir ces propositions. La mairie lui paraît un lieu imparfaitement choisi pour recevoir et soigner des malades ; elle est souvent fort éloignée d'un certain nombre des quartiers de l'arrondissement, et il est en outre probable qu'il n'en est pas une seule qui puisse se prêter à un semblable aménagement. Un interne en pharmacie ne suffirait pas non plus à un service si considérable.

En dernier lieu, l'auteur est heureux de constater que le service des accouchements à domicile ne laisse rien à désirer. A cet égard, nous ne sommes pas aussi satisfaits que lui. N'était-il pas opportun de parler de l'utilité des petites maternités qui devraient être annexées à chaque maison de secours et de la nomination d'un médecin du bureau de bienfaisance chargé particulièrement des accouchements difficiles et de la surveillance des accouchements naturels confiés aux sages-femmes dans chaque arrondissement?

Ce travail se termine, comme il a été commencé, par un vœu chaleureux pour que l'Assistance publique soit considérée comme un principe et un devoir à inscrire dans la constitution future.

III. Le mémoire nº 3 porte l'épigraphe suivante : « *Ceci est un livre de bonne foi.* » L'auteur est fidèle à sa devise, car c'est presque un livre qu'il nous adresse, son manuscrit comprenant 50 grandes pages qui dénotent toutes la plus parfaite sincérité. Il se divise en deux grands chapitres : le premier renfermant les dispositions ayant rapport aux malades; le second, les dispositions relatives aux médecins. C'est une bonne division.

Le premier chapitre est presque entièrement consacré à la question du service pharmaceutique fait par les sœurs. Tout en rendant justice aux religieuses, qu'il ne voudrait pas voir remplacées par des laïques dans la visite des malades à domicile, notre confrère tient absolument à ce que la pharmacie des indigents leur soit retirée, ce service fait par elles lui paraissant essentiellement mauvais, défectueux, et de plus dangereux. On peut objecter la question d'économie : c'est mal la comprendre. Les sœurs n'offrent aucune garantie d'instruction pratique, il faut les éliminer, toutefois, avec les égards qu'elles méritent. Voici comment il y supplée. Il propose de laisser les maisons de sœurs organisées telles qu'elles sont ; d'isoler de la communauté les pharmacies si bien établies dans quelques-unes de ces maisons Un interne en pharmacie, reçu au concours, y exécuterait les prescriptions, comme dans les hôpitaux. Les pharmaciens de la ville seraient supprimés, toutes les formules des médecins étant remplies par l'interne. Cependant, un pharmacien délégué et non rétribué viendrait chaque jour inspecter le service de l'interne. L'interne serait de service de 9 heures à midi et de 2 heures à 6 heures. Il serait secondé par un ou plusieurs serviteurs. Notre confrère, pour parer à l'objection d'un surcroît de dépense qu'une semblable création entraînerait, réduirait à deux les pharmacies de chaque arrondissement.

Votre commission, tout en admettant que, dans quelques arrondissements, les sœurs ne sont pas très-bien initiées au service de la pharmacie, reconnaît que, dans d'autres, il y en a de très-capables, et qu'on pourrait les laisser à la tête de cet important service, en exigeant de celles qui ne sont pas au niveau de leur tâche des conditions de stage et de capacité. Ce serait à l'administration qu'appartiendrait cette surveillance, qui assurerait l'accomplissement des vœux formés par les médecins des bureaux de bienfaisance, désireux que leurs prescriptions soient bien exécutées. Votre rapporteur lui proposerait un moyen bien simple et très-pratique. Il consisterait à recommander aux pharmaciens en chef des hôpitaux chargés de la surveillance des pharmaciens des maisons de secours, de n'admettre à la préparation des médicaments que les sœurs dont ils auraient reconnu l'aptitude et le savoir.

Voici sur quelles opérations nous nous appuyons pour le maintien des sœurs, avec les modifications précitées. Leur remplacement par les internes en pharmacie ne comblerait pas les *desiderata* signalés par notre confrère ; le service qu'ils font dans les hôpitaux laisse bien à désirer, ainsi que l'atteste une discussion récente soulevée dans le sein de la Société médicale des hopitaux, et il serait à craindre qu'il en fût de même dans les maisons de secours, où ils n'auraient plus le contrôle du pharmacien en chef. Le pharmacien de la ville auquel il incomberait, ne quitterait que rarement son officine pour surveiller un élève, sur lequel il n'aurait aucune prise. Et puis, un interne ne suffirait pas, les pharmacies étant réduites à deux par arrondissement ; il lui faudrait des aides, qui offriraient encore moins de garantie que les religieuses. D'autre part, on ne peut pas, d'après ce système, supprimer d'une façon absolue les pharmacies de la ville. En effet, où iraient nos preseriptions d'urgence, quand nous serions appelés près des malades en dehors des heures où l'interne ne serait plus à la pharmacie?

La seule bonne manière, suivant nous, de résoudre la question du service pharmaceutique, serait de le confier à un pharmacien reçu, responsable et résidant, suffisamment rémunéré, et qui choisirait ses aides. Mais c'est là une grosse dépense. L'administration est-elle en état de la supporter dans les conditions actuelles? En attendant que ce projet puisse se réaliser, nous estimons qu'il y a lieu de continuer à confier aux sœurs la pharmacie des maisons de secours, en exigeant d'elles un savoir pratique, ce qu'on doit attendre de collaborateurs aussi importants.

Notre confrère est en communauté d'idées avec les deux autres compétiteurs, et votre commission, en demandant que, dans les cas urgents au moins, et avant que le visiteur ait fait statuer sur la question de secours à accorder (ce qui exige toujours un délai de plusieurs jours) le médecin soit autorisé à prescrire immédiatement les aliments qui lui paraissent indispensables.

Dans le second chapitre, l'auteur traite des dispositions ayant rapport aux médecins. Il dit que, dans les arrondissements nécessiteux, le service est mal fait, non pas qu'il accuse ses confrères et lui-même de négligence, mais à cause de l'impuissance où l'on est de pouvoir faire bien, les malades étant très-nombreux et disséminés sur un territoire très-étendu. Les médecins, quand ils habitent l'arrondissement, sont toujours éloignés des circonscriptions

très-nécessiteuses; de plus, bon nombre d'eutre eux ne résident pas sur l'arrondissement. C'est une grande dérogation au règlement de 1860 (expliquée, du reste, par la pénurie de médecins) qui demande que le médecin de bureau de bienfaisance ait sa résidence réelle dans sa circonscription, ou au moins à proximité. Notre confrère adresse la même critique aux consultations, qui ne peuvent pas être sérieuses, 80 malades, en moyenne, se présentant à chacune d'elles. Il se plaint aussi de l'aménagement actuel de nos cabinets, trouve qu'on n'a pas songé au traitement des affections utérines et voudrait que tous possédassent un lit de visite. Pour obvier à cet encombrement des consultations hebdomadaires, il demande qu'elles aient lieu trois fois par semaine, et qu'une quatrième consultation soit consacrée aux maladies des femmes.

Notre confrère laisse les bureaux de bienfaisance du centre de Paris organisés tels qu'ils le sont actuellement, et ne fait porter sa réforme que sur ceux des quartiers excentriques. Il demande d'abord qu'il soit fait dans les arrondissements pauvres une nouvelle délimitation des circonscriptions, en prenant pour base le chiffre de la population indigente inscrite, de telle façon que trois médecins au plus soient affectés au service médical.

Sur le premier point, votre commission est aussi du même avis, et elle considère que cette mesure est urgente à prendre dans tous les arrondissements. Partout, en effet, les circonscriptions sont très-artificiellement composées; mais elle préférerait que l'on prît pour base, non les indigents inscrits, qui varient beaucoup suivant les quartiers, mais la moyenne des malades soignés à domicile pendant une période déterminée.

D'après l'auteur, les médecins se voueraient exclusivement au service des pauvres; ils s'interdiraient absolument le droit de faire de la clientèle; en cas d'infraction, des peines disciplinaires pourraient leur être infligées. Ils seraient assimilés, sous ce rapport, aux médecins de régiments, qui se doivent avant tout à leurs soldats. Ils seraient strictement tenus à habiter réellement dans leur circonscription; à cet égard, aucune excuse ne serait admise. Les consultations seraient, comme il a été dit plus haut, au nombre de trois à quatre par semaine. On n'arriverait au chiffre de trois médecins par arrondissement qu'au fur et à mesure que des vacances se produiraient et sans froisser de légitimes intérêts.

Notre confrère, comme on le voit, transforme le médecin du bureau de bienfaisance en véritable médecin des pauvres, vivant au milieu d'eux, les faisant constamment bénéficier de son désintéressement, de ses conseils et de son influence moralisatrice. A une semblable abnégation, il fallait une compensation pécuniaire; notre confrère n'a pas manqué d'y songer. Il propose de fixer les appointements de chacun de ces trois médecins à 5 ou 6,000 francs par an. La dépense actuelle est de 12 à 13,000 francs : ce ne serait, dit-il, qu'une augmentation de 4 à 5,000 francs par arrondissement, pour avoir un service bien fait.

Ce second chapitre est, suivant nous, la partie essentielle, neuve et originale de ce mémoire, et votre commission n'hésite pas à appeler sur lui toute votre attention. Non pas qu'elle admette à la lettre tout ce qu'il renferme, car nous ne croyons pas qu'on puisse enlever au médecin du bureau de bienfaisance son indépendance, au point de lui interdire de faire de la clientèle, et, d'un autre côté, en ce qui concerne le médecin lui-même, un médecin peut-il être ainsi discipliné? Nous trouvons aussi que trois médecins seraient insuffisants pour satisfaire aux besoins d'une population nombreuse et très-disséminée. Il faudrait au moins quatre médecins (un par chaque quartier municipal), à chacun desquels on allouerait 4,000 francs, au minimum. On leur laisserait toute leur liberté, mais on exigerait que le service des pauvres fût considéré par eux comme leur principale occupation. Notre confrère ne parle pas de médecins suppléants ou adjoints : leur création serait pourtant indispensable.

Conclusions. — D'après cette analyse, vous voyez, messieurs, que les deux derniers mémoires sont importants à plus d'un titre; mais cependant aucun d'eux ne nous paraît avoir résolu le problème posé par vous. Pour notre part, nous aurions voulu voir les concurrents aborder tour à tour les différentes questions médico-administratives qui se rattachent à notre service, chercher à l'assimiler au service d'hôpital, signaler les difficultés que l'on rencontre pour arriver à ce résultat, les moyens de les surmonter; nous parler, si cela est possible, de l'état des bureaux de bienfaisance dans chaque arrondissement, de leurs ressources particulières, les comparer entre eux et nous dire si l'on peut uniformiser le service. Les concurrents ne nous parlent pas du service des accouchements à domicile et de l'utilité si bien indiquée, maintenant qu'il a pris plus d'extension, d'en confier la direction à l'un de nous par arrondissement. N'aurait-il pas été possible d'aborder la question des opérations chirurgicales à domicile? Nous pensons que lorsque les bureaux de bienfaisance seront sortis de la routine actuelle, une part, limitée sans doute, mais non sans quelque importance, y sera faite à la chirurgie, les opérations, de même que les accouchements réussissant mieux à domicile qu'à l'hôpital. En dehors des gardes-malades, des aides plus intelligents nous seraient utiles pour les opérations de petite chirurgie, l'application de l'électricité, etc. Ne pourrait-on pas non plus initier les étudiants en médecine à notre service lorsqu'il sera reconstitué, régénéré, en attacher un ou deux à chaque médecin du bureau de bienfaisance et poser ainsi les bases d'un enseignement polyclinique autrement vaste et sérieux que celui qui fait tant de bruit au delà du Rhin.

Nous aurions aussi aimé qu'on essayât de faire réaliser quelques économies à l'administration. Ne savons-nous pas tous qu'il se fait aux consultations un véritable abus de médicaments? Comment y parer? Un bon historique des bureaux de bienfaisance est aussi à faire... etc.

Nous ne voulons pas cependant par cette critique, et ne signalant que des lacunes, amoindrir la valeur de ces mémoires, du dernier surtout, dont les idées relatives à la diminution considérable du nombre des médecins qui, dans son projet, seraient appointés convenablement, pourraient peut-être servir de base à une réforme générale des bureaux de bienfaisance, non-seulement dans les quartiers excentriques, comme il le propose, mais même dans toute l'étendue de Paris.

En conséquence, votre commission, pensant qu'aucun des compétiteurs n'a complétement résolu la question que vous avez posée, a l'honneur de vous proposer de la remettre au concours pour une époque que vous voudrez bien fixer et d'accorder une mention très-honorable à l'auteur du mémoire n° 3 et une mention honorable à l'auteur du mémoire n° 2.

Ces conclusions ont été adoptées.

Dr Passant,
Secrétaire général de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance, rapporteur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 19 avril 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend le *Bulletin médical de l'Aisne*.

M. le docteur A. Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage, adresse une lettre à M. le président, pour demander à la Société de vouloir bien le comprendre parmi les candidats au titre de membre correspondant. A l'appui de sa candidature, M. le docteur Doyon fait hommage à la Société des ouvrages suivants :

1° *De l'herpès récidivant des parties génitales;*

2° Le tome Ier du *Traité des maladies de la peau,* de Ferdinand Hébra, traduit et annoté par M. le docteur Doyon.

En l'absence de M. Duchenne (de Boulogne), M. Charrier, secrétaire général, lit un nouveau mémoire de notre collègue sur la paralysie pseudo-hypertrophique. Ce mémoire n'est que le dévelop-

(1) Suite. — Voir les numéros des 24, 27, 31 août, 3, 5 et 7 septembre 1872.

nement d'un travail qu'a déjà fait connaître M. Duchenne dans une des précédentes séances.

M. LUNIER. Dans notre avant-dernière séance, chacun a pu faire ses observations sur le travail de M. Duchenne ; je n'ajouterai qu'un mot à ce qui a pu déjà être dit.

L'autopsie semble avoir prouvé à l'observateur, qu'il y avait absence complète de lésion anatomique du côté de la moelle; M. Duchenne nous a dit que la lésion probable était du côté du grand sympathique; je fais une réserve pour ce qui est de la moelle.

M. DELASIAUVE. Je demanderai à M. Duchenne pourquoi il a appelé cette affection paralysie, car il n'y a pas là réellement paralysie; il y a gêne seulement dans les mouvements.

M. DUCHENNE. Je pense que la réponse est faite dans mon travail: en effet, il n'est pas nécessaire que nous ayons constaté une lésion anatomique pour pouvoir dire qu'il n'y a pas paralysie. Il suffit qu'il y ait affaiblissement ou perte du mouvement pour que l'on puisse dire qu'il y a paralysie. Au début de l'affection, il y a affaiblissement, et dans l'observation du jeune G... il y a eu finalement paralysie complète pendant plus d'un an. Est-ce que, d'ailleurs, il n'y a pas eu des paralysies hystériques, des paralysies rhumatismales, etc.?

Pour répondre à M. Lunier, je dirai que, pour moi, la question est jugée quant à la moelle, car avec les moyens d'investigation que nous possédons, et dont nous avons fait usage, moyens d'investigation qui sont des plus puissants, on ne trouve rien dans la moelle.

M. DUROZIEZ. Dans les cas de sclérose des muscles, y a-t-il altération de la fibre du cœur?

M. DUCHENNE. On ne trouve aucune altération ni dans les fibres du cœur, ni dans les fibres du diaphragme, et pendant la vie on n'observe aucun trouble dans les fonctions respiratoires.

M. GIRALDÈS. A M. Duchenne qui nous a dit: l'affaire est jugée pour ce qui est de la moelle, je répondrai : vous auriez pu dire avec plus de raison : par les moyens d'investigation que nous possédons *actuellement*. Quant au procédé employé par M. Duchenne pour prendre sur le vivant la substance musculaire, il a été mis en usage la première fois par le docteur Küss, le regretté professeur de Strasbourg.

M. DUCHENNE. Je crois que le harpon de Mideldorf est antérieur au procédé employé par le professeur Küss.

M. DURAND-FARDEL lit un mémoire sur le traitement de la métrite chronique par les eaux minérales.

M. GILBERT D'HERCOURT lit la note suivante sur les dangers des longs voyages entrepris immédiatement après le mariage.

Messieurs, depuis une vingtaine d'années environ, il s'est introduit dans nos mœurs une coutume aussi préjudiciable à la santé de ceux qui la pratiquent, qu'elle est contraire à l'éducation morale que nous donnons à nos filles; je veux parler des voyages qui commencent aussitôt après la bénédiction nuptiale, que l'on prolonge pendant un, deux ou trois mois, quelquefois plus, en les semant de courses folles en chemins de fer, à cheval, ou à âne, d'excursions pénibles dans les montagnes, de veilles fréquentes et prolongées s'abandonnant à tous les entraînements de la passion, sans autre souci que celui de bien profiter du *tandem custode remoto*.

Est-il surprenant que, dans de pareilles conditions, on voie survenir la dépression des forces et baisser le degré de résistance organique aux influences morbides? A-t-on lieu de s'étonner, par exemple que des voyageurs, ainsi surmenés, contractent les maladies épidémiques qui règnent dans les localités où ils se sont arrêtés, ou que l'utérus, soumis à des excitations nouvelles pour lui, s'affecte plus ou moins gravement et durablement? Non, assurément. L'expérience, d'ailleurs, nous a appris que la production de semblables accidents est la conséquence presque forcée des circonstances que je viens de rappeler. En effet, il n'est pas de médecins qui n'aient eu souvent l'occasion d'observer des cas de maladie dont le fatal voyage de noce avait été la cause unique et directe.

Jusqu'ici, messieurs, les médecins ont laissé faire. En aucune façon, que je sache, ils ne sont intervenus pour éclairer le public et l'empêcher d'obéir aussi aveuglément à une mode blâmable à tous égards.

Cette abstention doit-elle durer? Je ne le pense pas; elle me paraît en opposition avec notre caractère et avec nos habitudes de dévouement aux intérêts sanitaires. Quand tant de jeunes imprudents s'exposent à des dangers presque certains, je crois que le devoir de les avertir nous incombe.

Mais où trouver les moyens de lutter avec avantage contre le pouvoir de la mode? Comment faire pour détruire une coutume qu'elle a consacrée comme un privilége des classes riches? Je crains que la voix d'un seul écrivain, quelque compétente qu'elle soit, n'ait pas l'autorité suffisante.

C'est pourquoi, messieurs, je viens proposer à notre honorable Société, dont l'autorité est notoire, de se saisir de ce rôle, et l'inviter :

1° A vouloir bien mettre à l'ordre du jour de l'une de ses prochaines séances la question de « l'inopportunité des longs voyages commencés sussitôt après le mariage; »

2° A nommer une commission chargée de résumer et de publier la discussion qui aura lieu sur ce sujet.

Après quelques observations de MM. Lunier, Gallard, Charrier et Lagneau, la question est jugée assez importante pour que la discussion soit mise à l'ordre du jour de la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel : Ad. Tissier.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONCOURS

Pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes.

Année 1872.

L'ouverture du concours pour le prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 7 octobre, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'administration, avenue Victoria, n° 3.

MM. les élèves internes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont *tous* tenus de prendre part au concours des prix sous peine d'être rayés des contrôles des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de une heure à trois heures, depuis le samedi 7 septembre jusqu'au lundi 23 septembre inclusivement.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent se présenter au secrétariat général de l'administration, pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture de ce concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés, devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches ne peut être accueillie.

Les élèves externes reçus au concours ont seuls le droit de se présenter pour les places d'élèves internes. Ils ne doivent pas être âgés de plus de 28 ans.

Ils ne sont inscrits pour le concours de l'internat que sur le vu des pièces ci-après :

1° Un certificat constatant leur service en qualité d'externes, au moins depuis le 1er janvier précédent, sans interruption motivée;

2° Des certificats délivrés par les médecins ou chirurgiens et par les directeurs des établissements dans lesquels ils ont fait un service en qualité d'externes, et attestant leur exactitude, leur subordination et leur bonne conduite.

La nomination aux places d'internes vacantes et les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie sont l'objet d'un seul et même concours.

Les épreuves pour les concours aux places d'élèves internes en médecine et en chirurgie sont réglées comme il suit :

1° Une épreuve d'admissibilité, consistant en une composition écrite sur l'anatomie et la pathologie, pour laquelle il sera accordé deux heures.

2° Une épreuve orale sur les mêmes sujets. Il sera accordé dix minutes à chaque candidat pour développer, après dix minutes de réflexion, la question qui lui sera échue.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Pour la composition écrite.......... 30 points.
Pour l'épreuve orale................ 20 —

Ces opérations terminées, le jury procède au classement des candidats, et, par suite, les prix accessits et mentions sont décernés aux quatre premiers élèves, dans l'ordre de leur nomination.

Le jugement définitif porte sur l'ensemble des épreuves de la première et de la deuxième série. Le jury se fait représenter, au moment de porter son jugement, les notes confidentielles qui ont été délivrées par les chefs de service aux candidats, depuis qu'ils remplissent les fonctions d'externes dans les hôpitaux.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves internes en médecine et en chirurgie, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer, au besoin, les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

Les élèves externes qui terminent leurs trois années d'exercice, peuvent être compris dans la liste supplémentaire de l'internat, mais à la condition de justifier de leur intention de rester dans le service des hôpitaux en se faisant de nouveau recevoir externes.

Tout élève externe en médecine et en chirurgie, de deuxième ou troisième année, qui ne concourra pas pour les prix, sera, dès ce moment, privé du droit de continuer son service dans les hôpitaux.

Paris, le 5 septembre 1872.

Le directeur de l'administration générale de l'Assistance publique,
Signé : Blondel.

Pour copie conforme :
Le secrétaire général :
A. Bailly.

— Le docteur Verrier commencera un cours spécial pendant les vacances sur les opérations obstétricales le lundi 16 septembre 1872, à l'amphithéâtre rue Larrey, n° 8, à trois heures. Il les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

MM. les élèves recevront, en s'inscrivant, une carte d'entrée pour la clinique de M. Verrier.

On s'inscrit à la librairie F. Savy, 24, rue Hautefeuille.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Étude sur le coup de chaleur, maladie des pays chauds, par le docteur Hestrés. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des kystes hydatiques du cœur, par le docteur Louis de Welling. — Paris, 1872. 1 vol. in-8° de 80 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, F. Savy.

Étude sur la réduction des luxations anciennes d'origine traumatique par les machines, par le docteur Grémion-Henuau. — In-8° avec fig. (3). Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Traitement complémentaire et prophylactique du lymphatisme et de la scrofule confirmée. 64 observations à l'appui par le docteur De Larroque.— In-8°. Prix: 3 fr. 50. Paris, Adrien Delahaye.

Pansement des plaies chirurgicales, par le docteur Benjamin Anger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. — In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la fièvre traumatique, par le docteur J. Lucas-Championnière, ancien interne et lauréat des hôpitaux (médaille d'argent). — Paris, 1872, in-8° de 178 pages. Prix : 3 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Des applications de l'histologie à l'obstétrique, par le docteur Chantreuil, chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris.— In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De la sacro coxalgie, par le docteur Delens, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.—In-8° avec 2 planches en lithographie. Prix: 3 francs.— Paris, Adrien Delahaye.

De l'influence des divers traitements sur les accès éclamptiques, par le docteur Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique d'accouchements. — 1 vol. in-8°. Prix: 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 106. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 12 SEPTEMBRE 1872. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Clinique des départements. (M. Fredet, de Clermont-Ferrand). — Perte complète du nez et de la lèvre supérieure. (M. Delalain). — Deux cas de pleurésie purulente. — Ponction et injection iodée. — Guérison. (M. A. Rinaldi de Philippeville). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A tout seigneur tout honneur. Ma première visite de retour a été pour l'Académie de médecine. En rentrant dans cette enceinte peu solennelle, mais que l'habitude m'a rendue chère, et à l'aspect de ce grand nombre de stalles vides dont les heureux possesseurs se livrent sans doute, pour la plupart, en ce moment, aux douceurs de la villégiature ou aux plaisirs de la chasse, ma première pensée s'est reportée sur ceux qui les ont quittées pour jamais, sur ces absents pour l'éternité, Louis, Bousquet, Denonvilliers, Vigla, enlevés tous les quatre, pendant ce court espace de trois mois à peine, à notre estime et à notre affection commune. Il m'eût semblé manquer à un devoir sacré si je n'avais consigné ici, avant toute autre entrée en communication avec nos chers lecteurs, l'expression de mes regrets personnels pour ces quatre hommes d'élite qui ont eu tous une large part dans mon estime, et quelques-uns une part de mon amitié, et qui, à des titres et à des degrés divers, ont marqué leur place dans l'histoire de la médecine contemporaine.

Ce devoir rempli envers les morts, revenons aux vivants.

L'Académie, qui est immortelle de sa nature, si ses membres ne le sont pas, ne peut se dispenser de faire incesssamment acte de vie. Il faut convenir qu'elle semble le faire en ce moment juste assez pour montrer qu'elle n'est pas morte. Sa vie est presque un sommeil. Après une lecture de quelques rapports officiels de M. Poggiale, au nom de la commission des eaux minérales et de deux rapports de M. Legouest, dont l'un touche à un point important de la chirurgie d'armée, elle paraissait à bout de souffle, lorsque son zélé président, M. Barth, l'a ranimée un peu par l'amorce d'une intéressante communication dont il n'a donné que les prémices, réservant les développements qu'elle nécessite pour la prochaine séance. Voilà donc un morceau sur la planche pour mardi prochain.

Ne laissons pas passer cependant l'un des rapports de M. Legouest sans quelques mots de réflexion. Il s'agissait de juger un travail de M. Deneux sur un procédé ou plutôt une méthode d'investigation appliquée à la recherche des corps étrangers métalliques introduits dans l'économie à l'aide de divers réactifs chimiques. M. Legouest, après avoir rappelé à cette occasion les divers procédés usités pour reconnaître la présence des corps métalliques dans les plaies par armes de guerre, a très-judicieusement montré, à notre avis, à côté de l'utilité de ces divers moyens d'investigation, l'insuffisance, l'inutilité et même les dangers que pourraient avoir dans quelques circonstances les nouveaux moyens chimiques proposés. D'où la réserve de ses conclusions qui n'en encouragent pas moins la poursuite de recherches susceptibles être utiles à la condition de ne pas dépasser leur but.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS

Cas de mort par la morsure d'une vipère.

Par M. FREDET (de Clermont-Ferrand).

Le 15 avril 1872, le nommé R... (Antoine), âgé de 47 ans, cultivateur à Saint-Amand-Tallende (Puy-de-Dôme), travaillait dans une vigne située sur le coteau de la Serre, près de Saint-Amand. Après son repas de midi, suivant l'habitude des gens de la campagne, il voulut prendre quelque repos ; il dormait depuis un quart d'heure environ, lorsqu'il sentit un corps froid s'agiter sur sa poitrine. Il y porta instinctivement la main, mais ce mouvement était à peine fait, qu'il ressentit une vive douleur au-dessus du sein gauche ; il se réveilla en sursaut, et quelle n'est pas sa frayeur en voyant, sous sa chemise entr'ouverte, une vipère énorme, par laquelle il venait d'être mordu, et qu'il rejette avec effroi loin de lui. Son premier soin fut celui de la vengeance ; il se mit à poursuivre le reptile qui fuit devant lui et qu'il ne put atteindre.

Aidé alors d'un de ses compagnons qu'il réveille, R... essaye de se cautériser avec deux allumettes enflammées ; il se frictionne ensuite vigoureusement avec de la terre sèche, à laquelle les gens de nos campagnes attribuent une vertu curative. Mais sentant ses forces défaillir, il se rend à Saint-Amand, soutenu par son camarade. Là, il va trouver un des médecins de cette localité. Quand il arriva chez notre confrère, le blessé était pâle, couvert d'une sueur froide; il existait de la soif et des vomissements ; il n'y avait pas encore de gonflement (trois quarts d'heure après l'accident). On fit alors une incision pour agrandir les piqûres, et la femme du blessé pratiqua des succions énergiques. On prescrivit des frictions avec de la flanelle chaude, une potion à

l'ammoniaque. Cette dernière préparation fut même appliquée sur la plaie.

Néanmoins, les forces allaient s'affaiblissant, et cinq heures après l'accident, le malade sentait ses extrémités se refroidir, les vomissements continuaient, et, symptôme plus grave, une hémorrhagie assez abondante se déclarait par l'intestin et la vessie. Le vin chaud, le vin de quinquina furent inutilement employés pour relever les forces du blessé, qui, douze heures après avoir été mordu, succombait, présentant tous les symptômes d'une violente intoxication.

On observait sur ce malheureux un engorgement œdémateux généralisé, et, par places, des taches brunes, noirâtres, dues à l'épanchement du sang dans les mailles du tissu cellulaire.

L'autopsie n'a pas été faite.

Cette fin tragique a jeté l'effroi dans les pays environnants, et, il y a quelques jours, je demandai à des gens du pays s'ils connaissaient d'autres accidents de ce genre survenus dans la contrée. Ils me répondirent qu'il y a vingt-cinq ans environ, un habitant de la même petite ville, un moissonneur, fut piqué et mourut au bout de deux heures ; un autre cultivateur fut également mordu, il y a une quinzaine d'années, et succomba vingt-quatre heures après, des suites de sa blessure. Moi-même, il y a deux ans, je donnai des soins à un homme de 60 ans environ, qui succomba au cinquième jour, après avoir été piqué au pouce par une vipère. Cet homme travaillait dans une vigne, et en y arrivant le matin, il voulut déposer une bouteille de vin qu'il apportait pour se désaltérer dans la journée, dans une sorte de cave ou de trou que les vignerons ménagent toujours dans leurs vignes pour mettre leur boisson au frais. En y enfonçant le bras, il se sentit piqué au pouce, mais n'y prit pas garde. Il continua son travail, et ce ne fut que vers le milieu du jour que, voyant son bras gonfler, il rentra chez lui pour se mettre au lit.

Ses fils, à qui il raconta ce qui venait de lui arriver, voulant s'assurer du fait, bouleversèrent avec la pioche la petite cave où leur père supposait que se tenait caché le reptile ; ils trouvèrent en effet, une vipère, qu'ils tuèrent, et qui vraisemblablement était celle qui avait mordu leur père.

Je vis ce malheureux le lendemain de la piqûre ; le bras était énorme, parsemé de taches noirâtres. Les forces étaient déprimées, les extrémités froides. Je fis quelques débridements sur le membre malade et employai tout ce qu'on a l'habitude de recommander en pareil cas. Rien n'y fit ; le blessé succomba au cinquième jour, dans un coma profond.

Il ne se passe pas d'années qu'il n'y ait dans la localité dont il est question ici, plusieurs personnes mordues par la vipère ; fort heureusement, les cas de mort sont exceptionnels, ce qui doit certainement dépendre de la quantité de venin déposé dans les tissus par la dent de la vipère, quantité en rapport avec le volume et l'âge de l'animal et l'espace de temps écoulé depuis la dernière morsure.

Quoi qu'il en soit, dans ces sortes de plaies, certains symptômes tels que le gonflement, la lividité, les taches brunes apparaissant sur le membre blessé, et qui font dire aux paysans que la peau prend la couleur de celle du serpent, se montrent toujours et s'accompagnent de quelques phénomènes généraux, comme la perte des forces, les nausées, le refroidissement des extrémités. En général, tous ces signes alarmants disparaissent au bout de quelques jours, et le blessé revient à la santé.

Le venin, liqueur jaunâtre, oléagineuse, sécrétée par des glandes spéciales chez les serpents venimeux comme la vipère, le crotale, le naja, la vipère jaune des Antilles, agit sur l'économie comme un poison des plus violents, en noircissant le sang et détruisant la coagulabilité de la fibrine. Dans les autopsies pratiquées sur les sujets morts de la piqûre d'un de ces reptiles, on a constamment trouvé cette lésion caractéristique.

En faisant mordre des pigeons par le crotale, M. le docteur Brainard a reconnu : 1° un changement de forme des globules sanguins qui se rapprochent de l'état sphérique ; 2° une abondance de corpuscules blancs, se groupant en masses mamelonnées ; 3° la non-coagulabilité de la fibrine, d'où liquidité du sang. Le même observateur a constaté, en outre, chez les mammifères, des hémorrhagies par les muqueuses et des taches pétéchiales sur la peau (Ch. Robin et Littré).

La nature des venins doit être probablement identique chez les diverses espèces dont nous venons de parler ; nous ignorons toutefois si l'analyse différentielle a été faite, et si des expériences comparatives ont été tentées pour déterminer quelle est l'espèce dont le venin, à même dose, présente les effets les plus pernicieux.

Quoi qu'il en soit, et pour ne parler que de la vipère, il ne faudrait, dit Fontana, qu'un demi-milligramme de liqueur venimeuse pour tuer un moineau, 3 pour tuer un pigeon, et 15 centigrammes suffiraient pour faire périr un homme. La vipère commune n'en fournit que 10 environ, et c'est à cette heureuse circonstance que la plupart des blessés doivent la vie.

Malgré le grand nombre de publications qui ont été faites sur les mœurs des serpents venimeux en général, et ceux de la vipère en particulier, la manière de faire de ce reptile, son *modus agendi* dans l'action de mordre n'est pas bien connu. On se figure généralement que ce reptile prend l'offensive ; il n'en est rien. La vipère n'attaque l'homme et les animaux, si ce n'est cependant ceux qui lui servent d'aliment, que lorsqu'elle est menacée. Elle est trop peu digne d'intérêt pour me faire son défenseur, mais elle a été calomniée, et je dois dire que dans les quelques expériences auxquelles il m'a été donné d'assister, elle a été constamment en cas de légitime défense.

Qu'il me soit permis, à ce sujet, de donner quelques explications.

En 1867, à l'hôpital Beaujon, mes camarades d'internat et moi, nous eûmes l'idée de faire quelques expériences sur la morsure de la vipère avec quelques-uns de ces reptiles qui nous étaient envoyés de Fontainebleau par un de nos collègues, M. le docteur G. B. Il existe à Fontainebleau une industrie locale qui paraît assez lucrative : c'est celle des « chasseurs de vipères. »

Le reptile une fois pris, ces industriels l'enferment dans une petite boîte en bois, munie d'un fin treillis, et ils vendent le tout moyennant 2 francs aux amateurs. Nous avions à notre disposition, dans cet hôpital, pour faire des expériences de physiologie, auxquelles présidait presque constamment notre regretté confrère et savant compatriote M. le docteur Chalvet, agrégé à la Faculté de médecine, un grand nombre d'animaux, au nombre desquels des lapins et des rats blancs. Ce fut sur eux que se firent les expériences.

Étant très-peu au courant des habitudes de la vipère, et lui supposant une allure très-sautillante, nous imaginâmes de la placer avec l'animal qui devait lui servir de victime dans une espèce de cuve enfoncée à fleur de terre. De cette façon, elle ne pouvait remonter les bords lisses et escarpés, et nous pouvions assister sans danger à ce spectacle nouveau pour nous.

Nous lâchâmes d'abord un lapin ; nous pensions le voir immédiatement assailli par le serpent ; il n'en fut rien. Ce fut le serpent qui se mit à fuir devant lui. Lorsque tout à coup, le malheureux lapin,

mit, sans le vouloir, la patte sur les reins du reptile; immédiatement et avec la rapidité de l'éclair, la vipère se forme en cercle, la tête au centre, et se lançant comme un trait, les mâchoires largement ouvertes, elle frappe le lapin à la face. Ce fut instantané: L'animal mordu est aussitôt pris d'un tremblement convulsif, qui dura cinq minutes environ. Nous le retirâmes alors de la cuve; il se mit encore à chercher sa nourriture dans l'herbe pendant quelques instants, puis le gonflement se montra, et au bout de deux heures, le lapin expirait dans le coma. Nous renouvelâmes l'expérience plusieurs fois, soit avec d'autres lapins, soit avec des rats blancs, le même jour et les jours suivants avec d'autres vipères.

Nous remarquâmes que, constamment, la vipère n'attaquait que lorsque l'animal que nous lui livrions semblait prendre en quelque sorte l'offensive, en lui mettant la patte sur ses anneaux; qu'elle mordait toujours en s'enroulant, la tête au centre, et qu'elle venait frapper sa victime, à la face surtout, d'un coup sec et rapide, analogue à celui d'un léger marteau sur la tête d'un clou.

Tous les animaux mordus présentaient d'une façon constante les mêmes symptômes : tremblement initial, gonflement rapide et mort au bout de quelques heures. Pour les lapins, il ne s'écoulait guère que deux heures entre l'instant de la morsure et la mort. La vitalité des rats blancs était plus grande. Plusieurs de ces rongeurs ont pu vivre vingt-quatre heures après avoir été piqués. Nous devons ajouter que les divers symptômes étaient moins accusés, et que la terminaison fatale était retardée quand l'animal en observation succédait à d'autres, sur lesquels la vipère avait entamé sa provision de venin.

L'analyse du sang des victimes fut faite par M. Chalvet, et fournit, comme je l'ai déjà indiqué dans le cours de cette observation, des données analogues à celles du docteur Brainard.

Devant une absorption si rapide du poison, que devons-nous faire? Cautériser immédiatement, soit avec l'alcali volatil, et mieux avec le fer rouge, en ayant soin de débrider préalablement la plaie; faire précéder la cautérisation, si l'on n'a pas d'écorchures aux lèvres ou à la bouche, d'une succion énergique; appliquer une ligature modérément serrée autour du membre blessé, et administrer au plus tôt des boissons toniques et sudorifiques.

Si une hémorrhagie se déclare par les muqueuses, comme dans le fait relaté ici, on n'hésitera pas à employer le perchlorure de fer à l'intérieur.

La médication tonique et sudorifique a donné des succès incontestables chez les Indiens mordus par le crotale ou le naja.

Quand un Indien des possessions anglaises a été atteint par la dent du naja (*cobra capello*), ses compagnons s'arment aussitôt de fouets et de bâtons, et se mettent à donner la chasse au blessé pendant plusieurs heures, le frappant au besoin de leurs fouets et de leurs bâtons quand il fait mine de suspendre sa course. Le malheureux a beau les supplier d'arrêter leur poursuite, ils ne veulent rien entendre, et ce n'est que lorsqu'il tombe essoufflé et baigné de sueur qu'ils l'entourent, le couvrent de couvertures épaisses, et lui font avaler des litres de rhum chaud. Grâce à l'abondante transpiration provoquée par les boissons et la course furieuse qu'il vient de fournir, le blessé revient quelquefois à la santé.

A ce sujet, je crois pouvoir relater ici l'expérience faite par un médecin de l'armée anglaise, expérience favorable au mode de traitement employé par les indigènes.

Un chirurgien-major d'un régiment de cipayes avait eu un de ses hommes mordu par le naja. Voulant profiter de la circonstance pour s'assurer de l'effet de la médication indienne, il attacha le blessé à la selle de son cheval, et lui fit faire ainsi plusieurs lieues au trot de sa monture.

Le malheureux cipaye suppliait le médecin d'arrêter sa course folle; le major fut impitoyable. Il n'arrêta que lorsqu'il le vit surmené et ruisselant de sueur; il l'entoura alors de couvertures chaudes et lui fit prendre du punch à pleins bols. Une transpiration excessivement abondante se déclara, et le blessé finit par guérir de sa blessure.

PERTE COMPLÈTE DU NEZ ET DE LA LÈVRE SUPÉRIEURE.

ABLATION PARTIELLE DES DEUX MAXILLAIRES PAR ÉCLAT D'OBUS. AUTOPLASTIE.

PROTHÈSE. — Par M. CHARLES DELALAIN.

P. F..., 29 ans, soldat au 113e régiment de ligne, blessé le 15 mai 1871, à l'attaque des hauteurs de Mont-Louis, défendues par les Parisiens. Blessure horrible par un éclat d'obus qui, en produisant un délabrement considérable des parties molles de la face, enleva le nez, la lèvre supérieure et une partie des deux maxillaires. Les premiers soins lui furent donnés à l'ambulance de Larochefoucault. On enleva toutes les esquilles détachées, ainsi que les lambeaux trop contus, et on détergea. Par quelques points de suture entortillée, on réunit les lambeaux flottants et déchiquetés de la joue gauche jusqu'à la commissure labiale.

Le 31 mai, le malade fut envoyé à l'hôpital; il guérit rapidement sans complications, après que sa blessure eût passé par les phases d'élimination des eschares et de suppuration.

Aujourd'hui, la cicatrisation est complète; la figure est rendue hideuse par suite d'une déformation produite par l'ablation complète du squelette osseux et cartilagineux du nez et des narines, de la partie inférieure et antérieure de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, de sorte que l'antre d'Hygmore était largement ouvert jusqu'au bord alvéolaire conservé entièrement. Le maxillaire inférieur a aussi subi, sur toute la hauteur du corps de l'os, une ablation dans une étendue supportant six dents. Le traumatisme a produit un enfoncement triangulaire accompagné de la perte de substance des parties molles adhérentes à ces os, dans lequel on pourrait loger l'index, et dont le sommet serait à deux centimètres au-dessous de l'extrémité interne du sourcil gauche.

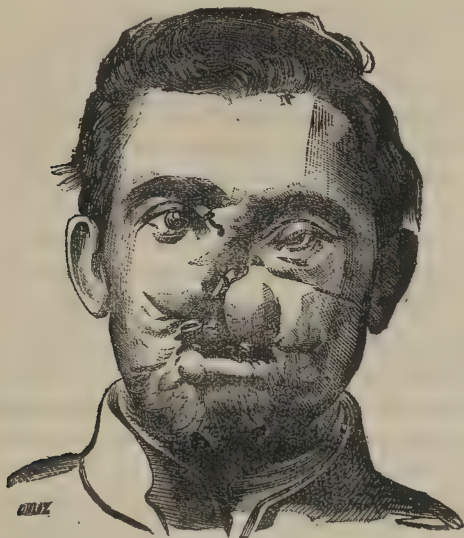
En ce point, ont voit une ouverture communiquant avec les sinus frontaux et l'arrière-bouche; le blessé respire et fait sortir par ces orifices la fumée de sa pipe : le côté droit descend obliquement par une ligne assez directe jusqu'à la hauteur de la fosse canine; là, elle s'unit à un court fragment de la lèvre supérieure, qui a été attirée verticalement en haut par le travail de cicatrice; le côté gauche, aussi très-adhérent aux portions osseuses sous-jacentes, est irrégulier et constitué : en haut, par l'extrémité du sillon nasal gauche; plus bas, par l'aile gauche et le lobule du nez en partie conservés, fortement abaissés et très-intimement unis au bord gengival du maxillaire supérieur gauche.

Les parties molles de la joue se sont rapprochées pour combler le vide et continuer ce bord du triangle jusqu'à la commissure labiale. La forte traction en bas, imprimée aux parties molles par le tissu inodulaire rayonné de ces parties, a causé une déviation en bas de l'angle interne de l'œil gauche, de sorte que la fente palpébrale est dirigée obliquement de gauche à droite et de haut en bas; cette traction marque son maximum de force, principalement sur la paupière supérieure; aussi l'ouverture palpébrale est-elle rétrécie dans tous ses diamètres et occasionne-t-elle une obstruction du sac lacrymal, faisant que les larmes s'échappent sur la joue; l'explication de ce dernier fait trouve aussi un adjuvant dans la déviation angulaire, par suite du délabrement des parties du canal nasal de

ce côté. La base du triangle est constituée par la lèvre inférieure. Cette ouverture, tapissée d'une muqueuse lisse, rougeâtre, sèche, laisse apercevoir, avec la langue ménagée par le projectile, une assez grande étendue de la cavité buccale flanquée à chacun de ses quatre coins d'une molaire commençant déjà à subir une altération de texture par le contact prolongé de l'air.

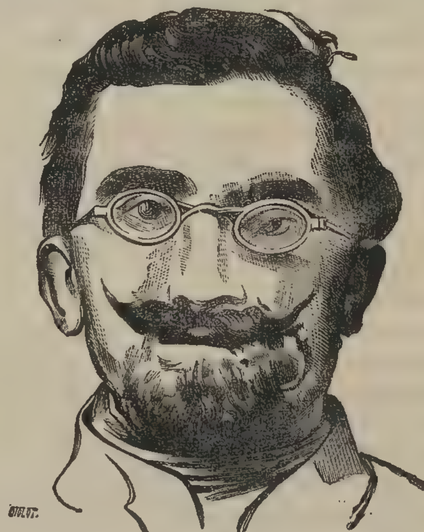
De la commissure labiale gauche partent en divergeant plusieurs traces de sutures : l'une d'elles s'étend jusqu'au lobule de l'oreille. Quand il ouvre la bouche, mouvement très limité rendant la prise de l'empreinte impossible, on constate par l'exploration la perte de l'arcade dentaire supérieure droite dans la moitié de son étendue. Pour la mâchoire inférieure, ce qui reste des fragments fracturés, s'est réuni par un cal fibreux, solide, à la formation duquel ont contribué en se rapprochant le périoste des branches osseuses, la muqueuse buccale et les parties molles de la lèvre inférieure ; on voit à l'extérieur une cicatrice partant de la commissure labiale droite, et embrassant le menton (cicatrice formée en dernier lieu, car elle donna passage successivement à cinq petits séquestres). Ces parties sont donc réunies ensemble par un cal fibreux épais, donnant aux fragments une immobilité parfaite, en même temps que la perte de substance osseuse assez considérable éprouvée par le corps de l'os, a détruit, par la réuion angulaire des fragments, sa courbe parabolique normale ; aussi les arcades dentaires ne correspondent plus, et on peut même remarquer l'incurvation des branches du maxillaire inférieur, amenant les molaires persistantes à converger vers le pharynx. De ce défaut d'adaptation, il résulte une difficulté extrême pour la mastication.

L'absence de lèvre supérieure, des dents canines et incisives, des deux arcades, rend la parole articulée incompréhensible; tandis que la perforation faciale rend compte du nasonnement de la voix.



La tendance qu'ont montrée et que montrent encore les tissus mous à se rapprocher, de façon à combler la perte de substance en accolant l'un à l'autre les deux bords latéraux de l'orifice, ont fait penser un instant qu'une sorte d'autoplastie par glissement, consistant à décoller à gauche les parties molles, comprenant le lobule et l'aile du nez, sur une grande étendue, puis à les rapprocher et à les accoler, après avivement, à ceux du côté opposé, pourrait réussir. C'est dans cet espoir que l'on fit cette] tentative : elle ne réussit qu'en partie, car la partie conservée des parties molles du nez ne s'accolèrent point aux téguments du bord opposé, mais se rapprochèrent de la partie médiane, en s'abaissant pour fermer en partie, à gauche, la large brèche, donnant un accès facile dans la cavité buccale. Les chances ici n'étaient point, d'ailleurs, des plus favorables, ces tissus et spécialement ce qui reste du nez, étant peu vasculaire, formé en grande partie de tissu inodulaire très-dense, et de plus complétement frappé d'intensité. La prothèse nous a offert une dernière ressource que nous avons utilisée. Il fallait, en tenant compte des indications résultant de ce que nous observons : un obturateur facial, car le malade a la voix moins nasonnée et la parole plus compréhensible quand les orifices de la cavité supérieure sont bouchés ; un nez complet, car on ne peut se servir en aucune façon du tronçon informe encore adhérent au maxillaire supérieur gauche ; enfin des dents pour permettre la mastication.

Un petit appareil composé d'une base portant trois dents, et une fausse gencive antérieure remplaçant la perte de substance existant entre les deux fragments, est placé sur le maxillaire inférieur, s'appuyant à droite et à gauche par des crochets métalliques sur les deux molaires immédiatement voisines.



Au point de vue de l'ajustement, les deux mâchoires ne pouvant s'écarter au delà de 25 millimètres, l'application de cette pièce a été difficile : mise en place, elle maintient la salive et facilite la prononciation ; elle ne sert de rien au jeu de la mastication : nous pensons qu'il ne pourra jamais en être autrement, l'adaptation des dents sur l'arcade dentaire supérieure étant impossible. Une autre pièce, composée d'un nez postiche, cache toute la lésion ; elle se prolonge par une fausse lèvre, avec moustaches couvrant, à gauche, la moitié du lobule du nez, point qui, à droite, est équilibré par une sorte de tubercule, moulé sur les parties, en caoutchouc vulcanisé, pénétrant entre ce reste de nez et le fragment de lèvre supérieure droite. Telle est le système prothétique que M. Ch. Delalain a fabriqué pour le mutilé.

Si la bouche eût été plus facile à explorer, c'était le cas de faire comme Schange (1), ou Preterre (2), qui combinent en une seule pièce les pièces palatines ou les dentaires et les obturateurs de la face ; mais il a fallu se prêter aux nécessités du cas; il eût été difficile d'agir autrement.

DEUX CAS DE PLEURÉSIE PURULENTE. PONCTION ET INJECTION IODÉE. — GUÉRISON.

Par le docteur Al. Rinaldi (de Philippeville).

Obs. I. — M. C..., Anglais de naissance, est âgé de 40 ans environ, d'apparence chétive ; il est déjà courbé et son corps s'infléchit

(1) *Précis sur le redressement des dents.*
(2) *Art dent, loc. cit.*, p. 533.

à droite. Il est venu d'Angleterre pour affaires de commerce, avec l'intention de parcourir la province de Constantine; mais son état maladif le retient à Philippeville.

Appelé à lui donner mes soins, il me raconte qu'il a contracté à Londres, au commencement de 1863, une pleurésie gauche, qu'on a traitée par des vésicatoires et une foule de remèdes internes, et que tous ces moyens ayant échoué, on a été obligé de lui pratiquer l'opération. Un incision fut faite au thorax, et donna issue à un litre de pus environ.

Tant que la plaie fut ouverte, le malade se sentit soulagé; mais lorsqu'elle se cicatrisa, la gêne revint dans la respiration, et, un mois après, le chirurgien pratiqua une seconde incision, qui fut suivie des mêmes phénomènes. Une fois cependant, la guérison parut plus assurée, car il se mit en route pour l'Algérie vingt-cinq jours après la cicatrisation de la deuxième incision et satisfait de son état.

La poitrine présente, en effet, deux cicatrices rapprochées, longues chacune de 1 centimètre et demi environ et situées entre le 7e et le 8e espace intercostal gauche.

Le côté gauche est fortement bombé, mat dans toute sa hauteur; pas le moindre murmure respiratoire ne s'y fait entendre. Le cœur est sous le sternum; sa pointe palpite à gauche de cet os. La respiration très-rude à droite, est gênée, accompagnée de toux sèche et fréquente. Le pouls est petit, mais fréquent; la température est modérée.

Devant cet état grave, je propose au malade de l'opérer, ce qui fut accepté avec empressement.

Après nouvel examen, fait de concert avec mon excellent confrère le docteur Galzain, nous décidâmes d'employer la ponction suivie d'injection iodée. Nous pratiquâmes donc entre les deux cicatrices une ponction avec un trocart à hydrocèle recouvert d'une baudruche. Il s'écoula près de trois litres de pus homogène, et dès que l'écoulement se fit en bavant, nous injectâmes dans la plèvre le liquide suivant:

Iodure de potassium	1	gramme
Teinture d'iode	30	—
Eau distillée	120	—

L'opération ne présenta aucun accident, si ce n'est quelques crachements de sang, malgré la précaution prise d'interrompre souvent le jet du pus. Le cœur reprit sensiblement sa position normale, mais le poumon gauche, retenu sans doute par d'épaisses membranes, ne se distendit qu'incomplétement. Toutefois, le malade éprouva un grand soulagement, et se leva deux jours après l'opération. Quinze jours plus tard, il allait à cheval visiter une forêt de chênes-liéges.

Depuis, je le revis quelquefois et jusqu'à son retour en Angleterre, c'est-à-dire sept mois après l'opération, la guérison s'était maintenue.

Obs. II. — La seconde observation se rapporte à un jeune Maltais, âgé de 14 ans, d'une constitution anémiée par les fièvres du pays. Il y a cinq mois qu'il a contracté une pleurésie gauche, traitée par les moyens ordinaires. Mais depuis il languit, se plaint sans cesse d'oppression, et sa mère vient me prier de lui donner mes soins.

J'examine l'enfant et diagnostique une pleurésie purulente. Deux jours après, je pratique la ponction au lieu d'élection avec le trocart à hydrocèle, qui donne issue à plus d'un litre de pus de bonne nature, et j'injecte le même liquide que dans le cas précédent.

J'ordonnai le repos et un régime sévère pendant quelques jours; mais l'enfant impatient et ne sentant aucun mal, se leva le quatrième jour pour aller jouer avec ses camarades.

Un an après, ce garçon qui ne s'était pas plaint de son affection, mourut à la suite d'un accès pernicieux.

Ces deux faits sont de nature à m'inspirer une certaine confiance en faveur de la ponction suivie d'injection iodée.

Les incisions pratiquées chez l'Anglais ont été, il est vrai, très-limitées, mais suffisantes pour permettre l'écoulement du pus jusqu'au moment de leur cicatrisation. L'épanchement aurait-il tari si elles eussent été pratiquées plus largement? Je ne le crois pas.

Un mot pour terminer. Dans les cas où les procédés ordinaires échouent, ou même avant d'y avoir recours, ne pourrait-on pas essayer contre les épanchements séreux ou purulents, aigus ou chroniques, l'électropuncture? Depuis qu'on discute à l'Académie sur la pleurésie, je n'ai lu aucun fait se rattachant à ce mode de traitement, qui me paraît mériter cependant quelque attention.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

DEUXIÈME PARTIE

DES PÉRIOSTITES COSTO-CHONDRO-STERNALES. — DES NÉVRALGIES THORACIQUES ET DE L'ASTHME SYMPTOMATIQUES DU DÉBUT DE LA SYPHILIS.

I

Il n'est pas rare de voir le thorax devenir, comme la tête, au début de la syphilis, le centre ou le foyer de névropathies qui traduisent les premiers effets du virus sur l'économie. Beaucoup de syphilitiques se plaignent, en effet, de douleurs fixes et irradiantes qui ont habituellement leur siége vers la partie moyenne du sternum, et qui se propagent de là en divers sens, mais principalement en arrière, le long du rebord des fausses côtes. Comme les céphalées et les névralgies péricrâniennes, ces algies thoraciques varient beaucoup dans leur intensité et leur durée, depuis les douleurs rhumatoïdes vagues et aiguës qui se promènent sur les parois thoraciques, jusqu'aux sternalgies continues fixes, accompagnées d'angoisse respiratoire et d'un sentiment très-pénible de constriction dans la région précordiale.

J'ai vu des malades qui éprouvaient, pendant la nuit, de véritables attaques d'*asthme* (2) qu'il était impossible de rapporter à une autre cause que la syphilis. De quel autre nom désigner le trouble qui se produit alors sous forme de crise dans les fonctions cardio-pulmonaires, indépendamment de toute lésion ma-

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15-17, 20, 22, 24, 27, 29 août et 3 septembre 1872.

(2) Il ne faut pas confondre l'asthme que je décris et qui appartient aux premières phases de la syphilis avec les attaques d'asthme qu'on peut observer chez quelques syphilitiques dans le cours de la maladie constitutionnelle. L'asthme du début de la syphilis ne peut être attribué qu'à elle. Il présente, je le répète, une grande analogie avec la dyspnée prodromique des pyréxies. L'existence de l'asthme syphilitique tel qu'il est décrit par quelques auteurs n'est rien moins que prouvé. Les observations de B. Bell, d'Ebrard et de quelques autres observateurs ne sont pas de nature à lever tous les doutes. J'en dirai autant de ce que Sandras écrivait en 1851 : « Les asthmes syphilitiques, dit-il, ont tout ensemble des caractères de l'asthme nerveux, en même temps que quelques signes pathognomoniques obligent de les attribuer à l'affection syphilitique. Tels sont le retour de l'asthme ou son alternation avec des douleurs ostéocopes, la présence de pustules, de tumeurs, d'ulcérations syphilitiques, avec la connaissance acquise qu'avant la syphilis, il n'y avait pas d'apparence d'asthme... La syphilis occasionne d'autant plus ces asthmes, qu'elle est mêlée, ou par hérédité ou accidentellement, à un principe goutteux ou rhumatismal, c'est-à-dire quand elle arrive à sa période dite tertiaire ou constitutionnelle chez un sujet primitivement affecté de goutte irrégulière ou de rhumatismes chroniques... » (*Traité pratique des maladies nerveuses*, t. II, p. 103.)

térielle appréciable du poumon et du cœur? La gêne, la pesanteur, le malaise de la région précordiale se convertissent peu à peu en un sentiment de constriction, accompagné de cette angoisse, de cette anxiété respiratoires qui semblent rendre imminente la suffocation par manque d'air ou par faiblesse du muscle cardiaque, etc., etc.

Ces troubles respiratoires s'observent, du reste, dans la première période de beaucoup d'autres maladies qui, comme la syphilis, proviennent de l'intoxication de l'organisme par un principe morbide. Dans les varioles graves et même dans les varioloïdes légères, dans la suette miliaire, dans les scarlatines, le typhus, etc., ne voit-on pas, presque toujours au début, avant les déterminations cutanées, muqueuses et splanchniques, des dyspnées quelquefois atroces qui simulent des pneumonies profondes ou des congestions diffuses de l'appareil respiratoire?

Mais si l'on connaît les conditions pathologiques dans lesquelles se produisent ces sortes de névropathies cardio-pulmonaires, il est difficile d'en expliquer le mécanisme. Ce mécanisme est très-complexe dans la syphilis, et il n'est pas douteux que plusieurs éléments entrent en jeu et se combinent pour entraver le libre exercice des fonctions respiratoires.

Parmi les causes les moins hypothétiques de cette dyspnée nocturne des syphilitiques, il faut mettre au premier rang la sternalgie, les névralgies costales et peut-être aussi un état morbide particulier des muscles intercostaux analogue à celui qui survient dans beaucoup d'autres muscles de l'économie sous l'influence de la syphilis.

Il ne me paraît pas irrationnel d'admettre aussi que le diaphragme peut subir l'action du virus syphilitique au même titre que le biceps, par exemple, ou les gastrocnémiens. Pourquoi ne serait-il pas comme eux le siége de ces douleurs crampoïdes qui infligent de si cruelles tortures aux syphilitiques pendant la nuit? Étendez cette action jusqu'au muscle viscéral le plus important de l'économie, jusqu'au cœur, et vous aurez encore une autre cause de dyspnée d'une importance capitale. Enfin, il ne faut pas oublier que l'appareil nerveux cardio-pulmonaire peut, de même que les autres nerfs, ressentir à un plus ou moins haut degré, les effets de l'intoxication spécifique. Ferai-je entrer aussi, en ligne de compte, dans cette étiologie de l'asthme syphilitique, l'aglobulie, ou diminution des globules du sang? Peut-être cette dyscrasie, qu'on croit si commune, ne l'est-elle pas autant qu'on se l'imagine; peut-être aussi n'est-elle pas la seule ni la plus importante dans la syphilis. Mais ce n'est pas ici le lieu de soulever et de résoudre ces questions. Revenons au névralgies sterno-costales.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 septembre 1872. — Présidence de M. Barth.

La correspondance officielle ne contient que des communications relatives à la vaccine ou aux remèdes secrets.

Il n'y a point de correspondance manuscrite.

M. J. Guérin présente une brochure de M. le docteur de Valcourt, intitulée : *Impressions de voyage d'un médecin.*

M. Tarnier présente un opuscule sur l'éducation physique et morale de l'enfant, par M. le docteur Siry.

RAPPORTS

M. Poggiale, au nom de la commission des eaux minérales, lit deux rapports sur des demandes en autorisation d'exploiter de nouvelles sources à Vals.

Les conclusions favorables de ces deux rapports sont adoptées.

M. Legouest lit un rapport sur un travail relatif à l'hygiène des pieds, adressé à l'Académie par M. Weil. Ce travail ne renfermant de nouveau que la proposition de créer dans l'armée des soldats pédicures, M. le rapporteur propose, pour unique conclusion, le renvoi au ministre de la guerre. (Adopté).

M. Legouest lit ensuite, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Gosselin et Richet, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Deneux, de Saint-Calais (Sarthe), qui a pour titre : *Procédés pour reconnaître la présence de corps métalliques dans les plaies d'armes de guerre.*

Avant de décrire les procédés proposés à la sanction de l'Académie, M. le rapporteur rappelle en peu de mots l'histoire des corps étrangers dans les plaies par armes de guerre. Parmi les corps étrangers venus du dehors, les projectiles sont de beaucoup les plus communs. Des signes rationnels peuvent en faire présumer la présence ou l'absence. Mais ces signes rationnels pouvant rester insuffisants, il est nécessaire d'explorer le plus grand nombre de plaies par armes à feu.

M. le rapporteur, après avoir rappelé les divers instruments et procédés imaginés dans ces derniers temps pour ce genre d'investigation, fait remarquer que tous ces procédés n'atteignent pas toujours le but proposé. Le contact immédiat des divers instruments avec le corps senti est indispensable à leur réussite. « Si la pince tire-balle, si les divers stylets ne peuvent en ramener une parcelle à l'extérieur, si l'électro-chimie reste muette à son contact, il est permis de croire qu'il n'est point en plomb ou qu'il n'est pas métallique, mais il n'est pas permis de l'affirmer. Il suffit, en effet, pour frapper ces procédés d'impuissance, ou pour en faire déduire des conclusions erronées, de l'interposition de caillots, d'eschares, de tissu cellulaire, de lambeaux de vêtements, etc. Le stylet de M. Nélaton, l'appareil de M. Trouvé, mis en usage pour obtenir la confirmation d'un diagnostic déjà établi, ont échoué entre nos mains. Quant au procédé de M. Millot (l'électro-aimant), il échappe aux inconvénients signalés, mais il paraît devoir être d'une application fort restreinte. »

M. le docteur Deneux présente aujourd'hui un procédé d'investigation basé sur des réactions chimiques.

« Lorsqu'on soupçonne, dit M. Deneux, qu'une plaie renferme un morceau de plomb, et que cette plaie communique avec l'extérieur par un canal qui rendra possible l'introduction d'un stylet, il sera facile de s'en assurer en fixant, à l'extérieur d'une tige flexible quelconque, quelques brins de charpie imbibée d'eau acidulée. Après quelques minutes de contact avec le corps suspect, on la retirera et mettra en communication avec une solution d'iodure de potassium ou de chromate de potasse. Si la petite mèche de charpie a été mise en contact avec le plomb, elle prendra immédiatement une teinte jaune, caractéristique de la présence du plomb.

« Si on pensait avoir affaire à un morceau de cuivre ou de bronze, il suffirait, après avoir mis l'instrument explorateur en contact direct, de le faire toucher à de l'ammoniaque liquide pour obtenir la coloration bleue particulière au sel de cuivre.

« Si on pensait que le corps suspect fût un morceau de fer, ou si, après avoir fait l'expérience précédente, on était arrivé à un résultat négatif, il suffirait d'introduire dans la plaie, soit un pinceau de charpie, soit un simple morceau de papier roulé, imbibé d'une solution de cyanure rouge de potassium et de fer légèrement acidulé par de l'acide acétique, et l'on obtiendra immédiatement une coloration bleue très-foncée, caractéristique du fer.

« Dans le cas où l'introduction d'une tige exploratrice ne serait pas possible, et où il n'y aurait pas de contre-indication, on recourrait aux injections variées. »

M. Deneux cite, à l'appui de ses procédés, trois observations tirées de sa pratique. Je ne discuterai pas les observations de M. Deneux, dit M. le rapporteur, et je n'examinerai pas si l'insuffisance des procédés ordinaires d'investigation l'ont obligatoirement conduit à

ceux qu'il a mis en usage, et dont la valeur seule est en question: il n'est pas douteux que les résultats annoncés par notre confrère ne puissent être théoriquement prévus : il est certain qu'il les a obtenus, bien que nous n'ayons pu les reproduire tous avec succès.

Expérimentant dans le laboratoire du Val-de-Grâce, il nous a été facile d'obtenir de l'iodure de plomb sur l'extrémité d'une flèche de papier buvard préalablement imbibée de vinaigre blanc ordinaire, mise en contact, pendant quelques instants, avec une balle de plomb, puis touchée avec une solution d'iodure de potassium.

Nos expériences sur le fer ont été moins probantes ; elles ont mis manifestement le fer en évidence lorsque nous avons agi sur du fer décapé; elles sont restées sans résultat quand nous les avons appliquées au fer ou à la fonte oxydée.

Enfin nous avons échoué ou nous sommes toujours restés dans le doute lorsque nous avons expérimenté sur le zinc, le cuivre et le bronze.

Quant aux injections auxquelles M. Deneux propose de recourir dans les cas où l'introduction d'une tige exploratrice n'est pas possible, nous les avons remplacées par l'immersion momentanée de ces divers métaux dans de l'eau acidulée, et jamais nous n'avons reproduit dans ces bains les réactions propres aux métaux que nous y avions plongés.

Que conclure de ces expériences, sinon que les procédés soumis par M. Deneux sont loin d'être aussi pratiques, aussi sûrs et aussi faciles qu'on l'annonce? Ils nécessitent le contact immédiat du corps étranger et du réactif, et sont passibles des mêmes reproches. De plus, n'est-il pas permis de craindre que l'acide acétique porté sur la tige exploratrice dans une plaie profonde abreuvée de sang ou d'autres liquides, ne se diluent au point de rester sans action sur le métal, sans parler de la douleur et des dangers que ces procédés pourraient faire naître si on les employait à l'état de concentration ?

En résumé, il est manifeste que les procédés de M. Deneux pourraient être avantageusement mis en usage dans la recherche du plomb ; qu'ils sont incertains pour reconnaître le fer, et notamment les projectiles en fer dont les surfaces sont toujours oxydées ; qu'ils restent enfin plus que douteux dans leur application à la recherche des autres métaux. Dans la pratique, fonder un diagnostic sur la production des réactions chimiques que tant de causes peuvent entraver ou même pervertir, nous paraît devoir exposer à de nombreux mécomptes.

Quoi qu'il en soit, M. le rapporteur propose pour conclusions :

1° D'adresser une lettre de remercîments à M. le docteur Deneux, en l'encourageant à faire de nouvelles recherches ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

M. CHASSAIGNAC possède des faits qui prouvent combien les procédés d'investigation tels que ceux dont M. le rapporteur vient d'entretenir l'Académie peuvent être utiles. Il est arrivé trop souvent, en effet, que des projectiles étaient restés dans les plaies, alors même que beaucoup de motifs avaient pu faire croire qu'il n'en existât point. M. Chassaignac rapporte, entre autres, le fait suivant, dont il a été témoin :

A la suite d'exercices à feu à Vincennes, un jeune homme de 18 ans faisant partie d'un de ces groupes qui s'amusent à aller ramasser les projectiles, eut le bras fracassé. Il fut conduit immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, où l'on constata que l'humérus était littéralement fracassé en esquilles. Les téguments présentaient deux ouvertures très-manifestes, l'ouverture d'entrée et l'ouverture de sortie du projectile. On ne mit pas en doute que le projectile ne fût sorti en effet. On dut procéder à la résection d'une grande portion de l'humérus. Six mois après, ce jeune homme étant guéri depuis longtemps déjà des suites de l'opération, vint se présenter de nouveau à l'hôpital, offrant deux points noirs sur les téguments du bras. Ces deux points noirs étaient les deux extrémités d'un fragment de balle en forme de croissant, qui était resté dans la plaie. On dut en faire l'extraction.

Les conclusions du rapport de M. Legouest sont mises aux voix et adoptées.

M. BARTH, avant de lever la séance, présente à ses collègues un certain nombre de figures représentant divers spécimens d'une affection extraordinaire qu'il a eu l'occasion d'observer dans un voyage qu'il a fait récemment en Illyrie, et dont il se propose d'entretenir l'Académie dans une lecture qu'il fera mardi prochain.

La séance est levée à quatre heures et demie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

État sanitaire de l'armée russe. — L'administration de la guerre, en Russie, a porté, dans ces dernières années, toute son attention sur l'état sanitaire de l'armée. Il paraît que, pendant ces dernières années, le chiffre de la mortalité dans les troupes a été constamment en diminution. En 1868, il était de 21 pour 1,000; en 1869, de 20 pour 1,000; en 1870, il a été de moins de 17 pour 1,000. Le nombre des maladies longues et dangereuses a diminué, mais celui des indispositions légères a augmenté. Cela s'explique par une surveillance de l'état sanitaire du soldat, qui s'exerce aujourd'hui plus rigoureusement qu'auparavant; on ne laisse plus aucun homme négliger les symptômes de mauvaise santé qui peuvent conduire à de sérieuses maladies.

Le plus grand nombre des malades se trouve dans les districts militaires des cosaques du Don, du Caucase, du Turkestan et de Saint-Pétersbourg. Le minimum des cas de maladie est constaté dans les districts de Vilna, d'Odessa et de Varsovie. Parmi les différents corps, les troupes locales et les réserves donnent le plus de malades. Les corps du génie et de la cavalerie en donnent le moins. Les maladies les plus fréquentes sont causées par l'influence du climat.

On enseigne maintenant l'hygiène militaire dans les principaux districts. dans le district de Kasan un conseil sanitaire permanent a été institué sous la direction du commandant. On se propose aussi de former pour chaque régiment une commission sanitaire composée d'officiers et de chirurgiens, qui sera chargée de prendre les mesures nécessaires pour prévenir les maladies dans les troupes

— M. Saint-René-Taillandier ayant donné sa démission des fonctions de secrétaire général au ministère de l'instruction publique, cette démission a été acceptée.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Clinique de Rouen. (M. P. Ollivier). — Maladies de l'oreille. (M. Darin.) — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — Nouvelles. — Bibliographies.

HOSPICE GÉNÉRAL DE ROUEN. — M. PAUL OLLIVIER.

Luxation ancienne des trois derniers métacarpiens en arrière du carpe.

Les luxations des derniers os du métacarpe sur le carpe sont assez rares pour que Boyer ait nié leur existence, leur possibilité même, en se fondant sur les particularités anatomiques de leurs articulations. (Boyer, *Maladies chirurgicales*. Paris, 1818, t. IV, p. 266.)

Malgaigne (*Luxations*, 1855, p. 727) mentionne trois observations dues à Bourguet, Blandin et Roux.

Enfin, M. Polaillon, rassemblant tous les faits connus avant lui, rapporte, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 9 faits de luxation d'un ou de plusieurs des quatre derniers métacarpiens sur le carpe.

Ayant eu l'occasion d'observer un cas de luxation ancienne des trois derniers métacarpiens sur le carpe, il m'a paru intéressant de décrire en détail l'état de la main chez mon malade; l'accident datait de seize mois, il n'y avait évidemment pas à intervenir, et ce n'était, du reste, pas pour sa main qu'il entrait à l'hôpital.

Voici cette observation :

B... (Eugène), 18 ans, marchand des quatre saisons, est amené à l'hôpital général de Rouen, salle Saint-Joseph, n° 16, le 24 octobre 1870, pour une varioloïde bénigne, dont il sort guéri le 26 novembre 1870.

Sa main droite présente une déformation sur laquelle il nous donne les détails qui suivent : il travaillait, en juillet 1869, au chemin de fer, lorsque le vagon de ballast, sur lequel il était assis, bascula sur sa main et pressa sur les os du carpe, la main étant dans l'extension et fixée sur la terre. Il se releva avec une plaie de toute la région thénar et de la face palmaire du pouce, et une lésion de la main droite, pour laquelle il resta trois mois à l'hôpital de Beauvais. Sa main fut maintenue sur une planchette, fortement fléchie pendant quinze jours, puis étendue pendant deux mois et demi. Actuellement (15 novembre 1870), à la face dorsale du premier espace interosseux, cicatrice irrégulière, résultat d'une incision par laquelle on aurait enlevé des os.

Le pouce, reporté en arrière, de manière à se trouver dans le plan des autres doigts, présente, dans sa position ordinaire, une flexion à angle droit de la deuxième phalange sur la première, flexion que le malade peut diminuer en contractant énergiquement les muscles du pouce, sans parvenir à la faire disparaître complétement. De plus, il est déformé d'un côté à l'autre, de manière à présenter une sorte d'S dans ce sens. La phalange unguéale déviée vers le bord radical de l'avant-bras, forme un coude à angle rentrant avec la première phalange, qui est déviée en sens inverse sur le premier métarcarpien.

Dans la supination, cette déformation est encore plus accentuée; en outre, dans cette position, on remarque une cicatrice qui parcourt la région Thénar et la face palmaire du pouce.

A son talon, la main présente une saillie transversale très-manifeste, saillie dure, au-dessous de laquelle existe une dépression brusque, sans qu'on puisse sentir les os à travers les parties molles, excepté cependant à la partie interne, où l'on suit très-bien le croisement de l'os crochu par le cinquième métacarpien, passé en arrière. A ce niveau, il y a une dépression, et le bord cubital de la main paraît comme brisé. Le malade dit avoir eu un abcès en cet endroit, quoique la peau ne porte pas trace d'incision.

Le creux de la main est diminué d'étendue, reporté vers le bord cubital dans l'axe de l'annulaire, et limité en dehors par une saillie due au deuxième métacarpien. La distance qui sépare le pli inférieur de l'articulation radio-carpienne du pli situé à la base de la première phalange du médius mesure :

Du côté malade : 10 centimètres;

Du côté sain : 11 centimètres.

De plus, du côté malade, ce pli est beaucoup plus oblique en bas vers le pouce que du côté sain, ce qui est dû à la rétraction de la cicatrice de la région Thénar, qui attire ce pli dans ce sens.

Dans la pronation, la main présente, à sa face dorsale, une saillie en dos de fourchette, légèrement oblique en haut vers le cubitus, et à peu près parallèle à la surface articulaire radio-carpienne.

Située à un bon travers de doigt au-dessous de cette articulation, cette saillie n'est recouverte que par les tendons extenseurs. Elle diminue dans la flexion forcée de la main sur l'avant-bras, sans cependant disparaître complétement. Dans l'extension forcée, on la voit se rapprocher et toucher presque la face dorsale du radius. Dans ce mouvement, la saillie que nous avons notée à la face palmaire devient plus manifeste, en même temps que la dépression qui se trouve au-dessous d'elle augmente de

profondeur. Si l'on met les doigts dans la flexion, le poignet étant dans une extension modérée sur l'avant-bras, le métacarpe se soulève davantage, et forme un plan qui surmonte la face dorsale de la main; l'extrémité supérieure de l'index et le pouce restent seuls étrangers à cette saillie, et l'articulation métacarpo-phalangienne semble comme s'enfoncer vers la face palmaire.

Dans cette attitude de la main il est plus facile encore que dans les autres de voir que cette saillie est formée de plusieurs pièces inégales, manifestement distinctes, dont on sent très-bien à travers la peau les inégalités, et que l'on a bientôt reconnues pour les extrémités supérieures des trois derniers métacarpiens.

Si l'on imprime des mouvements à la tête des métacarpiens, on sent, en effet, qu'ils sont transmis sans intermédiaire à leur autre extrémité, qu'on voit saillir au-dessous de la peau, avec les caractères qu'on leur connaît, plus marqués encore si on exagère la déformation en poussant en haut les métacarpiens suivant leur axe. Les trois derniers métacarpiens ont passé complétement en arrière du carpe. Quant au deuxième, son extrémité supérieure est située sur un plan moins postérieur, et ne paraît pas s'être sensiblement déplacée. Les mouvements imprimés à sa tête ne se transmettent pas à sa partie supérieure, et l'on s'aperçoit bientôt qu'il est divisé en deux fragments, réunis par une fausse articulation, ce qui coïncide avec les renseignements donnés par le malade, que par l'incision dont on voit la cicatrice à ce niveau, on aurait enlevé de petits os. Il présente, de plus, un raccourcissement notable, mesurant seulement 4 centimètres, celui du côté sain en mesurant 5. Du reste, de ce côté, l'index atteint à peine dans l'extension le pli palmaire de la phalangette du médius, tandis que, du côté sain, il la dépasse de 1 centimètre et demi. Comme cause de raccourcissement de ce doigt, entre la fracture du deuxième métacarpien, nous devons invoquer aussi la flexion de la deuxième phalange sur la première, flexion que le malade peut faire disparaître par un effort. Notons enfin que, dans l'extension de la main, le médius et l'annulaire se courbent légèrement en arrière, de manière à présenter une concavité au niveau de la deuxième phalange.

La sensibilité est intacte partout; le malade se plaint seulement d'un peu d'engourdissement au niveau du deuxième métacarpien. Tout imparfaite qu'elle est, sa main lui rend encore d'importants services; ainsi il s'en sert pour écrire et il peut traîner sa brouette (il est marchand dans la rue).

Le pouce est celui de ses doigts dont les fonctions sont le plus compromises. La phalange unguéale possède encore des mouvements d'extension et de flexion; mais les muscles de l'éminence thénar sont atrophiés, et quoique les articulations du pouce soient à peu près libres, ce doigt ne peut être opposé aux autres, et dans les mouvements de la main, il reste inerte, maintenu dans l'axe des autres doigts. Sa main a perdu sa caractéristique: le mouvement d'opposition; ce n'est plus qu'une sorte de crochet mobile.

Après cette description, le diagnostic ne saurait, je pense, laisser le moindre doute.

Les extrémités inférieures et les apophyses styloïdes des os de l'avant-bras avaient conservé leur volume et leurs rapports normaux, ce qui excluait toute idée de fracture siégeant soit sur le cubitus, soit sur le radius. L'articulation radio-carpienne était aussi parfaitement intacte dans sa forme et dans ses mouvements; le dos de fourchette, la saillie qu'on remarquait à la face postérieure de la main, siégeait à plus d'un travers de doigt au-dessous de cette articulation, qui, comparée à celle du côté opposé, lui était parfaitement identique.

Restait à savoir si l'on n'avait pas affaire à une luxation médio-carpienne, comme M. Maisonneuve en a cité un exemple; plus nous approchons, en effet, du siége de la lésion, plus la constatation certaine en paraît délicate; un signe nous permet cependant d'affirmer que c'est bien à une luxation du métacarpe sur le carpe que nous avons affaire: c'est que le mouvement imprimé à la tête du métacarpien se transmet sans intermédiaire à la portion qui fait saillie sous la peau. Nous avons donc en résumé:

1° Luxation complète des trois derniers métacarpiens en arrière du carpe;

2° Fracture du deuxième métacarpien avec pseudarthrose entre les deux fragments;

3° Plaie de la région thénar et du premier espace interosseux ayant amené une atrophie des muscles du pouce, et, par suite, sa déviation.

On pourrait avec utilité, ce me semble, rapprocher de ce fait celui de Foucher, qui présente avec lui plus d'un rapport, et dans lequel l'examen anatomique a été fait: (*Société anatomique*, 1856, page 6).

F... présente une luxation du premier et du deuxième métacarpien en arrière, avec une fracture du troisième, suite de l'éclat d'un fusil.

Les quatre derniers doigts de la main gauche sont légèrement fléchis, quoique ayant conservé toute leur motilité. Le pouce est fléchi à angle droit dans son articulation métacarpo-phalangienne, et immobile dans cette position. Voussure convexe en arrière du métacarpe, plus marquée qu'à l'état normal. A sa partie moyenne, saillie anguleuse, immobile, recouverte d'une cicatrice et paraissant formée aux dépens du troisième métacarpien.

En dehors et en arrière de cette saillie, s'en trouve une autre plus considérable (15 à 18 millimètres), plus arrondie, se continuant avec le deuxième métacarpien, affectant la forme de l'extrémité supérieure de cet os et recevant le tendon soulevé du premier radial externe.

Pouce soudé à angle droit dans son articulation trapézo-métacarpienne, saillant vers la face palmaire; dépression correspondante sur la face dorsale. A la paume de la main, cicatrice qui va du pouce au troisième métacarpien.

La dissection a montré les muscles de la face palmaire et les interrosseux parfaitement sains. Ceux de l'éminence thénar sont rétractés, confondus et en grande partie fibreux. Tendons extenseurs et fléchisseurs sains, ainsi que les nerfs; arcade palmaire superficielle volumineuse et flexueuse. Le tendon extenseur de l'index dévié en dedans, contourne la saillie de la tête du deuxième métacarpien et contient dans sa gaîne un assez grand nombre de concrétions fines, blanchâtres, que l'on retrouve dans quelques articulations. Le quatrième et le cinquième métacarpiens n'ont pas subi d'altération; peut-être les ligaments qui les maintiennent sont-ils un peu plus lâches.

Le troisième métacarpien offre, vers sa partie moyenne, une fracture oblique en bas et en dehors, dont les fragments sont soudés par leurs parties latérales. Le fragment inférieur remonte vers les os du carpe et la petite pseudarthrose avec l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien, laquelle offre une saillie osseuse due à la soudure d'une esquille avec elle.

L'extrémité inférieure du fragment supérieur, reporté en dehors, est libre, séparée de la peau par une petite bourse séreuse, et forme la saillie déjà notée.

L'extrémité supérieure du deuxième métacarpien apparaît tout entière sur la face dorsale du carpe, sans déformation et recouverte de son cartilage. Cette extrémité a donc éprouvé un déplacement en arrière et en haut, d'une hauteur de près de 2 centimètres; elle est maintenue dans sa position nouvelle par deux bandes fibreuses considérables, dont l'une s'étale sur la face dorsale des os du carpe, et l'autre s'étend à l'extrémité du troisième métacarpien. Le premier radial externe a suivi le deuxième métacarpien dans son déplacement.

Le premier métacarpien repose, par son extrémité supérieure, sur la face dorsale du trapèze, et est soudé dans sa nouvelle position, de telle sorte que les légers mouvements qu'exécute le pouce ont lieu dans l'articulation trapézo-trapézoïdienne. Il y a donc luxation en arrière et un peu en dedans du premier métacarpien.

La première phalange du pouce, luxée incomplétement en avant, a subi une légère rotation en dehors, et se trouvé maintenue dans la flexion à angle droit par la rétraction des muscles thénar. Lorsque ces muscles sont coupés, on peut ramener la phalange à une demi-flexion, le ligament latéral interne empêchant l'extension complète.

Tous ces désordres sont le résultat de l'éclat d'un fusil, accident arrivé il y a vingt ans environ.

Dans ce fait de F..., comme dans celui de V... (*Société anatomique*, page 15, 1856), et plusieurs autres cités par M. Polaillon, la lésion a été produite par l'explosion d'une arme à feu. C'est dire quelle force considérable il a fallu pour séparer des articulations aussi serrées. Chez mon malade, c'est un poids énorme, un vagon de ballast, qui a déterminé la luxation. Enfin je signalerai, en terminant, qu'il y a eu la plupart du temps complication de fracture et de plaie, ce qui aggrave singulièrement le pronostic et complique le traitement. Quant à la position à donner à la main, la flexion forcée me paraît ce qu'il y a de préférable; c'est au moins l'attitude dans laquelle la difformité était le moins apparente chez mon malade.

MALADIES DE L'OREILLE (1)

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

Obs. III. *Inflammation du pavillon. Érysipèle et eczéma aigus et chroniques.*

C. F..., 49 ans, admise dans mon service au dispensaire de Saint-Georges et Saint-James, en 1849. Elle se plaint d'une grande sensibilité des deux pavillons, que l'examen montre rouges et fort épaissis. La peau de l'oreille droite et le tissu cellulaire sous-jacent sont indurés, et le pavillon offre à peine la forme générale de l'organe naturel.

La santé de la malade était très-altérée. On lotionna l'oreille avec une solution de nitrate d'argent (0gr,10 p. 30), et l'on administra de douces préparations de fer. La sensibilité de l'organe céda graduellement à l'influence de ce traitement.

Kystes, tumeurs, dépôts et affection maligne du pavillon. — Quelques auteurs ont pensé que l'*hématome de l'oreille* était une maladie spéciale aux aliénés; mais c'est une erreur, car j'en ai vu deux ou trois cas chez des personnes saines d'esprit, dont l'une fut admise dans mon service à Sainte Mary's Hospital; c'était un homme de 26 ans, boxeur, qui avait reçu un coup sur l'oreille quinze jours auparavant. Le kyste avait environ le volume d'une petite noix; il fut ponctionné; il s'en échappa un liquide transparent, qui se reforma rapidement. Le malade ne revint pas se soumettre à un nouveau traitement.

Tumeurs. — *Observation de tumeur du lobule, d'après M. Wilde.*

M. S..., fille de 19 ans, a, au centre des lobules droit et gauche, une tumeur dure, ferme, ovoïde et plus grosse du côté gauche. Celle-ci est d'une dureté pierreuse et tout à fait distincte du cartilage situé au-dessus, aussi bien que de la partie charnue du lobule qu'elle paraît traverser. La peau qui la recouvre est lisse, d'une coloration rose-clair, comme celle d'une tumeur kéloïde. Elle est née peu à peu de l'orifice percé pour la boucle d'oreille, et a mis plusieurs mois à atteindre son volume actuel. La tumeur du côté opposé qui, elle aussi, s'est développée autour du trou de la boucle d'oreille, est d'une couleur beaucoup plus pâle et n'est pas plus grosse qu'un pois. La malade dit avoir beaucoup souffert lorsqu'on lui perça les oreilles et avoir été obligée, au bout de trois ou quatre mois, de retirer ses boucles par suite de l'irritation qu'elles produisaient.

La tumeur la plus grosse fut disséquée et enlevée; l'ouverture elliptique qui en résulta fut réunie par des points de suture. Excellente réunion. Pas de récidive. La tumeur, sectionnée, montra une apparence fibreuse, dense, blanc-jaunâtre, et si dure que l'ongle ne la rayait point.

Squirrhe. — *Dégénérescence squirrheuse du pavillon observée par le docteur Fischer.*

Un paysan éprouva, à l'âge de 8 ans, une démangeaison occasionnée par une éruption du cuir chevelu. Cette éruption s'étendit à l'oreille droite, dont la peau, encore irritée par les durs frottements de la main, finit par s'ulcérer.

La rougeur et le gonflement de la partie, escorte obligée de l'inflammation, continuèrent depuis lors, fortement excités par la pléthore et la vigueur du sujet. Puis la maladie resta stationnaire pendant quelques années; à l'âge de la virilité, elle éclata de nouveau et avec un redoublement d'intensité. Pendant la 20e année, elle avait acquis un développement si énorme, que tout l'ensemble du pavillon s'était converti en une masse noduleuse, informe, lobulée, dans laquelle il était difficile de retrouver l'appendice naturel à l'extrémité antérieure et inférieure de l'anthélix; la masse dégénérée avait commencé de suppurer. Le docteur Fischer enleva avec le bistouri la totalité de l'oreille dégénérée; la plaie se cicatrisa en moins de six semaines.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1872. — Présidence de M. Forget.

M. le docteur Reliquet, à l'appui de sa candidature, envoie une brochure intitulée : *Calcul vésical, contracture de la vessie sur la pierre, action comparée des courants électriques continus et de l'anesthésie chloroformique sur cette contracture de la vesssie. Taille médiane. Guérison.*

M. Foville fait hommage à la Société d'une brochure ayant pour titre : *Des moyens pratiques de combattre l'ivrognerie proposés ou appliqués en France, en Angleterre, en Amérique, en Suède et en Norvége.*

M. Forget lit un rapport sur le travail de M. Gillette ayant pour titre : *Relation de deux cas de tumeur fibro-plastique de l'orbite.*

Obs. I. — *Tumeur fibro-plastique de l'œil gauche et de l'orbite. Ablation. — Guérison.*

Adrienne D..., femme F..., âgée de 60 ans, fruitière à Bougival, entre à l'hôpital des Cliniques (n° 17), le 28 août 1862, avec une énorme tumeur, en forme de champignon, faisant issue au travers de l'orifice palpébral gauche et paraissant s'être substituée entièrement au globe oculaire du même côté. Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, cette femme l'a été jusqu'à 50 sans trouble aucun. Elle

(1) Voir les numéros des 26 mars, 16 avril et 10 septembre 1872.

n'offre pas d'antécédents héréditaires. Elle est née de parents très-bien portants, n'ayant eu aucune tumeur, aucune maladie cancéreuse. Elle n'a eu, dans son enfance, ni adénite, ni ophthalmie, ni abcès. Quelques attaques d'hystérie sont les seuls phénomènes morbides qu'elle nous accuse. Mariée à 22 ans, elle a eu onze enfants; huit sont morts, trois de méningite.

Elle fait remonter le début de l'affection qu'elle porte à dix-sept ans. Au mois de juillet 1855, elle était en train de laver du linge dans l'étang de Ville-d'Avray, quand elle s'aperçut (j'emploie ici son expression) qu'il lui passait deux ou trois *papillons lumineux* devant l'œil gauche, sans qu'elle ressentît toutefois de douleurs; puis, dans le même moment, se bouchant l'œil droit, elle remarqua que la vue de l'œil gauche était complétement abolie. Des douleurs survinrent et la forcèrent à consulter. Traitée comme amaurotique par plusieurs oculistes de Paris, elle prit un grand nombre de purgatifs. Les sangsues, les vésicatoires ne furent pas épargnés pendant huit mois et n'arrêtèrent pas les douleurs de tête, qui augmentèrent notablement dans tout le côté gauche, furent profondes et prirent un caractère suraigu. Elles se calmèrent cependant quand elle eut renoncé à tout traitement, et les deux années qui suivirent furent assez tranquilles pour la malade; elle n'éprouva que quelques maux de tête de temps à autre, mais sentit, au toucher, son œil gauche devenir un peu plus dur et plus saillant; puis les souffrances revinrent, et lorsque ces douleurs, dont l'apparition n'avait aucun caractère de régularité, étaient très-vives, l'œil gauche, nous assure la malade, devenait beaucoup plus volumineux, et diminuait un peu dans l'intervalle des accès.

Cette névralgie opiniâtre dura et augmenta jusqu'en l'année 1860. A cette époque, elle eut quatre à cinq mois de tranquillité, lorsqu'un jour, dans la rue, elle sentit son œil gauche tomber, et regarda pour voir si, effectivement, il n'était pas par terre. Rentrée chez elle, elle vit, dans son miroir, que le globe oculaire faisait, en avant, une saillie très-prononcée, mais toujours recouverte par les paupières.

L'exophthalmie augmenta graduellement. Enfin, il y a quatorze à quinze mois, elle vit apparaître, en haut et en dehors, entre la paupière supérieure et l'œil, une tumeur de la grosseur d'une noisette, rouge et indolente au toucher, qui, en prenant du volume, refoula le globe oculaire en bas, en arrière, en même temps qu'elle se portait en avant.

A partir de ce moment, il y eut diminution des douleurs hémicrâniennes que cette malade avait présentées pendant si longtemps.

En peu de semaines, la tumeur acquit au moins la moitié du volume qu'elle a aujourd'hui; elle était d'un rouge vineux, non bosselée, avait dès lors complétement remplacé le globe oculaire qui avait fui en arrière, et elle faisait issue entre les deux paupières gauches qu'elle commençait à masquer. Il y a sept mois, un nouveau phénomène apparut : un matin, sans effort, sans cause appréciable, la tumeur se creva, et cette première hémorragie est évaluée par cette femme à environ trois timbales de sang. Depuis cette époque, un mois ne s'est point passé sans ramener nouvelle hémorragie qui s'arrêtait en comprimant directement avec un tampon de charpie.

Tels sont les commémoratifs rapportés par la malade. Examinons maintenant l'état actuel de la tumeur dont nous avons cherché à reproduire les caractères, le plus fidèlement possible, dans le dessin que nous avons fait d'après nature.

L'ouverture palpébrale gauche est occupée par un champignon énorme saillant en avant, et cachant complétement les deux paupières. Cependant on peut voir en haut une partie de la paupière supérieure, laissant pénétrer au-dessous d'elle une espèce de pédicule reliant ce champignon extérieur à la portion intra-orbitaire.

Cette tumeur est oblongue dans le sens transversal qui a un diamètre de 12 centimètres. Elle n'a guère que la moitié de cette dimension dans le sens vertical. Sa grosse extrémité est en dehors et empiète sur la région génienne gauche. Son extrémité interne est un peu plus mince et s'appuie sur la racine du nez. Son bord inférieur est le plus long, le plus convexe; le bord supérieur est à peu près horizontal; elle rappelle vaguement la forme d'un croissant. La surface n'est pas uniforme, elle offre au contraire de nombreuses bosselures de grosseur différente, toutes plus ou moins arrondies et simulant la disposition de petits pois, de billes accumulées les unes à côté des autres et séparées par des sillons de profondeur variable : l'un d'eux, plus considérable, semble partager la tumeur en deux gros lobes : l'un interne, plus volumineux; l'autre externe, plus petit, qui offre dans la partie la plus saillante une plaque d'un noir foncé, de la largeur d'une pièce d'un franc, et qui est le point unique par où se sont produites les nombreuses hémorragies dont la tumeur a été le siége.

Sa couleur est d'un rouge vineux; certaines bosselures présentent cependant une coloration rosée assez accentuée; d'autres parties sont d'un jaune brunâtre. La consistance est molle, certains points sont presque fluctuants; indolente au toucher, elle est devenue, au dire de la malade, brûlante depuis qu'elle a augmenté de volume; de plus, elle est le siége de battements intérieurs fort incommodes. On voit enfin à sa surface, mais principalement au fond des sillons, un liquide séro-purulent; le reste de la tumeur est humide, mais ne présente pas le caractère d'une véritable suppuration. On n'aperçoit plus de trace du globe oculaire : la vision est totalement abolie de ce côté.

Les douleurs névralgiques, qui avaient été, il y a trois ans, si vives que cette pauvre femme avait voulu se suicider en se jetant dans l'eau, ces douleurs, qui avaient disparu au moment où la tumeur s'était fait jour au dehors, recommencent à inquiéter la malade : elles n'occupent ni le nez, ni l'oreille, mais sont profondément situées dans la cavité orbitaire et la région frontale gauche. Cette femme, à cause des douleurs qu'elle endure, ne peut se coucher ni sur le côté gauche, ni sur la partie postérieure de la tête.

Depuis cinq à six mois, inappétence presque complète, amaigrissement. Etat d'anémie marqué et qui s'explique par la fréquence des hémorrhagies : elle en a actuellement tous les deux ou trois jours, et le moins qu'elle perd chaque fois est évalué à quatre ou cinq cuillerées à bouche de sang. Jamais elle n'a eu d'épistaxis.

Les ganglions voisins ne sont le siége d'aucune altération.

La lenteur dans la marche de l'affection (dix-sept ans), l'intégrité des fosses nasales et des autres parties voisines, celle des ganglions surtout, nous firent écarter l'idée d'une tumeur cancéreuse, et la probabilité d'un prolongement dans une cavité voisine, et pour ne rien préjuger sur la nature de la maladie, on porta le diagnostic de tumeur S, ou fongus sarcomateux de l'œil et de l'orbite. Avec le consentement de la malade, l'ablation en est pratiquée le 30 août 1860.

Opération. — Mon maître, M. Ad. Richard, qui remplaçait alors M. le professeur Nélaton, veut bien me laisser faire l'opération et me servir d'aide. Anesthésie par le chloroforme facile et complète. En repoussant fortement la tumeur en bas, on la fait saigner d'une façon notable, et on constate que son prolongement orbitaire est adhérent au cartilage tarse de la paupière supérieure. A l'aide d'une aiguille courbe, on passe un double fil à travers le pédicule de la tumeur pour que, pendant l'ablation, un aide puisse la faire manœuvrer facilement. Avec de forts ciseaux, on coupe toute la partie qui adhère au cartilage tarse supérieur, ce qui donne un écoulement de sang considérable : alors le doigt indicateur, explorant la profondeur de la cavité orbitaire, reconnaît que la tumeur s'énuclée avec assez de facilité, et n'envoie aucun prolongement dans les régions voisines. La face muqueuse de la paupière inférieure n'offre, avec le néoplasme, aucune adhérence bien intime. Ayant été isolée dans toute sa périphérie, soit avec les doigts, soit avec l'instrument tranchant, la tumeur est attirée le plus possible à l'extérieur, et des ciseaux courbes plongés au fond de l'orbite sectionnent le produit morbide tout à fait à la partie postérieure. Comme il reste, au sommet de la cavité orbitaire, un petit segment de la tumeur de la grosseur d'une bille, on l'entoure de deux ligatures, et on en fait la section en arrière : deux cautères actuels olivaires sont éteints au fond de la cavité et arrêtent presque entièrement l'hémorragie. Une boulette de charpie, imbibée de perchlo-

rure de fer et bien exprimée, est introduite profondément : la cavité orbitaire est remplie de charpie, et un monocle exerçant une légère compression, achève le pansement et suffit, au bout de quelques minutes, pour arrêter tout écoulement sanguin. Je ne relaterai pas, ici, jour par jour, les phénomènes que présenta la malade, quoique tous ces détails soient consignés fidèlement dans les notes que je possède. Je dirai seulement que les suites de l'opération furent aussi simples que possible. Le pouls qui, immédiatement après l'opération, et durant les deux ou trois jours qui suivirent, était très faible et avec intermittences, se releva peu à peu. L'abattement de la malade se dissipa : les vomissements ne durèrent que quarante-huit heures. Un œdème quasi-inflammatoire des paupières et de la racine du nez disparut au bout de six jours : des bourgeons charnus, de bonne nature, se formèrent au fond de la cavité, et une suppuration, modérément abondante, se développa.

A la fin du mois de septembre 1862, la malade, se considérant comme guérie et heureuse d'être débarrassée à la fois de sa tumeur et surtout de ses douleurs de tête violentes, demande son exéat.

Examen histologique de la tumeur. — Deux segments devaient être examinés :

Le premier, le plus volumineux, celui qui formait le gros champignon extra-orbitaire.

Le second, beaucoup plus petit, logé au fond de la cavité orbitaire, et qui, dans le premier temps de l'opération, a été séparé du premier par un coup de ciseaux.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés, M. Ordonez et moi, dans l'examen histologique de ces deux portions :

1er segment. *Champignon extérieur.* A la superficie, il est lobulé, a une couleur violette et noire en des points divers, et présente une consistance molle. A la loupe, on trouve en arrière, c'est-à-dire plus au centre, un noyau jaune un peu plus consistant que le reste qui, lui, est d'un rouge noirâtre et représente une espèce de bouillie. Cette bouillie, à laquelle se trouve mélangée une certaine quantité de sang, offre des vacuoles et des colonnes plus ou moins charnues ; nous la trouvons constituée, au point de vue histologique, par une multitude de noyaux embryo-plastiques remplis de granulations très-serrées. Dans quelques-uns de ces noyaux, on remarque des granulations hématiques bien faciles à reconnaître par leur grosseur plus considérable et leur coloration rouge. Au milieu de ces noyaux embryoplastiques, qui forment en quelque sorte la première phase du développement du tissu fibreux, se rencontre un assez grand nombre de petits corps fibro-plastiques à noyaux moins volumineux que les précédents.

Les noyaux embryo-plastiques s'observent principalement dans la portion molle antérieure, tandis que le noyau jaune, précédemment indiqué, est constitué presque entièrement par les corps fibroplastiques ; en résumé, ce premier segment est une tumeur fibroplastique, où se trouvent mélangés sans ordre des noyaux embryoplastiques, des corps fusiformes et une grande quantité de sang épanché et altéré.

Le 2e segment (segment profond) est la partie la plus petite, mais non pas la moins intéressante à étudier. Ce segment est régulièrement arrondi, du volume d'une petite bille, et représente à l'œil nu et au microscope les divers éléments de l'œil normal considérablement atrophiés. Beaucoup plus dur que le gros segment extraorbitaire, il offre même dans certains points de sa périphérie une consistance fibreuse. Le microscope y découvre une quantité innombrable de petits corps fibro-plastiques parfaitement reconnaissables au milieu desquels se voit une petite proportion de noyaux embryoplastiques et un peu de tissu fibreux. On constate donc ici, sur une même coupe placée sous le champ du microscope les trois phases par lesquelles passe le noyau embryo-plastique pour se constituer élément fibreux.

Nous avons disséqué minutieusement ce petit corps, et nous y avons retrouvé les éléments complets d'un globe oculaire atrophié. En effet, à sa partie postérieure et attenant à lui, existe un petit cordon cylindrique de 22 millimètres de diamètre et d'une longueur de 1 centimètre. C'est le nerf optique très-atrophié, entouré d'une gaine fibreuse, qu'il faut inciser pour le mettre à nu et présentant à son entrée dans le globe oculaire un petit enfoncement manifeste : il se continue avec la sclérotique. Au microscope, ce petit nerf n'offre pas de trace de tube nerveux ; il est entièrement converti en faisceaux fibreux plus ou moins ondulés, comme dans deux cas analogues opérés par M. Cusco et par M. Nélaton, et dont M. Ordonez a fait l'étude histologique.

La sclérotique se retrouve en lambeaux ; cependant en deux points, on rencontre deux petites cavités situées sur les prolongements et les côtés du nerf optique, et où on retrouve la sclérotique, constituant bien véritablement une coque extérieure, allant se confondre avec la portion fibreuse de la tumeur

Le produit morbide ne pourrait-il pas avoir eu son siége primitif, son développement initial dans cette enveloppe scléroticale ? Nous ne retrouvons, dans aucun endroit, de trace de rétine, chose qui n'a pas lieu d'étonner, cette membrane se détruisant presque toujours la première à cause de sa délicatesse ; mais ce qu'il y a de plus curieux est l'intérieur des deux petites cavités précédentes : chacune de ces cavités est assez creuse pour y recevoir une lentille, et est tout à fait noire ; elle est, en effet, tapissée par la choroïde. Mais nous ne trouvons pas ici, au microscope, les belles cellules polygonales régulières et pigmentaires de la lame interne de la choroïde normale ; il n'y en a plus une seule : on n'y rencontre que les éléments de la lame externe de cette membrane, c'est-à-dire ceux de la *lamina-fusca*, qui est caractérisée par une trame cellulaire avec rares cellules très irrégulières, et granulations de pigment en quantité innombrable et de couleur rougeâtre ; on y trouve aussi quelques cellules arrondies.

J'ai eu l'heureuse fortune de rencontrer, dans le cours de mon internat, deux tumeurs de l'œil et de l'orbite, sur la nature fibroplastique desquelles l'examen histologique, fait avec tout le soin désirable, n'a laissé aucun doute. Les auteurs classiques sont bien sobres de description touchant ces sortes de tumeurs. Warton Jones (1862) dit, à propos des tumeurs sarcomenteuses de l'orbite, qu'elles grossissent lentement, et, en général, n'atteignent pas un grand développement ; elles peuvent, ajoute-t-il, exister dans toutes les parties de l'orbite.

Dans la belle iconographie ophthalmologique de Sichel (1852-1859), on trouve des observations et des dessins ayant trait à la mélanose, à l'encéphaloïde de la rétine, à l'encéphaloïde de l'orbite à l'état de tumeur fongueuse, à l'épithélioma de l'œil et des paupières, mais on cherche en vain la description de l'orbitocèle fibroplastique, qui n'est même pas mentionnée. M. Demarquay, dans sa thèse de concours d'agrégation (1853), ne parle que des tumeurs cancéreuses de l'orbite, mais dans son traité des *Tumeurs de l'orbite* de 1860, le même auteur, comblant une lacune, consacre un chapitre aux tumeurs fibroplastiques et y renferme quatre observations qui ont été empruntées aux docteurs Guersant, Nélaton, Quain et Mackensie ; toutefois, la dernière observation laisse beaucoup de doutes sur la nature intime de la néoplasie ; et, de plus, dans trois de ces cas, la tumeur de l'orbite s'était développée simultanément avec des tumeurs semblables des régions voisines. Dans les bulletins de la Société de chirurgie (jusqu'en 1870), nous avons rencontré, outre le cas de Guersant mentionné plus haut (*Soc. chir.*, 1854, 1re série, t. IV), et qui ne nous paraît pas très-clair, une observation due à Bauchet (1861, 2e série, t. I, p. 1), que ce chirurgien a intitulée : *Fongus mélanique bénin de l'œil*, et où l'examen histologique avait fait découvrir des corps fibro-plastiques ; mais ici, comme dans plusieurs autres faits relatés par divers chirurgiens, l'élément fibroplastique ne constitue pas l'élément principal de la tumeur, il est au contraire accessoire. Dans les deux observations que j'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine de Paris, les tumeurs entièrement composées de tissu fibro-plastique m'ont paru offrir un certain intérêt : 1° en raison de leur rareté, comparée à la fréquence des autres tumeurs de l'orbite ; 2° par la guérison complète dont leur ablation a été suivie ; en troisième lieu, parce qu'au point de

vue du développement ces deux tumeurs se complètent l'une par l'autre, puisqu'elles représentent les deux phases d'une seule et même affection. Voici ces deux observations, avec tous les détails que nous avons pu recueillir.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet. — Présidence de M. MOISSENET.

Suite de la discussion sur la thoracentèse.

M. BUCQUOY donne un résumé des observations qu'il a faites à l'hôpital Cochin sur le traitement de la pleurésie par la thoracentèse. Ces observations reposent sur 16 cas et sur 68 ponctions. Il rappelle qu'il a déjà appelé l'attention de la Société sur une forme de pleurésies qu'il a appelées catarrhales; or, ce caractère particulier semble s'être modifié depuis le commencement de l'année.

M. Bucquoy distingue trois catégories distinctes dans les différentes formes de pleurésies qu'il a observées :

1° Pleurésies avec épanchement séreux simple sans complications graves;

2° Pleurésies avec épanchement séreux présentant des complications;

3° Epanchements purulents.

M. CHAUFFARD désire fixer l'attention de la Société sur un point particulier du sujet en discussion; il veut parler de la transformation des épanchements séreux en épanchements purulents après la thoracentèse; fait rare, il est vrai, mais cependant constaté par un certain nombre d'observateurs. M. Chauffard, venant d'être lui-même témoin d'un fait de ce genre, se demande si, ayant prévu ce fait, il aurait de même pratiqué la thoracentèse.

Telle est, en quelques mots, l'observation dont il s'agit : un jeune homme de 22 ans, maigre, chétif, mais ne manquant pas d'une certaine vivacité, entre à l'hôpital présentant, d'une part, les signes d'un épanchement pleurétique à gauche et, d'autre part, quelques signes de tuberculisation pulmonaire. Devant l'abondance de l'épanchement, M. Chauffard se décide à pratiquer la thoracentèse; cette opération donna issue à une sérosité un peu louche dès le début de l'écoulement. Ce que voyant, M. Chauffard émet la crainte que l'épanchement ne se reproduise purulent. En effet, peu de temps après, nouvelle thoracentèse; épanchement entièrement purulent; on fait une injection iodée, qui ne donne lieu à aucun symptôme d'iodisme; huit jours après, l'épanchement se reproduit de nouveau; le malade, à ce moment, présente un état général grave, ce qui décide M. Chauffard à recourir à la méthode du drainage. Un drain fut appliqué par M. Guyon. Depuis l'application de ce drain, l'état du malade est relativement excellent; la quantité de pus diminue sensiblement; le pus sort bien par les deux extrémités du drain; l'appétit, qui avait été perdu, est revenu; le malade mange même beaucoup; tout fait espérer une guérison complète.

M. Chauffard se demande dans quelles conditions un épanchement pleurétique tend à devenir purulent. Il croit pouvoir affirmer que ce fait se présente souvent, sinon toujours, dans le cas de tuberculisation; et, dans ce cas, il serait très-porté à s'abstenir de pratiquer la thoracentèse.

M. MOUTARD-MARTIN croit qu'en pareil cas la pleurésie est purulente d'emblée. Si, dit-il, on examinait le liquide épanché au microscope, on trouverait une plus grande quantité de globules blancs; et on peut affirmer dans ces cas-là que si l'épanchement se reproduit, il se reproduira purulent.

M. Moutard-Martin a observé récemment un malade dans ces conditions; ce malade portait les signes d'une pleuro-pneumonie; trente ventouses scarifiées lui furent appliquées en quarante-huit heures; malgré cela, la fièvre persista et la dyspnée devint telle au quatrième jour de la maladie, qu'on se décida à pratiquer la thoracentèse; on fit sortir 1,800 grammes de liquide; plusieurs collègues considéraient cette pleurésie comme séreuse; en examinant le liquide d'un peu près, je déclarai qu'elle était purulente; trois ponctions pratiquées depuis l'ont largement prouvé. Malgré cela, on n'en constate pas moins un amendement notable dans les symptômes généraux après chaque thoracentèse, et celle-ci n'est absolument pour rien dans la transformation du liquide.

M. BOURDON vient de pratiquer six thoracentèses; chaque fois, il a constaté, à la première ponction, une transparence parfaite du liquide; et cependant, quatre fois le liquide s'est reproduit purulent; sur ces quatre cas, un seul était fort mauvais; ainsi donc, sur six opérations pratiquées avec le petit trocart et l'aspiration, quatre fois le liquide, parfaitement transparent, s'est reproduit purulent. Sur ces quatre malades, deux sont morts, deux sont encore en traitement.

M. MOUTARD-MARTIN croit que ce sont là des faits exceptionnels et serait tenté de les attribuer à quelque cause particulière, telle, par exemple, que le mauvais entretien des instruments dont s'est servi M. Bourdon. Une canule sale peut suffire à transformer de la sérosité en pus.

M. BOURDON répond qu'il s'est servi des mêmes instruments que M. Blachez qui, lui, n'a observé aucune transformation de ce genre.

M. CHAUFFARD accepte difficilement l'interprétation donnée par M. Moutard-Martin de ces faits; il se demande si l'on ne trouverait pas une cause plus probable de ces transformations dans certaines conditions de saisons ou de constitutions médicales particulières.

En rapprochant les faits de ce genre observés par M. Bourdon, M. Bucquoy et par lui-même, de l'épidémie de fièvres puerpérales, d'une part, et d'érysipèles, de l'autre, signalée par plusieurs collègues, M. Chauffard serait disposé à attribuer la même cause à tous ces faits.

M. BOURDON se demande si l'aspiration n'est pas pour quelque chose dans cette tranformation du liquide épanché en pus, et si la même chose serait arrivé s'il avait simplement employé la méthode de Reybard.

M. CORNIL fait une communication orale sur l'anatomie pathologique de la pleurésie.

Lorsqu'on examine, dit-il, une plèvre enflammée, on trouve un liquide tantôt citrin, tantôt louche, tantôt puriforme; dans tous ces liquides, même le premier, on constate la présence des globules blancs et des globules rouges du sang. Cette constatation des globules blancs doit toujours faire redouter l'accident signalé par ces messieurs. Plus le liquide est louche, plus la quantité de globules blancs est considérable. La cause de cette transformation est inconnue; mais personne ne peut nier l'influence de la tuberculisation.

M. Cornil fait connaître ensuite la constitution anatomique des fausses membranes formées par de la fibrine contenue dans l'exsudat qui se condense en présence des globules blancs et des globules rouges.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. FÉRÉOL présente un malade qui porte un ulcère de la langue, dont le diagnostic présente assez de difficulté. Cependant, il croit pouvoir rapporter cet ulcère à la tuberculisation.

Il s'agit d'un homme de 54 ans, tuberculeux. Il ne serait pas impossible, toutefois, qu'un tuberculeux fût atteint d'un cancroïde de la langue; d'autre part, cet homme a fait des aveux propres à soulever de nouveaux doutes sur la véritable cause de cet ulcère; il a avoué avoir eu certains rapports *ab ore* deux mois avant son entrée à l'hôpital; mais en y regardant d'un peu près, il n'est pas difficile de se convaincre que cette lésion ne ressemble nullement à un chancre. Ce ne pourrait être non plus un accident secondaire, puisque cet homme n'a pas eu la syphilis autrefois; au moins M. Féréol n'a aucune raison de le penser; en outre, cet ulcère n'a pas le caractère de l'ulcère syphilitique. Enfin, cet ulcère pourrait peut-être aussi être attribué à l'usage exagéré de la pipe ou à la présence de mauvaises dents; mais M. Féréol, après un examen approfondi, s'arrête au diagnostic d'ulcère tuberculeux de la langue, diagnostic qui d'ailleurs a été confirmé par M. Trélat.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 17 août, M. le docteur E. Ménière a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par un bref en date du 23 août, M. Hervier, docteur en médecine à Rive-de-Gier, a été nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand.

— A louer, à Marseille, l'*Institut hydrothérapique du Midi*, fondé par le docteur Gamel, situé sur une des plus belles promenades et parfaitement installé. — S'adresser à Mme Ve Gamel, avenue du Prado, 38, à Marseille.

AVIS

Une transposition de pages a eu lieu dans le tirage de quelques exemplaires de notre dernier numéro.

Nous prions ceux de nos abonnés qui auraient reçu un de ces numéros et qui désireraient obtenir un exemplaire correct, de nous en adresser la demande sans retard.

De l'urine dans quelques maladi..., par le docteur Hoepffner. — In-8°. Prix : 4 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

De la thrombose cardiaque dans la diphthérie, par le docteur Beverley. — In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delayaye.

Contribution à l'étude de quelques-uns des phénomènes de la rigidité cadavérique chez l'homme, par le docteur Niderkorn. — In-8° avec 33 pages de tableaux synoptiques. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité pratique des maladies des yeux, par le docteur Fano, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2 vol. in-8, avec 152 figures intercalées dans le texte et 20 dessins en chromo-litographie indiquant les altérations de l'œil examiné à l'ophthalmoscope. — Paris, Delahaye. — Prix : 17 francs.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,[illegible] francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés [illegible] ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS			POUR L'ÉTRANGER
	Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus
	Six mois. . .	16 —	suivant les derniers tarifs
	Un an. . . .	30 —	des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — Clinique départementale. (M. Gustave Vautrain, de Nancy). — Accidents saturnins graves provoqués par l'usage du tabac à priser. (M. Darin). — Un cas de mort déterminé par la foudre. (M. Binard). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Thèses.

Paris, 16 septembre 1872.

La physiologie expérimentale et la médecine traditionnelle.

Un jour, l'un des derniers de mon séjour au Mont-Dore, je songeais,

Car que faire au Mont-Dore à moins que l'on ne songe?

Je songeais, provoqué que j'y étais en partie par les échos que la fidèle *Gazette*, qui me suit partout, m'apportait des bruits et des discussions de notre monde savant, en partie par les souvenirs d'un travail récent qui avait exigé de ma part des recherches étendues dans les anciens auteurs, et par les préparatifs d'un travail nouveau qui allait m'obliger à reprendre de fond en comble l'étude d'un des points de doctrine le plus anciennement et le plus solidement établis. Entraîné par ce courant d'idées, je réfléchissais à l'immense étendue du domaine de notre science médicale, produit du travail accumulé des siècles, trésor d'observations lentement et patiemment recueillies par nos ancêtres de tous les points du monde civilisé, auquel viennent s'ajouter incessamment les riches acquisitions et les méthodes lumineuse de la science moderne. Je me la représentais embrassant dans son vaste programme la plus grande moitié des connaissances humaines, et rachetant le vague, l'incertitude, l'obscurité même de quelques-unes de ses parties par la multiplicité de ses rapports, par l'étendue de ses applications et surtout par ses tendances, qui seront l'honneur de notre époque, à substituer le plus possible à la recherche des problèmes toujours difficiles, parfois insolubles, trop souvent décevants de la thérapeutique, le principe plus simple, plus vrai et beaucoup plus fécond de la prophylaxie.

J'en étais là de ce qui n'était qu'un rêve sans doute, une erreur de mes souvenirs ou une vague aspiration de mes désirs abusés, car j'en fus péniblement réveillé par la lecture d'un article d'un grand journal que le hasard venait de faire tomber sous mes yeux et où je ne tardai pas à voir quelle était mon erreur. J'y apprenais, en effet, « que la médecine a été et reste encore un article de foi »; que « l'incertitude des bases sur lesquelles elle repose n'a été mise en doute par aucun praticien éclairé; que, «de nos jours, le passé n'est plus défendu ni même défendable; que la médecine classique est désertée et qu'il faut chercher d'autres moyens pour constituer une nouvelle médecine qui ne soit plus un art conjectural»; enfin, «qu'après vingt-deux siècles de pratique et d'enseignement, la science médicale en est à se demander si réellement elle existe» , etc. Le tout, pour arriver, bien entendu, à exalter la toute-puissance de la physiologie expérimentale et à annoncer la naissance, — non pas même la naissance, — l'enfantement prochain d'une nouvelle médecine, — la vraie cette fois, — par l'accouplement de la chimie et de la physiologie expérimentale, lesquelles, ne faisant elle-mêmes que de naître, paraissent bien jeunes pour cette œuvre de fécondation.

Ainsi, médecins, qui, sur la foi de cette longue série d'observateurs, depuis celui qui a donné les premiers et les plus parfaits modèles de description des maladies de son pays et de son temps, l'auteur des épidémies, jusqu'au laborieux et consciencieux historien, d'après nature, de la phthisie et de la fièvre typhoïde, que nous venons d'avoir la douleur de perdre, pensiez connaître les caractères, la marche et l'issue, en un mot l'histoire naturelle du plus grand nombre des maladies qui affligent l'humanité, détrompez-vous; vous ne saviez pas la physiologie, vous ne connaissiez pas la part qui revient aux actions physico-chimiques dans l'accomplissement de la plupart des fonctions normales; vous ne pouviez donc en connaître les perturbations. Attendez que la physiologie expérimentale ait accompli son œuvre pour recommencer la vôtre.

Praticiens, qui, sur la foi de tous ceux qui vous ont précédés, depuis Mélampe ou Chiron jusqu'à Trousseau, dans le maniement de la matière médicale, en passant par les Arabes, par les alchimistes du moyen âge et les chimistes modernes, avez appris à choisir plus ou moins judicieusement dans ce *capharnaüm* de substances, d'agents modificateurs, de moyens d'action quelconques; vous qui vous servez, d'après une expérience traditionnelle, souvent vérifiée par la vôtre propre, de tout ce qui est susceptible de modifier utilement l'économie dans le sens des indications que vous avez puisées dans la connaissance de la nature de la maladie, de sa marche et de ses tendances naturelles; qui, en conséquence de cette somme de notions acquises, employez avec discernement, mais sans trop savoir au juste quel est leur mode d'action physiologique, l'opium, la belladone, la digitale, le quinquina, le fer, le plomb, l'émétique, les sels purgatifs, la saignée, tantôt trop, tantôt pas assez, il est vrai, les vésicants et toute la série des agents dits révulsifs, dérivatifs, fluxionnants ou défluxionnants, etc., oubliez vos formules empiriques, brisez vos lancettes, jetez au vent tout ce que renferment les officines pharmaceutiques, abandonnez vos clients dont vous trompez la confiance, et venez à nos laboratoires apprendre le pourquoi et le comment de l'action de chacun de ces

agents; et ce ne sera que lorsque, initiés à tous les secrets d'une nouvelle thérapeutique de laboratoire, vous aurez pour chaque médicament la formule exacte de son action physiologique, qu'il vous sera loisible de retourner auprès de vos malades, qui, jusque-là, se passeront de vous et de vos médicaments, ou s'adresseront à de moins scrupuleux.

Et vous, médecins hydrologues, mes confrères, qui pensiez rendre quelques services aux personnes atteintes d'affections chroniques et diathésiques que l'on adresse à vos thermes, comment osez-vous les baigner dans une eau dont vous connaissez si imparfaitement la composition? Et que n'attendez-vous que chimistes, physiciens et géologues se soient mis d'accord pour vous en faire connaître la constitution exacte?...

Mais qui tient un pareil langage? me dira-t-on. Est-ce un médecin? Non. Mais c'est un savant, c'est un de nos plus zélés et de nos plus intelligents vulgarisateurs de la science, dont nous lisons toujours avec plaisir, et le plus souvent avec intérêt et profit, les savantes expositions, et qui jouit d'un légitime crédit auprès d'un public sérieux et de lecteurs d'élite. J'ajoute que si la circonstance de n'être pas médecin est une excuse de ne pas mieux connaître l'histoire de la médecine, l'effet de ses paroles n'en est pas moins fâcheux, en ce qu'elles sont le plus souvent empruntées à des médecins, si même quelques-uns ne les lui ont pas directement inspirées.

Ce langage, du reste, n'est pas nouveau pour nous; et c'est justement ce qui nous tient à cœur, parce qu'il révèle, chaque fois qu'il se produit, une ignorance volontaire ou un mépris systématique du passé, que semblent affecter tous les novateurs, comme si leur gloire devait s'accroître de l'abaissement ou de l'oubli de leurs devanciers. C'était le langage que tenait Bichat lorsqu'il définissait ainsi la médecine traditionnelle: « Incohérent assemblage d'idées incohérentes; de toutes les sciences physiologiques, celle où se peignent le mieux les travers de l'esprit humain; ensemble d'idées inexactes, d'observations aussi bizarrement conçues que fastidieusement assemblées, etc. » Il faudrait épuiser tout le vocabulaire de l'ironie si l'on voulait rappeler ici en quels termes Broussais traitait ses maîtres de la veille. La fameuse réforme de 1816 opérée, il faut voir dans les journaux du temps avec quels airs vainqueurs ses séides chantaient ses triomphes. A cette époque, aussi, la médecine était un vieil édifice vermoulu que le grand réformateur venait de démolir complétement. Il n'en restait plus pierre sur pierre, et l'on ne parlait plus que de réédifier à sa place une médecine toute nouvelle.

On sait quel a été le sort de la réforme dite aussi alors physiologique. Je me trompe, il en est ressorti quelque chose, mais ce fut par une sorte de travail de réaction. On avait fait table rase, et sur cette table rase s'édifièrent les excellents travaux d'observation et de recherches anatomo-pathologiques des Louis, des Andral, des Cruveilhier, des Gendrin, bientôt suivis à leur tour de la réhabilitation par Bretonneau et son école d'une thérapeutique oubliée... Mais, qu'est-ce à dire? La physiologie expérimentale n'avait pas encore passé par là: les observations de Louis, d'Andral et de leur phalange sont frappées de nullité comme celles des Baillou, des Bordeu, des Baglivi, des Van Swieten, des Sydenham, des Cullen, des Stoll, des Frank, des Borsieri et *tutti quanti*; et c'est table rase qu'il faut faire de nouveau. — Encore un peu, et on n'eût eu que de très-médiocres regrets, peut-être, si les incendies de la Commune avaient atteint nos bibliothèques.

J'entends dire, d'ici, que ce sont là propos de vieillard ennemi du progrès, *laudator temporis acti*. Qui, plus que ce journal, a donné des témoignages d'admiration sincère pour les progrès récents de la physiologie, et qui a plus souvent signalé et encouragé la tendance aux applications de la physiologie à la médecine? Mais l'exagération et l'exclusivisme en toutes choses m'ont toujours révolté, à l'égal de l'ingratitude pour de vieux services, et je n'ai jamais compris que, pour faire accueil à un ami nouveau, il fût nécessaire de tourner le dos à un ancien ami. Notre rôle, ici, est de suivre et d'exposer les progrès de notre science; mais en accomplissant, avec une sorte d'orgueil pour nos contemporains, cette partie de notre tâche de vulgarisateur, nous n'avons pas entendu abdiquer notre droit de critique, à l'occasion, et la part qui nous revient aussi du rôle de conservateur. Aussi, toutes les fois que nous avons à exposer des faits ou des principes nouveaux, résultats des études de laboratoires, manquons-nous rarement de demander qu'ils soient incessamment soumis au contrôle de l'observation clinique, s'il s'agit de faits médicaux proprement dits, ou, d'une manière plus générale, qu'ils soient confrontés avec les faits ou les principes analogues déjà acquis, sous peine de bâtir l'édifice nouveau sur pilotis, au lieu de le faire reposer sur les assises solides des premiers fondements de la science. C'est parce que, dans un zèle exagéré pour les méthodes modernes, on méconnaît cette loi fondamentale de tout progrès véritable, que nous nous élevons ici contre cette contemption superbe envers notre passé médical.

Quant à cette méthode expérimentale, qui donne de nos jours des résultats dont on a raison de se montrer fier, il ne faudrait pas non plus laisser croire aux lecteurs peu familiers avec l'histoire de cette science, qu'elle ne date que d'hier. Sans remonter à Galien, qui n'était pas dénué de toute notion physiologique et dans les œuvres duquel on trouverait, si l'on voulait se donner la peine d'y chercher, l'origine de plus d'une découverte réputée récente, et pour ne prendre les choses qu'à la renaissance, nous recommanderions volontiers à ceux qui paraissent l'ignorer ou tout au moins l'avoir oubliée, la lecture du petit livre, plein d'enseignements à cet égard, de Flourens sur l'histoire de la découverte de la circulation. Nous les engagerions également à lire les prolégomènes, d'un livre extrêmement intéressant qui attendait depuis plusieurs années sur nos tablettes l'occasion d'une mention que le renouvellement incessant des occupations journalières et l'entraînement de l'actualité nous avaient fait ajourner jusqu'ici; nous voulons parler du livre de M. le docteur Bertrand de Saint-Germain, que tous nos confrères de Paris connaissent comme un très-honorable praticien, mais que peu connaissaient comme un philosophe, intitulé: *Descartes considéré comme physiologiste et comme médecin* (1). Avant et afin de mieux établir le rôle du grand réformateur de la philosophie française dans les progrès de la physiologie et de la médecine, l'auteur, dans ces prolégomènes esquisse à grands traits l'histoire de la rénovation des sciences médicales au seizième siècle. Cette lecture, aussi attachante qu'instructive, édifierait particulièrement ceux qui semblent croire que travail, méthode, intelligence et savoir ne sont que d'aujourd'hui.

Cela dit, nous ne cesserons, bien entendu, de tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui se fera de nouveau en physiologie expérimentale, et nous commencerons incessamment par l'examen d'une publication nouvelle de M. Cl. Bernard, occasion de l'article qui nous a inspiré ces réflexions. Et nous ne cesserons pas davantage d'encourager les élèves et les jeunes mé-

(1) 1 vol. in-8°. Paris, 1869, chez Victor Masson père et fil

decins, désireux de s'instruire et de se fortifier dans leurs études, à suivre les travaux des laboratoires, mais en même temps à ne pas négliger l'hôpital et à jeter de temps en temps à la dérobée un coup d'œil sur l'histoire de la médecine.

Dr Brochin.

CLINIQUE DÉPARTEMENTALE

Ataxie locomotrice progressive à forme aiguë (sclérose des cordons postérieurs)? — Amaurose consécutive. — Traitement par l'hydrothérapie (eau sulfurée calcique froide). — Guérison.

Par M. le Dr Gustave Vautrin (de Nancy).

M. X..., négociant, directeur d'une usine importante, m'est adressé, le 1er juillet 1871, par M. le docteur Bertin, professeur à l'École de médecine de Nancy.

M. X... est un homme bien constitué, fort et rebuste ; grand fumeur ; il mène une vie très-active.

Depuis trois ans, il a de fréquents maux de tête. Dans le mois de février 1871, ces maux de tête deviennent très-violents, mais ils disparaissent par l'emploi de purgatifs répétés.

Vers cette époque (février 1871), sa vue commença à s'affaiblir, sans douleur et sans réaction locale.

C'est aussi vers cette époque qu'apparaissent des troubles de la sensibilité et de la motilité, des douleurs fulgurantes rapides, violentes, surtout dans les membres inférieurs et pendant la nuit principalement.

La mémoire s'affaiblissait de jour en jour, au point qu'il lui était impossible de se rappeler ce qu'on lui avait dit quelques instants auparavant. La parole est lente, l'ouïe dure. Le malade n'entend que les paroles prononcées près de lui et d'un ton très-fort.

L'appétit diminuait et devenait irrégulier. Constipation assez opiniâtre. Pas d'incontinence d'urine. Sentiment de constriction pénible à la poitrine et à l'abdomen.

Le malade éprouve, dans les membres inférieurs, de l'engourdissement, des fourmillements désagréables. Nous avons noté une anesthésie cutanée légère, une simple obtusion des impressions douloureuses.

Il manque d'assurance et de fermeté ; son allure est titubante ; il festonne légèrement comme un homme ivre. Il n'a plus la notion vraie du contact avec le sol ou avec le lit.

En marchant, il écarte les jambes pour se donner une plus large base de sustentation ; il frappe fortement le sol avec le pied, comme s'il craignait de le manquer.

Fin avril. Tous ces symptômes s'aggravent. M. X... peut à peine se tenir debout sans être soutenu ; ses jambes sont projetées follement de droite et de gauche.

Dans les membres supérieurs, apparaissent les mêmes phénomènes d'excitation. Il est presque impossible à notre malade de placer un verre sur la table sans le verser. Ses doigts refusent d'écrire une ligne droite.

La vue se trouble de plus en plus, et la lecture lui est extrêmement difficile. Les maux de tête, qui avaient un peu diminué, reviennent assez violents.

En mai et juin, la situation s'aggrave tous les jours ; la vision s'en va très-vite, surtout de l'œil droit. C'est à ce moment que M. le professeur Bertin m'adresse M. X... pour examiner l'état de sa vue.

État actuel (1er juillet 1871). *Examen des yeux :*

Œil droit : Légère déviation en dehors ; affaiblissement de la 3e paire droite, branche inférieure, rameau du muscle droit interne.

Cornée transparente. Pupille plus dilatée que la gauche. Iris contractile.

A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil est pâle. Atrophie progressive de la papille optique.

La papille droite, sans excavation, d'une teinte bleuâtre, es ovale de dehors en dedans, sous un angle de 45 degrés par rapport au diamètre supérieur. Elle est irrégulière, déchiquetée à sa partie interne et moyenne ; bordée, de ce côté, par un large liséré pigmentaire.

Sur ce bord interne, partie moyenne, on trouve une tache noire, en forme de pepin de pomme, dont la pointe est dirigée vers la papille ; c'est un ancien foyer hémorrhagique en voie de résorption. Ce noyau est entouré d'une plaque blanche atrophique en forme de V, dont les deux branches ont un écart égal au diamètre supéro-inférieur de la papille.

Les artères ont leur calibre diminué. Les veines sont gonflées, volumineuses, surtout l'une d'elles, située à la partie inférieure externe. Arrivée sur la papille, cette veine, doublée de volume, est d'une couleur rouge-brique très-foncé, presque noir.

Œil gauche : Aucune altération extérieure.

A l'ophthalmoscope, le fond de l'œil est pâle. Rien du côté de la rétine et de la choroïde.

La papille optique est ronde, régulière. Le limbe sclérotical blanc, très-accusé. Excavation peu profonde. La coloration n'est pas uniformément rosée ; le disque central est blanc-bleuâtre, large ; il occupe près des deux tiers du nerf optique.

Les artères et les veines sont normales. Ces vaisseaux forment un coude au point où ils descendent dans l'excavation ; mais on peut les suivre dans tout leur trajet, et ils n'éprouvent ni interruption, ni diminution de volume dans le fond de l'excavation.

L'acuité de la vision est très-diminuée pour l'œil droit ; il peut à peine lire le no 50 de l'échelle du docteur Giraud-Teulon (no 19 de Jœger) à 20 centimètres.

L'œil gauche est très-fatigué ; cependant, à 25 centimètres, il peut lire sans lunettes le no 5 de l'échelle Giraud-Teulon.

J'étudiai aussi le sens de l'ouïe. Aucune altération organique.

Le cœur ne présente aucune altération.

Les urines, analysées par un de nos amis, pharmacien de 1re classe, n'accusent rien de particulier. Je n'avais rien trouvé, d'ailleurs, dans les yeux, ni dans l'état général, qui pût me faire craindre une altération du sang (albumine, glycose, urée) ; mais nous désirions être parfaitement édifiés sur la composition du sang et les différentes sécrétions dans les affections de la moelle.

Traitement. — Nous étions en présence d'une ataxie locomotrice progressive parfaitement caractérisée.

Quelle devait être notre conduite ? Deux traitements pouvaient être employés : l'électricité à courants continus et l'hydrothérapie.

Quoique très-partisans de l'électricité, nous devions renoncer à ce mode de traitement. Nous avions affaire à une affection de la moelle, au début. Nous étions à la période aiguë. Il y avait grand danger à s'en servir. Et après les accidents congestifs qui sont venus nous surprendre quelques jours après, nous sommes très-heureux de ne pas nous être laissé entraîner par le courant des idées actuelles, et d'avoir su résister à notre vif désir d'employer l'électricité ; et cependant l'électricité nous a déjà donné plusieurs fois, chez des malades atteints d'ataxie ou autres maladies nerveuses et rhumatismales, des résultats très-satisfaisants, pour ne pas dire des guérisons complètes. (J'ai un certain nombre d'observations que j'espère publier prochainement.)

L'hydrothérapie rationnelle, entre des mains habiles et expérimentées, a donné aussi des résultats très-brillants, et nous en avons été témoins plusieurs fois, et je pourrais citer plusieurs malades des yeux, et de plus atteints d'affections nerveuses générales, que j'ai traités par l'hydrothérapie, et qui ont recouvré la vue et la santé.

Dans le cas qui nous occupe, l'eau froide, au point de vue de la réaction, c'est-à-dire de ses influences révulsives, toniques, reconstitutives, régulatrices des fonctions de l'économie, était certainement une des médications les plus efficaces que l'on pouvait opposer à cette terrible maladie. Le moyen hydrothérapique le plus

propre à produire l'action excitante était la douche, pour stimuler et surexciter la peau et combattre la congestion de la moelle.

1er juillet. Nous conseillâmes donc :

Le repos le plus absolu. Compresses froides sur les yeux, fréquemment renouvelées ; frictions stimulantes sur le front et les tempes.

Tous les matins, une douche froide sur la colonne vertébrale et les jambes.

Tous les soirs, en se couchant, deux pilules aloétiques.

M. X... ne suit aucune de nos indications, et même, quelques jours après, appelé au dehors pour affaires de famille, il se met en route sans tenir aucun compte de sa situation et sans nous consulter.

Le 15 juillet, il nous revient dans un état extrêmement grave, et avec tous les signes d'une congestion cérébrale aiguë ; figure injectée, vultueuse ; tête lourde, pesante ; serrements violents aux tempes ; les artères temporales battent avec force ; sifflements et bourdonnements dans les oreilles ; parole embarrassée ; tendance au sommeil ; vertiges. La vue est plus trouble encore, et dans les deux yeux. La pesanteur des membres est bien plus prononcée ; douleurs fulgurantes. La station debout est impossible.

Pouls normal cependant ; pas de fièvre.

15 juillet. — *Traitement* : Repos absolu ; applications glacées sur la tête ; 8 sangsues aux apophyses mastoïdes, des deux côtés ; laisser couler toute la journée. Limonade citrique glacée.

16 juillet. Purgatif (manne, séné, sulfate de soude).

18 juillet. 8 sangsues, 4 de chaque côté ; calomel, *cinquaute* centigrammes le soir.

19 juillet. L'agitation diminue ; le malade a pu reposer quelques heures tranquillement.

Continuer, les 19 et 20, glace et calomel.

21 juillet. Le malade se lève quelques heures.

Glace sur la tête et calomel, *vingt-cinq* centigrammes, ce jour et suivants.

22 juillet. Nous commençons les douches froides sur la colonne vertébrale, matin et soir, pendant quelques secondes.

Tous les deux jours, nous prescrivons 12 ventouses sèches sur la région lombaire, qui présentait, à la pression, des points douloureux au niveau de la 2e vertèbre lombaire. Tous les deux jours, aussi, bain de pieds sinapisé.

24 juillet. Amélioration très-sensible du côté du cerveau. Même traitement que le 21 et suivants.

1er août. L'amélioration cérébrale se maintient ; le malade peut se lever et faire quelques pas sans trop de fatigue.

Continuer le froid ; douches, ventouses sèches ; limonade purgative au citrate de magnésie.

6 août. M. X... se trouve dans d'assez bonnes conditions ; sa tête est moins lourde ; il ne reste plus que du serrement aux tempes. Les douleurs fulgurantes dans les jambes sont de beaucoup diminuées et très-supportables. Notre malade peut marcher seul dans son appartement.

Pour maintenir cette amélioration et obtenir un résultat complet, nous résolûmes de soumettre M. X... à un traitement hydrothérasique sulfureux froid ; mais nous ne pouvions le faire sur place que d'une manière très-irrégulière et fort incomplète.

M. X... pouvant sans danger se mettre en route, nous le décidâmes à partir pour Enghien, dont les thermes sont si brillamment dirigés par notre éminent confrère M. le docteur Gillebert d'Hercourt.

Le diagnostic du docteur d'Hercourt fut le même que le nôtre.

M. X... fut soumis, matin et soir, aux douches sulfureuses froides générales. Après quinze jours de ce traitement énergique, l'amélioration devint tous les jours plus sensible. Notre malade put même se rendre seul à l'établissement hydrothérapique.

24 août. On ajoute au traitement un gramme de bromure de potassium à prendre tous les soirs, comme sédatif général.

10 septembre. M. X... quitte Enghien et arrive à Nancy sans avoir souffert du voyage.

Le 12 septembre, il fait une promenade d'une heure sans aucune fatigue.

L'appétit est régulier, le sommeil assez calme. Les forces sont très-notablement revenues.

M. X..., se croyant complétement guéri, supprime, sans nous rien dire, et les douches et le bromure, et il s'enferme toute la journée dans son bureau pour regagner le temps perdu.

Mais le 16 ses jambes, lui refusant tout service, le rappellent à la réalité. Le sommeil est agité ; la tête lourde, pesante.

16 septembre. Il nous fait demander en toute hâte. Nous trouvons un homme désespéré, ne voulant plus suivre aucun traitement. Tout est perdu, nous dit-il, il ne lui reste plus qu'à mourir.

Nous cherchons à le rassurer, et nous l'engageons vivement à laisser de côté tout le travail de bureau et à reprendre immédiatement les douches froides matin et soir. Nous prescrivons *un* gramme *cinquante* centigrammes de bromure tous les soirs.

27 septembre. Tous ces symptômes d'hypérémie ont complétement disparu. Le calme d'esprit est aussi revenu.

Continuer les douches ; bromure, *deux* grammes.

Ce jour, la diplopie n'existe plus ; la vision de l'œil gauche est bonne ; celle de l'œil droit est plus nette, et cependant le regard est encore un peu vague.

A l'ophthalmoscope, la papille optique droite est plus régulière, mais il y a une légère excavation à la partie inférieure.

10 octobre. Continuer les douches ; bromure, *trois* grammes.

Le sommeil est bon ; plus d'agitation. Grand appétit.

Les douleurs des membres ont entièrement disparu depuis quelques jours. Plus de maux de tête ni d'étourdissements.

M. X... peut maintenant surveiller ses ateliers sans aucune fatigue. Nous lui permettons quelques heures de travail, c'est-à-dire la lecture de la correspondance.

4 novembre. Il vient de faire une promenade à pied, de 4 kilomètres, sans éprouver la moindre courbature ou gêne dans les membres inférieurs.

Sommeil très-régulier. Tous les troubles de la sensibilité et de la motilité ont complétement disparu,

J'examine les yeux à l'ophthalmoscope :

Œil gauche. Le cercle atrophique péripapillaire n'existe plus qu'à la partie interne et inférieure. La vue est bonne ; il peut lire tous les numéros (sans lunettes) de l'échelle Giraud-Teulon, excepté le n° 1.

Œil droit. La papille optique tend à reprendre une forme normale. Le noyau hémorrhagique diminue sensiblement. La partie en V, blanche atrophique, située à la partie interne et moyenne de la papille, s'efface et reprend une couleur plus normale. A 30 centimètres, il peut lire (sans verres) le n° 5, échelle Giraud-Teulon, et, avec quelques efforts, le n° 4.

Continuer les douches matin et soir. Nous faisons encore prendre quelques grammes de bromure pendant une dizaine de jours.

Le 28 novembre, appelé à Paris pour affaires urgentes, M. X... passe deux nuits en chemin de fer ; sa journée de Paris est très-fatigante, et pas un seul accident nerveux ne s'est montré.

Certainement, après une pareille épreuve, nous pouvons considérer M. X... comme guéri et nous croire à l'abri de toute rechute. D'ailleurs, nous l'engageons à beaucoup de ménagements, et surtout à éviter tout travail de bureau trop prolongé.

Il continue ses douches matin et soir, malgré la température glaciale que nous avons en décembre

15 janvier 1872. M. X... est toujours dans de très-bonnes conditions. Sa guérison se maintient et nous paraît aujourd'hui complétement assurée.

15 mars 1872. Notre ancien malade va très-bien.

ACCIDENTS SATURNINS GRAVES

PROVOQUÉS PAR L'USAGE DU TABAC A PRISER

Observation du docteur GARROD

Physician to King's College Hospital

Traduite par le docteur DARIN, médecin de l'hospice de Chevreuse.

Un gentleman, qui avait vécu de nombreuses années à Calcutta, revint en Angleterre avec une santé brisée; on avait de grandes craintes pour sa vie.

Peu après son arrivée, nous fûmes appelés en consultation, le docteur J. Macpherson et moi. Le malade avait une teinte pâle jaunâtre extrêmement prononcée; un murmure intense se faisait entendre dans les vaisseaux du cou; il marchait encore, quoique d'une allure chancelante et très-faible, mais il lui était impossible de soulever les membres supérieurs.

Nous constatâmes une émaciation extrême des muscles du bras, aussi bien que de l'épaule; les biceps étaient littéralement plus petits qu'une corde; les fléchisseurs du pouce étaient également atrophiés; la digestion était très-faible, l'intestin paresseux; les facultés mentales étaient intactes.

Tout d'abord, nous pensâmes à l'atrophie musculaire progressive, mais l'examen des gencives ne tarda pas à nous rendre à peu près certains que l'intoxication plombique constituait le fond de la maladie. Mais d'où pouvait provenir cet empoisonnement? Le patient arrivait de l'Inde par la voie de terre, et, dans les divers genres d'alimentation solide et liquide auxquels il avait été soumis, il n'avait aucunement conscience de s'être trouvé en contact avec le plomb sous une forme quelconque. Apprenant que c'était un grand amateur de tabac à priser, nous nous adressâmes à cette substance. Longtemps il s'était servi d'un tabac humide, fabriqué en Angleterre, mais qu'il achetait à Calcutta. Sa provision s'était trouvée épuisée à Aden, et, en y réfléchissant, il lui semblait qu'à partir de là son état s'était quelque peu amélioré. Le liséré bleuâtre des gencives bien marqué, tout l'ensemble des symptômes rappelant ceux de l'intoxication saturnine, nous n'hésitâmes pas à diriger notre traitement sur les indications suivantes: élimination du plomb, reconstitution du sang, réfection des muscles atrophiés. Nos efforts ne tardèrent pas, à notre grande joie, de se couronner d'un succès non douteux, et bientôt le malade se sentit assez bien pour reprendre ses occupations ordinaires.

La question du tabac ne fut pas négligée; on en demanda par télégraphe six paquets, qui arrivèrent en temps voulu de Calcutta; trois sont actuellement en ma possession. Je les ai soumis à un examen minutieux, dont je vais vous donner le résultat.

Les échantillons étaient contenus dans des boîtes faites entièrement de lames de plomb de 15 millimètres d'épaisseur. Je retirai de l'un des paquets une petite quantité de tabac, environ 1 gr. 30, et je la brûlai dans une cupule de platine. Le résidu noir obtenu de la sorte fut décoloré par l'incinération dans l'acide nitrique. La cendre blanche fut ensuite traitée avec l'acide acétique dilué, et la solution filtrée et évaporée jusqu'à ce qu'elle devînt très-concentrée. Un cristal d'iodure de potassium, que je laissai tomber dans une petite quantité du liquide, s'entoura immédiatement d'un anneau jaune brillant; le sel, une fois dissous, la solution tout entière se troubla et prit la même couleur jaune. On la dilua légèrement avec de l'eau et l'on chauffa; le trouble et la coloration disparurent; mais le refroidissement laissa se reformer les magnifiques paillettes orange, caractéristiques de l'iodure de plomb. Une autre portion de la liqueur concentrée, traitée par l'hydrogène sulfuré, produisit un précipité noir de sulfure de plomb.

Les trois échantillons de tabac, d'âges divers, montrèrent tous la présence de ce métal en très-forte proportion. L'examen microscopique, fait avec soin, révéla aussi l'existence du plomb. En y regardant de près, l'œil nu suffisait pour faire découvrir de très-petits points blancs épandus dans toute la mas du tabac; ils étaient plus nombreux près des parois de la boîte, mais on en trouvait même au centre de la masse; le microscope montra que ces points consistaient en particules cristallines maxillaires, qui se dissolvaient facilement dans l'acide acétique, avec dégagement d'acide carbonique. Le nombre des points blancs augmenta après l'ouverture des boîtes, par suite d'une cristallisation nouvelle de carbonate d plomb.

Il ressort de ces observations que du tabac humide, enfermé dans des enveloppes de plomb, surtout quand il se trouve soumis à l'action de la haute température des climats tropicaux, devient éminemment toxique par suite de son imprégnation avec le métal. Voici l'explication que nous donnerions à ces phénomènes: l'humidité du tabac, chargée de quelques-uns de ses sels solubles, s'évapore et se condense contre les parois de l'étui de plomb, où elle agit lentement sur le métal; il se fait un échange graduel entre les portions intérieures et extérieures du liquide, et ainsi toute la masse s'infiltre du sel saturnin, qui cristallise ensuite.

La généralisation de ces faits imposera aux fabricants et aux marchands de tabac l'obligation d'éviter l'emploi des boîtes de plomb pour contenir cette substance, surtout quand elle sera destinée aux climats chauds; les priseurs devront, de leur côté, éviter de se servir de tabac ainsi empaqueté. L'année dernière, un praticien de Calcutta, averti par l'observation précédente, m'a informé qu'il avait rencontré d'autres malades atteints de symptômes semblables provoqués par l'usage du même tabac.

UN CAS DE MORT DÉTERMINÉ PAR LA FOUDRE

Par le docteur PINARD.

Le 7 juin 1872, dans la commune de Brécey, arrondissement d'Avranches (Manche), un vieillard âgé de 82 ans, nommé François-Louis P..., cassait du guéret dans un champ, à une certaine distance de sa demeure, vers deux heures de l'après-midi. Un orage se déclare, la pluie tombe et le vieillard va se mettre à couvert sous un chêne. Le tonnerre gronda par plusieurs fois. Quand l'orage fut passé, les parents allèrent voir ce que faisait le travailleur; mais leur étonnement fut grand quand ils le virent tombé au pied de l'arbre sous lequel il s'était mis à couvert.

Requis par l'autorité locale pour constater extérieurement la mort de cet homme, voici ce que j'ai remarqué :

Le sieur François-Louis P.... ne donnant aucun signe de vie, était affaissé au pied d'un chêne, le dos appuyé contre cet arbre, le corps incliné vers le côté gauche, les jambes à demi fléchies, le bras droit allongé sur la cuisse droite; le bras gauche était sous le corps, penché à gauche. Sa casquette en drap était en plusieurs morceaux, un de ces lambeanx était resté attaché à l'arbre au-dessus de sa tête. Le corps est transporté à son domicile; on enlève les vêtements, qui n'ont aucune déchirure; la chemise est intacte. Le cadavre, examiné extérieurement, laisse apercevoir les lésions suivantes: le conduit auditif externe de l'oreille droite contient une certaine quantité de sang; celui de l'oreille gauche n'en contient pas. Les cheveux sont brûlés derrière l'oreille gauche. Les poils de la poitrine, du pubis et des cuisses sont brûlés; en passant la main dessus, on en enlève de la cendre. Le sabot du pied gauche est fendu et défoncé à sa pointe; il semble que le fluide électrique est sorti par cette ouverture. Le sabot du pied droit n'a aucun mal. On ne voit aucune plaie sur le corps; la peau a sa couleur naturelle, et laisse exhaler une odeur de roussi.

Trouvant, dans le cas de mort par la foudre que je viens d'observer, plusieurs lésions semblables à celles que vient de publier M. le docteur Fradet (de Clermont-Ferrand), telles que cheveux brûlés derrière l'oreille gauche, le corps incliné à gauche, le sabot du pied gauche brisé, je me trouve porté à vous donner connaissance de ces faits.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

OBS. II. — *Tumeur fibro-plastique de l'œil droit et de l'orbite. Extirpation. — Guérison* (1).

S..., journalier, âgé de 32 ans, entre le 10 janvier 1863 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Denonvilliers. Il nous raconte qu'il y a dix-huit mois, au moment où il cassait une pierre, un éclat pénétra dans l'œil droit, et que, le lendemain de cet accident, la vue, de ce côté, était presque entièrement abolie; il n'en continua pas moins son travail; au bout d'un mois, son patron, en le regardant, s'aperçut qu'une tache blanche couvrait l'ouverture pupillaire, et l'envoya chez M. Sichel, qui lui fit une opération sur laquelle ce garçon ne peut aucunement nous renseigner; il croit qu'on lui a extrait un corps étranger : mais nous ne pensons pas que l'opération qu'on lui a faite ait été bien profonde, car il put le lendemain reprendre ses occupations.

Deux ou trois mois après, il ressentit quelques douleurs périorbitaires, qui attirèrent de nouveau son attention, car cet homme, fort peu intelligent du reste, ne se préoccupait plus de son œil depuis qu'il en avait perdu l'usage. Ces douleurs siégeaient dans les régions frontale et temporale.

Cependant le globe oculaire devint un peu plus saillant, il y eut de l'épiphora, quelques taches rouges apparurent, et, au palper, il sentit plusieurs duretés, qui ont augmenté considérablement depuis deux mois. De plus, il y a cinq jours, l'œil, qui depuis quelques semaines était beaucoup plus tendu, diminua subitement de volume, parce qu'une ouverture s'étant faite spontanément à la partie antérieure, il s'était écoulé une grande quantité de liquide. Depuis cette perforation, l'œil est revenu, dit cet homme, beaucoup sur lui-même et les douleurs se sont calmées.

Voici maintenant l'état actuel de l'œil droit de ce malade :

Les paupières sont légèrement rouges, œdématiées et variqueuses; leurs bords libres ne peuvent pas se mettre en contact, parce qu'une grosse croûte noire, située en avant du globe oculaire, à la place qu'occupe normalement la cornée, vient faire saillie à l'extérieur entre les deux voiles palpébraux. Cette croûte remplaçant tout à fait la cornée est rugueuse, noirâtre, épaisse et est plus étendue dans le sens transversal que de haut en bas : elle nous semble formée par une eschare de la partie la plus antérieure du globe oculaire. Derrière cette croûte et surtout en haut, se trouve un sillon peu profond (espèce de sillon éliminateur) où s'est faite probablement la perforation qui a donné lieu à l'écoulement récent dont nous a parlé le malade. C'est encore dans ce sillon que repose le bord libre de la paupière supérieure.

Si on écarte les deux paupières l'une de l'autre, on voit une masse deux fois plus grosse au moins que le globe oculaire gauche, et ayant perdu presque tous les caractères de l'œil à l'état normal; en avant, c'est-à-dire derrière la croûte noire décrite, on trouve un bourrelet blanc-bleuâtre, rappelant vaguement la forme et la couleur de la sclérotique, très-amincie, et sur lequel sont plusieurs taches noires.

Toute la partie postérieure du globe, en haut comme en bas, est constituée par des bosselures peu prononcées, de couleur violacée, brune en certains points, et que séparent des sillons très-superficiels. L'ensemble de ces bosselures forme une masse charnue, fluctuante en plusieurs endroits, dure en dehors, mollasse dans la plus grande partie de son étendue.

La conjonctive n'est pas seulement œdémateuse, elle est épaissie et infiltrée de matière plastique. Les vaisseaux sont dilatés et forment, à la surface de cette tumeur bosselée, un beau réseau de capillaires présentant des varicosités.

Le larmoiement est devenu continuel, mais les douleurs circumorbitaires sont supportables; l'exophthalmie n'est pas telle que les paupières ne recouvrent pas la partie antérieure de la tumeur, qui est encore complétement renfermée dans l'excavation orbito-palpébrale.

L'état général est bon; les ganglions des régions voisines ne sont pas tuméfiés.

M. le professeur Denonvilliers écarte l'idée d'encéphaloïde, et se rattache à celle d'une tumeur mixte, c'est-à-dire à la fois liquide (du sang très-probablement) et solide (tissu fibro-plastique).

Après une ponction exploratrice, qui donna lieu à l'écoulement d'une petite quantité de sang, mais qui ne diminua pas sensiblement la tumeur, on se décida à pratiquer l'ablation.

Opération. 15 janvier 1863. — Une portion de l'angle externe de la commissure des paupières est divisée afin de se frayer une voie plus large. La conjonctive épaissie est divisée circulairement, et pendant que l'on pratique la dissection de la tumeur, on voit sortir, en arrière de la croûte noire, une matière pulpeuse, brune, probablement à cause des pressions que l'on a été obligé de faire sur la partie anrieure de la masse.

Le peu d'adhérence aux parois de l'orbite et l'absence de prolongement dans les régions voisines, rendent l'ablation facile. La section du nerf optique se fait en plongeant au fond de l'orbite et le long de la paroi externe des ciseaux courbes.

Peu d'écoulement de sang; boulette de perchlorure de fer au fond de la cavité qui est remplie de charpie cératée.

Examen de la tumeur. — Les muscles droits de l'œil sont amincis et étalés et conservés presque entièrement. Toute cette masse charnue, incisése, se présente sous l'apparence d'une matière pulpeuse, d'un brun violet ou rougeâtre, que le microscope demontre être composée de noyaux embryo-plastiques et de granulations hématiques.

L'une des bosselures, qui était en dehors et plus dure que les autres, offre à la coupe l'aspect mélanique; mais l'examen histologique n'y démontre que du sang, des noyaux embryo-plastiques et quelques corps fusiformes.

Le nerf optique, un peu atrophié, n'est pas sensiblement altéré dans sa structure : nous y avons rencontré les éléments nerveux normaux. A la partie postéro-externe de ce nerf, se trouvait une petite masse, séparée de la portion intra-oculaire par un sillon, d'un blanc grisâtre, peu vasculaire et ressemblant, à l'œil nu, à du tissu glandulaire. L'examen microscopique y fait voir du tissu fibreux et des éléments fibro-plastiques.

Enfin, nous n'avons retrouvé que la couche *lamina-fusca* de la choroïde; les belles cellules polygonales pigmentaires de cette membrane faisaient entièrement défaut.

Les suites de l'opération furent très-simples : des bourgeons charnus de l'intérieur de l'orbite amenèrent une suppuration abondante; chaque jour, des injections d'eau, à laquelle on a ajouté une cueillerée de teinture d'iode, furent faites dans l'orbite. Aucun gonflement inflammatoire ne survint du côté de la face, et le 20 février, ce garçon quittait l'hôpital entièrement rétabli.

(A suivre.)

(1) Voir e numéro du 14 septembre 1872.

CONCOURS

Pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes au 1er janvier 1873, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le lundi 14 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le samedi 14 septembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement.

CONDITIONS DE L'ADMISSION AU CONCOURS ET FORMALITÉS A SUIVRE

Dispositions réglementaires.

Pour lse places d'élèves, les étrangers peuvent concourir et obtenir des nominations en satisfaisant aux conditions exigées.

Tout étudiant qui se présente au concours ouvert pour les places d'élèves externes doit être âgé de dix-huit ans au moins et de vingt-six ans au plus.

Toutefois, l'élève qui atteindrait vingt-six ans avant l'expiration de ses fonctions, peut, si sa conduite n'a donné lieu à aucune plainte, être autorisé à concourir de nouveau pour l'externat, et, si les épreuves du concours lui sont favorables, être prorogé dans ses fonctions d'externe jusqu'à vingt-huit ans, de telle sorte qu'il puisse conserver la faculté de se présenter au concours de l'internat jusqu'à la limite déjà fixée par le règlement.

Il doit produire :

1° Son acte de naissance ;

2° Un certificat de vaccine ;

3° Un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune où il est domicilié ;

4° Le certificat d'une inscription, au moins, prise à l'une des Facultés de médecine.

Néanmoins les étudiants qui se présenteraient sans pouvoir produire encore ce dernier certificat, seront inscrits provisoirement, sous la réserve de justifier de la possession d'une inscription avant la clôture du concours.

Les candidats qui désirent prendre part au concours devront se présenter au secrétariat général de l'administration pour obtenir leur inscription, en déposant leurs pièces, et signer au registre ouvert à cet effet, quinze jours au moins avant l'ouverture du concours. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre chargée.

Toute demande d'inscription faite après l'époque fixée par les affiches pour la clôture des listes ne sera point accueillie.

Les épreuves pour les concours aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie sont réglées ainsi qu'il suit :

Une épreuve orale sur une question d'anatomie descriptive. — Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion.

Une deuxième épreuve sur une question élémentaire de pathologie ou de petite chirurgie. — Chaque candidat aura également cinq minutes pour traiter cette question, après cinq minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer aux candidats pour chacune de ces épreuves est fixé à 20.

Les questions sont rédigées par le jury avant l'ouverture de la séance, et tirées au sort entre trois au moins. Les questions sorties sont les mêmes pour tous les candidats qui sont appelés dans la séance.

Dans les concours ayant pour objet le choix des élèves externes, le jury décide s'il existe un nombre de concurrents suffisamment instruits pour remplir toutes les places vacantes.

Lorsque le nombre des candidats capables d'être nommés dépasse celui des places à donner, le jury dresse une liste supplémentaire composée de concurrents non nommés, mais qu'il déclare néanmoins capables de suppléer au besoin les titulaires, et qu'il classe dans l'ordre de mérite.

Cette liste est destinée à pourvoir aux vacances qui peuvent survenir pendant l'année.

A l'ouverture du concours, le 14 octobre, à quatre heures, le président du jury tirera immédiatement au sort les noms des élèves qui devront subir l'épreuve orale dans cette séance.

Il sera remis à chaque élève inscrit une carte spéciale sur la présentation de laquelle il sera reçu à l'amphithéâtre pour suivre les séances du concours.

NOTA. — Les extraits de naissance venant des départements, et les certificats délivrés par les médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'assistance publique, devront être légalisés.

Paris le 10 septembre 1872.

Le directeur de l'administration générale
de l'Assistance publique,
Signé : BLONDEL.

Pour copie conforme :
Le secrétaire général :
BAILLY.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE 1872.

270. Susini. De la chloro-anémie.

271. Bourgeot. Étude sur les paralysies complètes rhumatismales de l'avant-bras et de la main.

272. Cordier. Causes du dépérissement de la population en France.

273. Millet. Dyspepsie, ses rapports avec le rhumatisme.

274. Gomez. Des blessures de l'œil.

275. Apostoli. Des amblyopies et amauroses cérébrales sans lésion visible à l'ophthalmoscope.

276. Pénoyée. De l'inversion de l'utérus après l'accouchement.

277. Dresch. Des kystes du vagin.

278. Neyreneuf. De l'action de l'acide sulfurique sur la peau et de l'application de la pâte sulfo-safranée au traitement de quelques tumeurs sous-cutanées.

279. Garnier. De l'uréthrotomie interne sans sonde à demeure.

280. Daymard. Du choix d'un traitement contre le catarrhe chronique des voies lacrymales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE, A LYON. — Dans quelques jours, le 18 de ce mois, s'ouvrira, à Lyon, la quatrième section du CONGRÈS MÉDICAL DE FRANCE.

Les questions qui seront posées et discutées, le 18 de ce mois, dans le Congrès médical, à Lyon, sont les suivantes : Des épidémies de variole. — Des plaies par armes à feu. — Des ambulances en temps de guerre. — De la peste bovine ou typhus contagieux du gros bétail. — Des causes de la dépopulation en France et des moyens d'y remédier. — Du traitement de la syphilis. — De la réorganisation de l'enseignement de la médecine et de la pharmacie en France. — Des moyens pratiques d'améliorer la situation du médecin et de la mettre en harmonie avec l'importance du rôle qu'il est appelé à remplir dans la société.

NÉCROLOGIE. — M. Quesnel, directeur du service de santé à Rochefort, un des médecins les plus distingués de la marine, vient d'être enlevé par une attaque d'apoplexie foudroyante.

— Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur Bourdillat, ancien interne des hôpitaux, qui vient de succomber à Escolives (Yonne), à l'âge de 34 ans.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRI.

Thermalité 13° —	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
odure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / Arséniate » / Phosphate » / Sulfate »	sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux		
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

ERGOTINE
DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les DRAGÉES D'ERGOTINE sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes ; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

DÉPOT GÉNÉRAL : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris

POUGUES-LES-EAUX (NIÈVRE)

La source SAINT-LÉGER, *alcaline, ferrugineuse iodée et gazeuse,* décrétée *d'intérêt public* le 4 août 1860, est *la seule de la localité* qui, depuis 300 ans, ait opéré toutes les cures authentiques pour affections de l'estomac et annexes, gravelle, diabète, albuminurie, etc. — Exiger les marques portant *Source Saint-Léger.* — S'adresser au gérant de l'Etablissement thermal ou à l'Administration, avenue d'Antin, 3, à Paris. Vente chez tous les pharmaciens.

Prix : la bout., 60 c.; la caisse de 50 bout., 30 fr.

Vin de Bugeaud au quinquina ET AU CACAO COMBINÉS.

La difficulté d'obtenir la tolérance de l'estomac pour le quinquina et les amers, en général, a fait plus d'une fois le désespoir des praticiens ; mais, depuis l'introduction dans la matière médicale de la combinaison dite VIN DE BUGEAUD, où le cacao se trouve uni au quinquina pour en tempérer l'astringence, cet inconvénient n'existe plus.

Aussi, cette préparation est définitivement entrée dans le domaine de la pratique et s'est substituée à toutes les autres préparations de quinquina.

Les propriétés du VIN DE BUGEAUD, *préparé au vin d'Espagne,* étant celles des toniques radicaux et analeptiques réunis, ce médicament est indiqué dans *l'appauvrissement du sang,* dans *les névroses, les flueurs blanches, la diarrhée chronique, les pertes séminales involontaires, les hémorrhagies passives, les affections scorbutiques,* etc.

La préparation de ce vin exige, pour la dissolution du cacao, des appareils spéciaux qui ne se trouvent point dans les officines. Il faut donc, pour être sûr de l'authenticité du médicament, le prescrire sous le nom de VIN DE BUGEAUD.

Dépôt général, pharmacie Lebeault, 53, rue Réaumur.

Se trouve rue du Cherche-Midi, 5, et dans toutes les pharmacies.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation *mixte* maternelle ; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée(*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharms.

MÉDAILLE D'OR ET PRIX DE 16,600 FRANCS

QUINA LAROCHE élixir tonique

RECONSTITUANT et FÉBRIFUGE

Extrait complet des 3 écorces de quinquina (rouge, jaune et gris).

Paris, r. Drouot 22, et dans les harmacies.

Laroche

Aménorrhée, Dysménorrhée.

— L'observation médicale confirme chaque jour les propriétés véritablement spécifiques de l'APIOL des docteurs JORET et HOMOLLE comme emménagogues, et sa supériorité bien marquée sur les agents thérapeutiques de la même classe. Le succès est assuré quand l'aménorrhée ou la dysménorrhée est indépendante d'un état anatomique ou d'une lésion organique, mais se rattache à un trouble de l'innervation vaso-motrice de l'utérus et des ovaires. *Il provoque les règles, prévient les coliques, dissipe les douleurs des reins et les tranchées* qui accompagnent souvent les *Epoques*, sans qu'on ait jamais à redouter aucun accident de son emploi, même dans le cas de grossesse.

Le seul moment opportun pour administrer l'APIOL est celui qui correspond à l'époque présumée des règles ou la précède immédiatement. — Dose, une capsule matin et soir pendant six jours.

Dépôt général, pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli.

ÉLIXIR J.-F. BERNARD TONI-STHENIQUE

PHOSPHATES ET SELS AMMONIACAUX MAGNÉSIENS SOLUBILISÉS

RÉPARATEUR OSTÉOGÉNIQUE. — PUISSANT MODIFICATEUR DE L'ORGANISME

Résultats constatés dans les hôpitaux

Prescrit tous les jours avec le plus grand succès dans le *rachitisme*, la *scrofule*, la *chlorose*, l'*anémie*, l'*albuminurie*, et contre les *sueurs nocturnes* des phthisiques. Cet élixir, en raison même de l'*acide phosphorique libre* qu'il contient, est un stimulant des organes génésiques, et il convient à toutes les personnes épuisées par les fatigues excessives des centres nerveux, comme l'étude et les *autres excès.* — Brochure explicative envoyée *franco.* — Prix : **6 fr. la bouteille.**

NE PAS CONFONDRE AVEC LE VIN BERNARD

Fabrique, 16, boulevard de Vaugirard. — DÉPOT : Maison Truelle, rue de la Verrerie, 15, et dans toutes les bonnes pharmacies. — REMISE D'USAGE.

Produits de L'EUCALYPTUS (Globulus). par DELPECH et ARDISSON

Capsules à l'Essence pure d'Eucalyptus (Eucalyptol), la boîte **2 fr. 50.**

Alcoolature, Sirop, Vin, Extrait Liniment, etc. Les préparations d'EUCALYPTUS donnent de grands succès contre les *Affections du poumon et du larynx, Voies urinaires, Phthisie, Fièvres intermittentes, Goutte, Rhumatisme, Pansement et désinfection des plaies.*

Pharmacie **DELPECH**, rue du Bac, 23, PARIS. — Laboratoire à CANNES, pharmacie **ARDISSON**.

La pharmacie DELPECH prépare les **Capsules à l'extrait éthéré de cubèbe.**

N° 109. — JEUDI 19 SEPTEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 19 SEPTEMBRE 1872. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HOPITAL CIVIL DE BREST. De l'amputation de la jambe au lieu d'élection, par le procédé de M. le professeur Marcellin Duval (M. Th. Caradec). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Mauriac). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Variétés. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographies.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Barth a lu hier le travail qu'il avait annoncé dans la dernière séance à ses collègues, sur cette maladie étrange, bizarre, horrible, — à en juger par les figures qu'il avait déjà fait circuler dans les bancs de l'Assemblée, — maladie qu'il a eu l'occasion d'étudier pendant un voyage qu'il a fait dans l'Adriatique, à Fiume et à Porto-Ré, où elle paraît être endémique. Cela s'appelle le *scherlievo.* Qu'est-ce que le scherlievo? C'est ce qu'il s'agissait de déterminer. Scherlievo est le nom d'un village de l'Illyrie, où cette affection aurait pris naissance vers la fin du siècle dernier, au rapport des médecins du lieu, — d'où le nom qui lui a été donné. Quant à sa nature, d'après l'analyse que M. Barth a faite de ses caractères variés et multiples, il ne paraît pas douteux que ce ne soit celle de la syphilis. C'était déjà ce qu'avait fait présumer la vue seule des dessins à tous ceux qui avaient eu le loisir de les examiner. Il ressort, en effet, clairement, du travail de M. Barth, que le scherlievo n'est autre chose qu'une forme de syphilis, modifiée et aggravée par les conditions hygiéniques déplorables au milieu desquelles vivent ces populations misérables, et perpétuée partie par voie d'hérédité, partie par contagion des accidents primitifs et secondaires.

Si cette conviction pouvait pénétrer parmi les médecins de ces localités, qui ne paraissent pas tous être de cet avis, il y aurait lieu d'espérer que des mesures hygiéniques et thérapeutiques prises en conséquence affranchiraient à la longue ces populations de cet horrible fléau. *Caveant!...*

M. Davaine a lu la première partie d'un travail contenant les résultats de recherches expérimentales qu'il a entreprises sur la septicémie. Ces résultats nous ont paru tellement extraordinaires, que nous attendons d'être un peu mieux fixé par la suite de ce travail que nous promet M. Davaine, pour en entretenir nos lecteurs.

Dr BROCHIN.

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. TH. CARADEC.

De l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection, par le procédé de M. le professeur Marcellin Duval.

Ayant été récemment obligé de faire une amputation de jambe vers le lieu dit d'*élection*, j'ai donné la préférence au procédé que j'avais vu exécuter plusieurs fois et dont j'avais constaté les résultats remarquables. Le procédé de M. Duval, qui l'enseigne depuis quatorze ans, a reçu 15 fois au moins la sanction de l'expérience. En effet, il a été pratiqué, à ma connaissance : 9 fois par mon collègue le docteur de Léseleuc, chargé, à l'hôpital civil, du service des hommes; 2 fois à la clinique chirurgicale de Brest, par le professeur A. Duval; 1 fois par M. Carles, à l'hôpital du bagne de Toulon; 2 fois par le professeur Roubier : la première fois à Toulon, devant l'École de médecine navale, et en présence de M. Marcellin Duval, alors directeur; la seconde fois, devant l'École de Brest. En résumé, 10 succès sur 15 opérations, et encore convient-il de noter qu'un de ceux qui ont succombé a été opéré *in extremis.*

Après avoir indiqué les motifs qui m'ont conduit à l'amputation, je donnerai un extrait de la description faite par l'auteur; j'exposerai les avantages de ce mode opératoire, et je terminerai par quelques considérations sur d'autres procédés de M. Duval relatifs à l'amputation sus-malléolaire, à celle de la cuisse, à la désarticulation du coude et de l'épaule.

Le 25 juillet 1871, Marie M..., âgée de 13 ans, est admise à l'hôpital civil. Elle aurait eu, il y a quinze mois, une entorse tibio-tarsienne, du côté gauche, pour laquelle elle fut très-mal soignée dans le principe. Le mal s'aggrava, et l'articulation devint le siége de douleurs, d'un gonflement notable, et des abcès se formèrent.

A son entrée, je constate ce qui suit : état général : bonne constitution, à part une certaine maigreur qu'expliquent les souffrances, un mauvais régime et une habitation insalubre; pas de fièvre; pas de toux; les divers organes sont parfaitement sains. Etat local : rougeur intense de la peau qui recouvre la partie inférieure de la jambe et l'articulation tibio-tarsienne; tuméfaction considérable; ouvertures fistuleuses, péri-articulaires, donnant issue à du pus mal lié, d'une odeur fétide. Le stylet, introduit dans le trajet de ces fistules, dont le nombre est de cinq, arrive facilement sur les os, qui sont évidemment atteints d'ostéite chronique.

Amélioration, pendant plusieurs mois, sous l'influence de l'huile de foie de morue, des toniques et d'un régime réparateur. Mais, vers la fin de février, la situation change complétement : mouvement fébrile continu, perte d'appétit, amaigrissement, débilité générale, suppuration très abondante et très-fétide, douleurs vives, etc.; le sacrifice du membre est impérieusement indiqué; la malade et sa mère le demandent elles-mêmes avec instance.

Le 14 mars 1872, vers neuf heures du matin, je pratique l'amputation, en présence et avec l'aide de mes collègues de l'hôpital.

Voici la description sommaire du procédé : c'est une amputation à deux lambeaux principaux, quadrilatères : l'un, antérieur, est cutané.

Leurs bases sont égales et leurs angles inférieurs légèrement arrondis.

La longueur du lambeau antérieur est égale au quart du diamètre du membre (1); on ajoute, s'il est possible, 4 centimètres en prévision de la rétraction primitive et consécutive des parties molles.

La longueur du lambeau postérieur représente les trois quarts de ce diamètre; on ajoute, s'il est possible, 5 centimètres pour la rétraction des parties molles. On forme en outre, comme on l'expliquera plus loin, deux petits lambeaux musculo-vasculaires, l'un antérieur, l'autre postérieur.

Mensuration. — On marque d'un petit trait à l'encre ou au crayon, sur la partie antérieure de la jambe, l'endroit où les os doivent être sciés; c'est là qu'on prend, avec un ruban métrique, la circonférence du membre.

On mesure alors : 1° les dimensions des lambeaux à leur base ou leur largeur; 2° leur longueur.

1° largeur. — Le chef initial du ruban est placé à 2 centimètres en dedans du bord interne du tibia, on marque d'un petit trait le point qui correspond à ce chef initial, et que nous appellerons point de départ; il fixe la limite interne de la base des lambeaux ou de leur largeur, ainsi que l'angle supérieur de leur bord interne. Dans le cas actuel, la circonférence étant de 24 centimètres, la base de chaque lambeau sera de 12 centimètres (moitié de la circonférence). La limite externe sera donc à 12 centimètres en dehors du point de départ, limite qu'il est très-facile de trouver et de marquer, en comptant sur le ruban métrique resté jusqu'alors en place.

2° longueur.— Il suffit de mesurer verticalement sur la ligne médiane de la jambe, en partant du trait qui indique le lieu de la section des os : en avant, d'abord une longueur égale au quart du diamètre, plus 4 centimètres pour la rétraction des parties molles; puis en arrière, une longueur égale aux trois quarts du diamètre, plus 5 centimètres : un trait à l'encre indique le résultat de ces mensurations.

La circonférence ayant 24 centimètres, comme nous l'avons dit, le diamètre est de 8 centimètres; la longueur du lambeau antérieur sera de 6 centimètres (2 centimètres pour le quart du diamètre, plus 4 centimètres pour la rétraction).

Le lambeau postérieur aura 11 centimètres (6 centimètres pour les trois quarts du diamètre, plus 5 centimètres pour la rétraction présumée des parties molles).

Si l'on craint de ne pas tailler les lambeaux avec toute la correction désirable, on les trace préalablement à l'encre ou au crayon, en commençant par le lambeau antérieur.

Opération. — Après avoir confié la chloroformisation à un de mes confrères, je me place en dedans du membre. (Pour abréger la description, je m'abstiens d'indiquer la situation de la malade, les fonctions des aides, le pansement, etc.)

1er temps : Incision cutanée circonscrivant le lamboau postérieur.

On vient de mesurer et même de tracer le lambeau postérieur; on dépose la plume ou le crayon pour prendre un scalpel à dos un peu fort, à lame convexe, ayant 4 ou 5 centimètres de tranchant.

Afin de ne pas être ultérieurement gêné par le sang, et pour trouver plus facilement, en temps opportun, l'interstice du soléaire et du long péronier latéral, on commence par diviser les téguments de ce lambeau, qu'on achève si on veut.

Toutefois, dans la plupart des circonstances, il est prudent de s'occuper de la formation du lambeau antérieur avant d'achever le lambeau postérieur. On termine ainsi par la section des artères tibiale, postérieure et péronière, et l'on est pas n'exposé à léser d'arrière en avant la tibiale antérieure.

2e temps. A. Lambeau antérieur cutané de forme quadrilatère, à angles inférieurs légèrement arrondis.

B. Petit lambeau musculo-vasculaire-antérieur.

A. *Lambeau antérieur cutané.*—Les bords externe et interne de ce lambeau sont déjà presque achevés, par suite de la circonscription du lambeau postérieur. Il suffit, pour constituer le bord inférieur du lambeau antérieur de diviser les téguments presque transversalement, en ayant soin d'émousser un peu les angles. La peau est disséquée rapidement.

B. *Petit lambeau musculo vasculaire antérieur.* — On forme à l'aide de trois incisions, dont deux latérales et longitudinales sont réunies par une troisième incision transversale:

1° L'incision latérale externe, de 6 centimètres environ, répond à l'interstice du soléaire et du long péronier latéral; on détache hardiment ce muscle de la face externe du péroné.

2° L'incision latérale interne, de même longueur que la précédente, longe le bord interne du jambier ou tibial antérieur et divise ses insertions à la face externe du tibia.

3° L'incision transversale située à 4 centimètres en moyenne audessous de l'endroit fixé pour la section des os, comprend l'aponévrose jambière, le long péronier latéral, l'extenseur commun des orteils, le tibial ou jambier antérieur, les vaisseaux tibiaux antérieurs et leur nerf satellite.

Il est facultatif de lier alors l'artère tibiale antérieure, et c'est ce qui a été fait le plus souvent par les divers opérateurs qui ont adopté le procédé du professeur Duval. Cependant on pourrait attendre si l'artère ne donnait pas; c'est le parti que j'ai pris, cette fois, parce que j'étais certain de retrouver le vaisseau après l'opération, sans être obligé, comme dans la plupart des autres procédés, de me livrer à de laborieuses investigations.

Après l'incision transversale décrite ci-dessus, je coupe transversalement d'abord, puis latéralement, le ligament interoseux qui servira de support aux vaisseaux tibiaux antérieurs, au muscle tibial antérieur et à l'extenseur commun des orteils: leur face postérieure et profonde reste ainsi adhérente à la membrane fibreuse.

Troisième temps: Achever le lambeau postérieur dont les téguments ont été divisés dans le premier temps.

Section des jumeaux et du soléaire. — Celle des jumeaux est ordinairement prompte et facile. Si l'amputation se fait un peu bas ou si les jumeaux sont peu développés, on tombe sur leur partie inférieure ou même sur les aponévroses de terminaison.

Section du soléaire. — Elle se fait à l'aide de trois incisions dont deux latérales et longitudinales sont réunies par une incision inférieure transversale ou légèrement curviligne.

L'incision latérale externe qui suit l'interstice du soléaire et du long péronier latéral a déjà été pratiquée (2e temps) : il suffit maintenant de donner du côté du soléaire, par conséquent derrière le bord externe du péroné quelques coups de scalpel qui séparent les attaches de ce muscle de la face postérieure de l'os.

L'incision latérale interne descend derrière le bord interne du tibia : l'instrument divise les insertions du soléaire à ce bord.

Comme on l'a dit, l'incision inférieure décrit sur la partie inférieure et postérieure de ce muscle une ligne transversale ou légèrement courbe à convexité inférieure.

On a bien soin, surtout si le soléaire est volumineux, de pénétrer dans son épaisseur, en suivant une direction oblique de bas en haut et d'arrière en avant.

On arrive avec précaution, en suivant cette obliquité, à l'intervalle qui sépare les deux couches ou régions des muscles postérieurs de la jambe. Le scalpel s'arrête à 5 centimètres environ au-dessous de la section future des os. On est averti qu'on approche de cet intervalle quand on aperçoit la face postérieure de l'aponévrose antérieure du soléaire.

(1) Dans ce procédé, comme pour les autres du même auteur, les dimensions des lambeaux peuvent être modifiées dans certaines limites, selon les circonstances.

Pour couper le soléaire avec plus de sécurité, on saisit et l'on attire à soi, avec la main qui n'opère pas, ce muscle et le lambeau postérieur, ce qui est ordinairement facile, grâce aux deux incisions latérales pratiquées précédemment. Il va sans dire qu'on donna quelques légers coups de scalpel entre les deux couches musculaires jusqu'au lieu de la section future des os. Il est essentiel de ménager l'aponévrose qui revêt les vaisseaux tibiaux postérieurs, leur nerf satellite et les vaisseaux péroniers; le nerf tibial postérieur se voit quelquefois par transparence et devient un guide précieux pour reconnaître l'endroit où le scalpel est arrivé.

(*A suivre.*)

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES

DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

II

Elles jouent assurément un rôle considérable dans la pathogénie des dyspnées syphilitiques, car elles les précèdent et se trouvent en général avec elles dans un rapport direct d'intensité. J'avais cru, sur la foi des auteurs, que ces névralgies sternocostales appartenaient toutes à la classe des manifestations douloureuses de la syphilis indépendantes de toute lésion matérielle appréciable. Mais ici, comme dans les céphalées et les névralgies crâniennes, l'observation m'a démontré que ces algies coïncident parfois avec des inflammations partielles du périoste, et même paraissent en dépendre. Après ce que j'ai dit sur les périostites précoces du péricrâne, il est inutile de m'étendre longuement sur les périostites qui se produisent à la surface des côtes, des cartilages et du sternum. Il existe entre ces deux lésions, au point de vue de l'époque d'apparition des symptômes, de la durée, de la terminaison, du processus, etc., une analogie telle qu'il est impossible de la méconnaître en lisant l'observation suivante :

Chancres infectants multiples après un mois et demi d'incubation. — Roséole au vingtième jour du chancre. — Costo-sternalgie très-intense. — Tumeurs périostiques situées sur les côtes et le sternum, point de départ des irradiations névralgiformes; leur guérison au bout d'un mois et au soixante-dix-huitième jour du chancre. — Myalgies. — Persistance des accidents secondaires.

R..., 25 ans, serrurier, entré dans mon service à l'hôpital du Midi, le 29 décembre 1869, salle 6, nº 5, grand, vigoureusement constitué, bonne santé habituelle; aucune maladie constitutionnelle ou accidentelle. Quelques blennorrhagies.

Dans les premiers jours d'octobre 1869, coït après une continence de quatre mois; deux jours après, blennorrhagie; un mois et demi après seulement, apparition de chancres infectants au nombre de quatre : l'un au méat, deux dans la rainure, et un sur le fourreau.

8 décembre (vingtième jour des chancres, deux mois après la contamination). — Roséole érythémateuse et croûtes dans les cheveux. Vers le milieu de décembre, points de côté occupant vaguement presque toute la moitié droite antérieure du thorax. Gêne des mouvements respiratoires. Sensation de poids, de constriction sur la région sternale, surtout pendant la nuit. Presque en même temps, crampes dans les membres inférieurs, principalement dans les mollets, à partir de la région poplitée jusqu'au tendon d'Achille.

Le 4 janvier 1870, je constatai chez ce malade, dans la région costo-sternale, à droite et à gauche, l'existence de tumeurs périostiques très-douloureuses, au-dessus desquelles la peau, qui était saine, glissait facilement. Elles étaient situées sur la surface externe des côtes ou des cartilages, de la grosseur d'un pois, un peu dures, très-sensibles à la pression. L'irradiation douloureuse dont elles étaient le centre parcourait les espaces intercostaux d'avant en arrière.

11 janvier. — Outre quelques-unes des petites tumeurs sus-indiquées, il existe encore, sur le côté droit du sternum et l'extrémité antérieure des cinquième et sixième côtes, à quatre travers de doigt en dessus du mamelon droit, une élevure périostique diffuse, large comme une pièce de 2 francs, très-sensible à la pression, sur laquelle glisse la peau, qui ne présente à son niveau aucune modification. A partir de cette tumeur, irridiations névralgiformes, surtout nocturnes.

A cette époque (cinquante-huitième jour des chancres), santé générale peu altérée. Induration diffuse du prépuce et du méat. Adénopathie inguino cervicale. Roséole érythémateuse confluente, avec quelques papules plates. (Proto-iodure.)

A la fin de janvier (soixante-dix-huitième jour des chancres), les périostoses sterno-costales et la costo-sternalgie disparurent complétement, après avoir duré environ un mois. Les accidents secondaires furent graves et opiniâtres : persistance singulière de la roséole, plaques muqueuses, faiblesse générale, alopécie, myalgies nocturnes. Laryngopathie, insomnie, etc.

On voit qu'ici l'incubation des accidents consécutifs n'a été que de vingt jours, tandis que celle de l'accident primitif a duré deux mois et demi. On remarquera qu'au moment de l'invasion des symptômes généraux comme plus tard, le malade a été tourmenté par des myalgies. La dyspnée nocturne qu'il éprouvait ne pourrait-elle pas dépendre, en partie du moins, d'une myalgie diaphragmatique et cardiaque? Toujours est-il que la sternalgie et les névralgies thoraciques n'ont pas été étrangères à sa production. Or ces phénomènes douloureux qui sont survenus en même temps que la roséole, vers le vingt-cinquième ou le trentième jour des chancres, ont coïncidé avec une poussée de petites tumeurs périostiques sur les côtes et le sternum. Ces tumeurs fixes, dures, n'ayant aucune connexion avec la peau, siégeaient manifestement dans le périoste. Elles ont commencé à peu près en même temps que les douleurs, ont disparu avec elles sans laisser de traces, et se sont comportées en tout de la même façon que les tumeurs péricrâniennes. Aussi ont-elles la même signification pathogénique et diagnostique, et réclament-elles le même traitement.

J'avais constaté depuis longtemps l'existence de ces tumeurs périostiques du sternum et des côtes au début des premiers accidents constitutionnels de la syphilis, lorsque, dernièrement, je lus un article du docteur H. Critchley Brodrick (1), médecin à Indore (Indes-Orientales), *sur la valeur de la sensibilité sous-sternale comme signe diagnostique de la vérole*, où le fait est soupçonné sans être péremptoirement démontré. D'après l'auteur, en explorant méthodiquement par la pression la sensibilité du sternum, on trouve généralement, vers le tiers inférieur de l'os, un endroit dans lequel cette exploration provoque une douleur très vive, sans que d'ailleurs l'attention du malade eût été dirigée précédemment sur ce point par aucune sensation douloureuse spontanée. Chez quelques sujets, le point sensible existe au niveau du tiers supérieur du sternum, tandis qu'on ne le rencontre presque jamais dans le tiers moyen. M. Brodrick suppose que cette sensibilité tient à une périostite très-limitée et de médiocre intensité.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15-17, 20, 22, 24, 27, 29 août, 3 et 12 septembre 1872.

(1) *Madras medical Press, and Dublin medical Press*, 4 novembre 1863.

TROISIÈME PARTIE

DES PÉRIOSTOSES ET DES EXOSTOSES PRÉCOCES DU TIBIA, DU CUBITUS, DE LA CLAVICULE, DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR, ETC.

I

Quelques pathologistes d'une grande valeur, parmi lesquels je compte mon excellent maître M. Cullerier, établissent comme une règle que l'apparition des accidents tertiaires est toujours précédée par une poussée de phénomènes morbides appartenant à la catégorie des accidents secondaires. « Quand on voit, dit M. Cullerier (1), une maladie soit des os, exostose, nécrose ou carie, soit du tissu fibreux ou du tissu cellulaire, périostose, gomme, nodus, toutes affections désignées sous le nom de symptômes tertiaires, on trouve toujours un symptôme intermédiaire entre la maladie actuelle et l'accident primitif, symptôme intermédiaire caractérisé par une éruption cutanée, une syphilide, ou par l'ulcération de la muqueuse de la bouche et plus souvent de celle de la gorge, maladies des muqueuses qui remplacent alors celles de la peau et qui d'ailleurs sont de même nature.... »

« Souvent, ajoute plus loin M. Cullerier, on voit une apparence d'interversion dans la manifestation des symptômes; ainsi, par exemple, une syphilide après ou en même temps qu'une exostose. Cela est vrai, mais ne prime pas ma manière de voir, car avant l'exostose il y a eu certainement, ou une maladie de la peau ou une maladie des muqueuses, maladies dont l'élément spécifique n'ayant pas été combattu ou ne l'ayant pas été suffisamm ent, s'est porté sur les organes profonds, tout en se montrant enc ore aux parties qu'il avait d'abord attaquées, et dans ces cas exceptionnels, c'est l'accident tertiaire qui prédomine. »

Je crois, en effet, que, dans la grande majorité des cas, les choses se passent de la façon qu'indique M. Cullérier. Cependant il y a des exceptions à cette règle. On a vu déjà dans ce mémoire et on va voir des faits qui prouvent de la manière la plus évidente que les accidents tertiaires précoces peuvent être la première manifestation de la syphilis, se montrer avant les accidents secondaires et à une époque extrêmement rapprochée du chancre.

L'observation suivante en est un exemple. Je l'ai rapportée avec quelques détails parce qu'elle me paraît présenter, à ce point de vue et à quelques autres, des particularités d'un véritable intérêt. On objectera que c'est un fait exceptionnel. Je l'accorde. Mais c'est précisément parce qu'il est exceptionnel qu'il en faut tenir grand compte et l'étudier avec d'autant plus d'attention.

Obs. — VII. — *Balano-posthite infectante survenue chez un jeune homme de 19 ans, habituellement très-bien portant, un mois après son premier coït. — Au quarante-cinquième jour de la contagion, douleurs vives dans le tibia, suivies, au bout de trente-six ou quarante-huit heures, de l'apparition spontanée d'une tumeur osseuse. — Claudication causée par cette péri-exostose tibiale. — Altération de la santé générale. — Au soixante-neuvième jour de la contagion, apparition d'une roséole exanthémateuse bien caractérisée. — Au quatre-vingtième jour de la contagion, affaissement progressif et disparition de la tumeur tibiale. — Quatre mois et demi après la contagion, plaques muqueuses des lèvres et du prépuce. Syphilis papuleuse, plate, discrète.*

M. Édouard L..., âgé de 19 ans, fondeur, entré le 7 août 1869 dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 113, se porte habituellement très-bien, quoique d'un tempérament un peu lymphatique. Je ne découvre dans ses antécédents aucune manifestation morbide diathésique ou accidentelle.

Il n'a jamais eu d'autre maladie vénérienne que celle qu'il présente actuellement et qu'il a contractée vers le 10 ou le 12 juin avec une femme en carte rencontrée au bal des Amandiers. C'était la première femme qu'il voyait.

Au bout d'un mois, il survint sur le prépuce et le gland une rougeur diffuse, bientôt suivie de phimosis avec œdème dur du tissu cellulaire de la verge, et engorgement indolent des ganglions inguinaux.

Le 25 juillet (45 jours environ après la contagion, 15e jour à partir du chancre), le malade ressentit une douleur dans la jambe droite et constata l'existence, sur la face antérieure du tibia, vers sa partie moyenne, d'une tuméfaction dure, sensible au toucher, sur laquelle glissait facilement la peau, qui ne présentait à ce niveau aucun changement de consistance et de couleur. Il fut d'autant plus surpris de l'apparition de cet accident, qu'il avait la certitude de n'avoir subi l'action d'aucune cause traumatique capable de le produire.

Cette tumeur, survenue spontanément, augmenta peu à peu et devint de plus en plus douloureuse, au point de gêner la marche et de causer de la claudication. La santé générale commençait à s'altérer; le malade devenait faible et maigrissait. Il se décida à entrer à l'hôpital.

Le 10 août, soixantième jour de la contagion, un mois après le chancre, je constatai chez lui l'état suivant: double pléiade ganglionnaire dure et indolente dans les aines. Phimosis incomplet produit par l'induration et le rétrécissement du limbe du prépuce. Quand on découvre le gland, on ne trouve sur la muqueuse préputiale que deux ou trois plaques rouges recouvertes d'épithélium, et reposant sur des tissus épaissis; deux de ces rougeurs sont situées de chaque côté du filet; il n'existe actuellement aucune sécrétion morbide; la balano-posthite chancreuse est à peu près guérie.

État général de faiblesse; amaigrissement. Pas de teinte cachectique.

La peau est saine; il n'existe que quelques petites papules très-discrètes et de nature fort douteuse sur la partie antérieure de l'abdomen et de la poitrine. Rien du côté des muqueuses. Quelques ganglions cervicaux sans croûtes dans les cheveux. Pas de troubles de la sensibilité autres que les douleurs siégeant au niveau de la tumeur tibiale. Cette douleur a précédé la tuméfaction.

C'est sur la face antéro-interne et le bord antérieur du tibia, à 11 centimètres de l'extrémité supérieure de cet os que siége la tumeur. Elle mesure 4 centimètres et demi transversalement et 4 à peu près de haut en bas; la saillie est de 1 centimètre environ au-dessus des parties voisines, sur lesquelles elle se perd insensiblement. D'une dureté presque osseuse, sans œdème ni inflammation périphérique, elle paraît faire corps avec l'os et être constituée par la même substance. La peau qui la recouvre est saine et mobile. Depuis les premiers jours de son apparition, les douleurs dont elle est le siége n'ont ni augmenté ni diminué; elles sont lancinantes, paroxystiques, augmentées par la marche, irradiantes, non pas du côté du pied, mais en haut, jusque vers la partie moyenne de la cuisse; elles causent de la claudication; le malade ne peut descendre ou monter que difficilement les escaliers; il éprouve dans tout le membre correspondant, mais surtout dans le genou, un engourdissement que la marche dissipe peu à peu. Cette tumeur est stationnaire depuis quelque jours. Au début, elle a augmenté rapidement, sans être jamais accompagnée d'aucun phénomène inflammatoire. (Bains sulfureux, vin de quinquina, cataplasmes.)

12 août. — Le malade a éprouvé pendant trois ou quatre jours des accès de fièvre quotidiens, sans frissons, vers six heures du soir. Ces accès duraient deux heures environ et étaient accompagnés d'une céphalalgie frontale très-vive. Ils ont disparu spontanément. La tumeur tibiale est toujours dans le même état.

Je prescris *deux* grammes d'iodure de potassium et *cinq* centigrammes de protoiodure.

17 août. — Le traitement est bien toléré. Le volume de la tumeur n'a pas diminué. Claudication. Pendant le décubitus, le soir, il survient des élancements très-douloureux, qui partent du tibia et re-

(1) Cullerier, *Mémoire sur l'évolution de la syphilis* (*Archives générales de médecine*, février 1845, p.).

montent le long de la face antérieure de la cuisse jusqu'à l'aine. Adénopathie inguinale double très-volumineuse.

Le 19 août (69e jour de la contagion, 39e du chancre), apparition sur le tronc d'une roséole érythémateuse bien caractérisée. Pas de diminution notable de la tumeur.

Du 20 août au 3 septembre, jour de sa sortie, on fit badigeonner la tumeur deux fois par jour avec de la teinture d'iode, et on continua le traitement mixte ci-dessus indiqué, mais avec *un* gramme en plus d'iodure de potassium. La tumeur diminua peu à peu et disparut presque complétement, excepté au niveau de la crête du tibia, où les douleurs persistaient toujours sous forme d'irradiations remontant jusqu'à l'aine.

Huit jours après sa sortie, le malade vit une femme. Il en résulta des ulcérations des limbes du prépuce ressemblant à des plaques muqueuses et non suivies de bubons inflammatoires. Sur la peau étaient survenues quelques papules plates et larges, dont une située sur la peau de la lèvre inférieure. Il existait un prurigo très-violent.

Tous ces accidents déterminèrent le malade à rentrer dans mon service vers les derniers jours de septembre. Sous l'influence de cautérisations légères, les ulcérations préputiales furent rapidement guéries. Il n'en fut pas de même des papules de la peau et du prurigo.

Le 4 octobre (84e jour du chancre), je notai l'état suivant: adénopathie multiple aux aines et au cou. Guérison des ulcérations du prépuce. Persistance du prurigo et de quelques papules de la peau, qui tendent à l'humidité et à l'ulcération. L'exostose tibiale a presque complétement disparu; cependant il existe une légère saillie à son niveau et la crête du tibia est notablement épaissie. Raideur dans tout le membre correspondant. Claudication qui disparaît dans la journée. Pas de douleurs nocturnes. Après une marche ou un repos prolongés, il se manifeste spontanément des douleurs qui remontent jusqu'à l'aine, le long du nerf crural. Alopée, céphalée nocturne sus-orbitaire commençant à six heures et durant jusqu'au sommeil. Aucune autre lésion osseuse. Plaques muqueuses de la lèvre inférieure. Santé générale assez bonne.

Je n'ai pas revu ce malade. (*A suivre*).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 septembre 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1o Un rapport de M. le docteur Bergeret, de Neuilly-le-Réal (Allier), sur le service de la médecine cantonale dans cette localité (comm.: MM. Chauffard, Verneuil et Bergeron);

2o Un mémoire de M. le docteur Vicherat (de Nemours), sur la vaccine et la syphilis vaccinale);

3o Un mémoire de M. le docteur Lalagade, sur la vaccine et la petite vérole dans le département du Tarn (comm. de vaccine);

4o Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1871, dans le département des Deux-Sèvres (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1o Une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), sur l'étiologie du choléra (comm. du choléra);

2o Une lettre de M. le préfet de police, consultant l'Académie sur une demande qui lui a été adressée par Mme Cailletot, sage-femme à Vannes, laquelle se plaint qu'un pharmacien de la localité ait refusé de lui délivrer 2 grammes de seigle ergoté destinés à faciliter un accouchement (renvoyé à une commission composée de MM. Chevallier, Guérard et Devergie).

M. LE PRÉSIDENT dépose sur le bureau une notice sur les titres scientifiques de M. le professeur Simonin (de Nancy), à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

M. le président, à cette occasion, rappelle aux diverses commissions d'élection que l'Académie a à pourvoir à un grand nombre de vacances, et qu'il est à désirer qu'elles se réunissent le plus tôt possible pour faire leur travail de présentation.

LECTURE

Du scherlievo de Fiume, en Illyrie.— M. BARTH fait sur ce sujet la communication suivante : Au fond du golfe oriental de l'Adriatique, à Fiume, en Illyrie, contrée misérable, dont les habitants manquent souvent d'eau, sont privés de moyens de chauffage et vêtus de grossiers habillements de laine qu'ils ne changent jamais, apparut, vers la fin du siècle dernier, une maladie d'une espèce inconnue, caractérisée dans ses manifestations les plus apparentes par de vastes ulcères rongeant le nez et la face, et que le docteur Cambieri, de Fiume, appela scherlievo, du nom du village où elle paraît avoir pris naissance.

A son arrivée dans le pays, en septembre 1859, M. Barth se dirigea vers l'hôpital de Porto-Ré, le seul où il y eût alors des malades, et qui en contenait trente-trois. Voici les principales manifestations morbides du scherlievo qu'il a pu observer, tantôt isolées, tantôt réunies, en nombre variable chez le même individu. Sur la peau : des ulcères larges et profonds, à bords élevés, taillés à pic, ayant leur siége chez un malade sur l'épaule, chez un autre sur le genou, chez d'autres sur les jambes, occupant chez plusieurs le visage, et rongeant le nez, les paupières et d'autres parties de la face. De vastes cicatrices avec perte de substance et brides difformes, donnant surtout à la figure un aspect hideux et repoussant. — Sur le système muqueux : ici des érosions profondes à l'entrée des narines, des ulcères dans les fosses nasales, avec émanations fétides; là, de larges destructions de la luette, du voile du palais, des amygdales; ailleurs, de vastes ulcères de la gorge, occupant, dans un cas, tout le fond de la bouche et du pharynx, et mesurant de 6 à 8 centimètres d'étendue dans tous les sens, à bords saillants, épais, à surface inégale, présentant un aspect jaunâtre semi-gélatineux; chez quelques malades, des ulcères affectant à la fois la gorge et le larynx; beaucoup plus rarement des ulcérations bornées à l'intérieur du larynx. — Dans les parties molles sous-cutanées : ici, des tumeurs circonscrites, marronnées; là, de vastes gonflements de tissus. — Sur le système osseux : des périostes sous forme de tuméfactions résistantes; des exostoses caractérisées par des gonflements durs, circonscrits sur le trajet des os; des nécroses plus ou moins considérables du squelette.

Il faut y ajouter, selon le médecin de l'hôpital, les plaques muqueuses, qui, chez les jeunes enfants, ont souvent leur siége sur les lèvres; le gonflement des tonsilles, du voile du palais, de tout le pharynx, des narines postérieures, parties qui se recouvrent ensuite d'un enduit blanchâtre ou de pustules bientôt converties en ulcères qui s'étendent, corrodent et détruisent tout l'intérieur de la bouche, etc.; la tuméfaction des glandes sublinguales, du cou, des aisselles, des aines, et de la partie interne des cuisses...; l'éruption de stygmates ronds, cuivrés, surtout au front, au cuir chevelu, à l'anus, aux environs des parties génitales; des tubercules qui suppurent et se couvrent de larges croûtes, entourées d'une aréole rouge, de la base desquelles s'échappe une matière claire et jaunâtre, et qui, en se détachant, laissent à nu des ulcères à bords relevés, à fond lardacé, qui envahissent quelquefois le visage tout entier, en détruisant les téguments et les muscles; la suppuration des glandes inguinales, des condylomes à l'anus, la carie des os du crâne et du nez.

Ajoutez des douleurs dans les os, plus fortes la nuit que le jour, l'absence de fièvre, et la conservation de l'appétit et des forces dans les premiers temps de la maladie.

En embrassant d'un coup d'œil ces diverses altérations, dit M. Barth, on est frappé de leur analogie avec la série des accidents propres à la syphilis; cette impression est encore plus saisissante à l'aspect des malades eux-mêmes. Aussi plusieurs médecins, parmi ceux qui ont vu les faits, ont considéré le scherliero comme une

maladie de nature syphilitique dans son principe, et ayant subi, avec le temps, des modifications qui en ont transformé le caractère.

Cependant cette manière de voir n'est point celle de tous les médecins de France. D'après M. le docteur Amédée de Moulon, le scherlievo serait une espèce morbide spéciale, de date plus ancienne qu'on ne le pense, endemico-sporadique, qui ne respecte aucun âge, une discrasie particulière, produit du climat, secondé par la manière d'être et de vivre des habitants.

Pour démontrer que le scherlievo n'est pas la syphilis, M. de Moulon allègue que les douleurs ostéocopes constituent le premier stade, et se sont fait sentir longtemps avant l'apparition des premiers ulcères; que bien des malades sont affectés d'ulcères pendant plusieurs années, et guérissent sans avoir jamais ressenti de douleurs ostéocopes; que les préparations mercurielles ne sont pas toujours sans inconvénients dans le traitement, et que, dans plusieurs cas, elles sont nuisibles. Enfin M. de Moulon ne considère pas le scherlievo comme contagieux.

Pour nous, dit M. Barth, les arguments de M. de Moulon ne sont pas sans réplique, et il nous est impossible de ne pas voir, entre les altérations du scherlievo et les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis, une telle analogie qu'on est presque forcément amené à en déduire une identité de nature. C'est ce que M. Barth s'attache à établir en se fondant sur ce que le scherlievo et la syphilis se rencontrent à tout âge; que l'un et l'autre se caractérisent par des manifestions pathologiques très nombreuses et très variées; que les dissemblances signalées ne sont pas aussi réelles qu'on l'a supposé; qu'il en est du scherlievo comme de la syphilis à l'égard du mercure, etc.; que si le scherlievo est resté circonscrit dans un rayon restreint du territoire de Fiume, on s'en rend compte par le peu de déplacement de ses populations. Enfin, ajoute M. Barth, n'est-il pas plus difficile de concevoir le développement de toutes pièces d'une maladie inconnue que de voir, dans le scherlievo, une modification de la syphilis aggravée, chez les habitants d'un pays inculte, stérile, par le manque de tous secours médicaux et de toutes les ressources de l'hygiène?

En résumé, M. Barth se croit autorisé à conclure que le scherlievo est une forme de syphilis, se transmettant et par voie héréditaire et par contagion des accidents primitifs et secondaires, dont le virus pénètre par des voies diverses et multiples. Et il pense que, pour le scherlievo comme pour la syphilis constitutionnelle, la médication la plus rationnelle et la plus efficace consiste dans l'emploi successif des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium.

MM. BERGERON, BRIQUET et MARROTTE, qui prennent successivement la parole après la communication de M. Barth, ne mettent pas en doute que les faits qui viennent d'être exposés ne soient des faits de syphilis. M. Bergeron insiste particulièrement sur l'importance qu'il y aurait, au point de vue de l'hygiène, à ce que les médecins du pays fussent convaincus de la nature de cette affection.

M. DAVAINE donne lecture d'une travail ayant pour titre : *Recherches sur quelques questions relatives à la scepticémie.* Nous exposerons plus tard les faits principaux qui ressortent de ce travail, dont M. Davaine n'a communiqué qu'une partie seulement dans cette séance.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

RAPPORT

Sur la candidature de M. le docteur Gillette à une place de membre titulaire de la Société de médecine de Paris, et à l'appui de laquelle il a lu deux observations ayant trait à des tumeurs fibro-plastiques de l'orbite, par M. A. Forget(1).

Dans l'une de vos dernières séances, M. le docteur Gillette a lu, à l'appui de sa candidature à une place de membre titulaire, un travail qui a pour sujet l'étude clinique de deux tumeurs intra-orbitaires sur la nature desquelles l'examen histologique n'a laissé aucun doute. L'une et l'autre étaient constituées par du tissu fibro-plastique, dont les éléments anatomiques ont été mis en lumière aux divers degrés de leur évolution dans les deux cas dont l'auteur vous a fait une exposition si complète.

Au point de vue historique, l'intérêt de son travail ressort du silence gardé par la plupart des pathologistes sur ce genre de tumeurs de l'orbite, qui ne s'observent qu'assez rarement, et dont on ne trouve que quelques exemples dans l'ouvrage qui en traite plus spécialement, celui de M. Demarquay, publié sous le titre suivant : *Traité des tumeurs de l'orbite*, 1860.

Vous n'attendez pas de moi, sans doute, que je reproduise les deux observations dont M. Gillette vous a donné lecture, et dont la publication intégrale dans le journal officiel de la Société aura nécessairement lieu; je me bornerai à quelques courtes réflexions suggérées par la lecture de ce travail.

Comme l'auteur lui-même, j'ai été frappé du contraste qui différencie ces deux observations sous le rapport de leur évolution. Chez le premier malade, qui est du sexe féminin et âgé de 60 ans, l'origine de la maladie remonte à dix-sept ans; sa marche a été chronique, aussi a-t-elle acquis un grand développement et occupe-t-elle le périmètre extérieur de l'orbite avec adhérences palpébrales.

Chez le second malade, qui est un homme âgé de 33 ans, l'évolution de la tumeur, beaucoup plus prompte, a atteint, dans l'espace de dix-huit mois, trois fois le volume du globe oculaire normal.

Dans le premier cas, la maladie a été spontanée. Dans le second, elle a débuté consécutivement à un traumatisme de l'œil à dû un petit éclat de pierre qui y aurait été projeté violemment, et dont l'extraction en aurait été faite par un chirurgien au bout de quelques jours. M. Gillette pense avec raison que l'étiologie, dans ce cas, a pu influer sur le développement du néoplasme, qui aurait ainsi une origine inflammatoire.

Tout en reconnaissant ce qu'a de plausible cette opinion, je crois qu'il ne faudrait pas, dans l'espèce, accorder à la circonstance étiologique une influence absolue. Je crois qu'un processus morbide quelconque ne se comporte pas de même chez tous les individus, et que, spontané ou traumatique, il rencontre, dans l'organisme dont il est partie intégrante, des conditions particulières de dynamisme vital et d'influence diathésique qui peuvent modifier son évolution et faire, que la composition anatomique étant la même dans deux néoplasmes déterminés, il existera entre eux, par là même, des différences radicales entre eux au point de vue de la physiologie pathologique et de l'obervation clinique.

Je l'ai dit en 1853, et j'aime à le répéter : « La maladie n'est pas toute dans le tissu histologique. Il n'en est le plus souvent que la manifestation. » Or c'est ce principe originel, cette puissance épigénésique qui constitue le caractère clinique essentiel du néoplasme; c'est cette influence, essentiellement d'ordre physiologique, qui procède de l'organisme lui-même et lui est inhérente, qui crée des dissemblances de même ordre entre des tissus néoplasiques histologiquement similaires entre eux. Cela admis, il est facile de comprendre comment, malgré une sorte de contradiction plus apparente qu'elle n'est réelle, l'un de ces néoplasmes, après l'opération, pourra se reproduire, tandis qu'il n'en sera pas de même pour l'autre.

Les deux malades de M. Gillette ont été revus par lui un an après l'opération; il y a de cela neuf ans pour l'un et dix ans pour l'autre. Que s'est-il passé dans ce laps de temps? Nous l'ignorons. De ce que la récidive ne s'est pas produite dans le cours de la première année qui a suivi l'opération, on ne peut pas en conclure, et M. Gillette le sait aussi bien que nous, que depuis elle n'a pu s'effectuer.

Il est un point d'histologie sur lequel l'auteur a spécialement insisté : c'est celui de l'origine même de ces tumeurs fibro-plastiques intra-orbitaires.

Le néoplasme a-t-il débuté par le globe oculaire ou par les tissus

(1) Voir les numéros des 14 et 17 septembre 1872.

fibro-celluleux qui le circonscrivent? et en supposant qu'il émane de l'œil primitivement, quel est le tissu, l'élément anatomique, soit interne, soit externe de celui-ci, qui en a été le point de départ?

C'est là une question de difficile solution en général, et qui, dans l'espèce, est plus accessible. En effet, chez le sujet de la deuxième observation, la masse fibro-plastique se bornait au globe oculaire, les tissus de l'orbite ne participaient pas encore à la dégénérescence morbide. Pour ce malade, il semblerait donc que l'origine de la production néoplasique fût facilement assignable à l'œil lui-même.

Ajoutons encore que, dans les deux cas, nonobstant l'extension considérable du processus morbide chez le sujet de la première observation, tous les éléments anatomiques du globe de l'œil ont été retrouvés; que le même fait a été également observé par M. Ordonnez dans deux tumeurs que MM. Cusco et Voillemier lui ont données à examiner.

Il est superflu de dire que ces éléments n'avaient plus leur intégrité normale, qu'ils étaient atrophiés, défigurés, et en partie effacés ou détruits.

C'est ainsi que la choroïde avait disparu. Dans les cas cités par l'auteur, toute la couche interne, tapissée de cellules polygonales pigmentaires, ne se retrouvait plus que formée par *sa lame externe* ou *lamina fusca*.

En résumé, nous sommes conduits, par l'étude des symptômes, aux diverses époques de l'évolution des tumeurs, et par les données qu'a fournies l'examen histologique, à penser que, chez les deux malades de M. Gillette, c'est bien par un point des éléments anatomiques du globe oculaire que la maladie a débuté, et que ces deux tumeurs peuvent être rangées dans la classe de celles que l'on comprenait, il y a vingt-cinq ans, sous la dénomination générale de tumeurs carcinomateuses de l'œil.

Outre les deux observations inédites que M. Gillette vous a lues à l'appui de sa candidature, d'autres titres scientifiques nombreux le recommandent à vos suffrages :

1° Une thèse pour le doctorat en médecine, excellente et très-complète monographie qui a pour titre : *Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques*, qui, comme l'auteur le fait justement remarquer, doivent être rangés au nombre des maladies insidieuses dont l'histoire, restée encore imparfaite, demandait, pour être éclairée, de nouvelles recherches auxquelles, m'étant moi-même occupé de ce sujet en 1836, je n'hésite pas à reconnaître une importance des plus sérieuses;

2° Je citerai encore un mémoire publié dans le *Journal d'anatomie et de physiologie*, de Ch. Robin (7 septembre 1869) : *Recherches anatomiques sur les veines de la vessie et sur les plexus intra-pelviens;*

3° Un article remarquable du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, sur les os maxillaires, anatomie, physiologie et pathologie.*

Enfin M. Gillette, après des concours successifs, a obtenu tour à tour les fonctions d'interne des hôpitaux, d'aide d'anatomie et de prosecteur de la Faculté de médecine.

A tous ces titres scientifiques, M. Gillette en ajoute un autre, qui sera à vos yeux d'un grand prix, titre d'honorabilité médicale et de dignité professsionnelle qu'il tient de son vénéré père, prématurément enlevé à l'estime et à l'affection de ses contemporains.

Sous les auspices de l'homme de bien et du praticien distingué dont j'ai été en situation, par mes fréquents rapports avec lui, d'apprécier les éminentes qualités, son fils, messieurs, se présente aujourd'hui à vos suffrages en revendiquant le bénéfice de la devise : *Noblesse oblige*, qu'il a prise pour règle de sa conduite.

La commision vous propose :

1° D'accorder à M. Gillette (Eugène) le titre de membre titulaire de la Société de médecine de Paris;

2° De publier les deux observations qu'il vous a communiquées et de les faire suivre du rapport auquel elles ont donné lieu.

La Société vote les conclusions du rapport et son envoi au comité de publication.

M. CHARRIER fait un rapport sur la candidature de M. le docteur Hameau (d'Arcachon) au titre de membre correspondant.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

281. Niderkorn. Contribution à l'étude de quelques-uns des phénomènes de la rigidité cadavérique chez l'homme.

282. Nadaud. Paralysie obstétricale des nouveau-nés.

283. Duc. Étude des procédés de résection temporaire du maxillaire supérieur pour l'extraction des polypes naso-pharyngiens.

284. Cotrel. De l'arthrite sous-occipitale.

285. Farges. De la leucorrhée ou pertes blanches des femmes; leur valeur séméiotique.

286. Didier. Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par l'oxyde blanc d'antimoine.

287. Caudesaigues. De la maladie de Basedow ou goître exophthalmique.

288. Rebatel. Recherches expérimentales sur la circulation dans les artères coronaires.

289. Cahon. Essai sur la contusion du cerveau.

290. Bonneau. Quelques considérations sur les causes et le traitement des hémorrhagies artérielles dans les plaies par les armes à feu modernes.

291. Lingrand. Des pertes de sang physiologiques dans les accouchements; 105 accouchements avec pesées du sang.

292. Georgesco. Du scorbut, épidémie observée pendant le siége de Paris (1870-71).

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du … octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. Étude de la température comparée dans l'éclampsie puerpérale et dans l'urémie. Morsure de vipère suivie de guérison. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (suite) (M. Mauriac). — Étude sur le cancer primitif des voies biliaires (M. F. Villard). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Étude de la température comparée dans l'éclampsie puerpérale et dans l'urémie.

Dans le but d'aider à la solution quelquefois difficile du diagnostic comparatif de l'éclampsie puerpérale et de l'urémie, qui ont, comme on le sait, plusieurs symptômes communs, M. le docteur Bourneville a eu l'idée d'appliquer à ce diagnostic les recherches thermométriques. De ces recherches, que M. Bourneville a communiquées à la Société de biologie, nous extrayons les principaux résultats qui suivent :

Dans la première série, elles ont porté sur trois cas d'éclampsie puerpérale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 19 ans, au terme de sa grossesse, en proie à des attaques éclamptiques depuis seize ou dix-huit heures, lorsqu'elle entra à l'hôpital. Elle était plongée dans un coma profond et continu lors de son entrée. Elle eut successivement plusieurs accès en présence des personnes de service. L'ensemble symptomatique offert par cette femme était tout à fait comparable à celui qu'on remarque chez les épileptiques, et qui a été décrit sous le nom d'état de mal épileptique. On peut constater, tant pendant la durée des accès que dans leurs intervalles, que la température du vagin s'était maintenue constamment à 40°, jusqu'à la mort, qui survint à la fin de la journée.

Dans le deuxième cas, où il s'agissait également d'accès éclamptiques chez une jeune femme de 17 ans, enceinte à terme, de même que dans le cas précédent, la première exploration fut faite à une époque déjà assez distante du début des attaques éclamptiques, douze heures environ. La température vaginale, à ce moment, était à 39°2. Les attaques ayant continué à des intervalles rapprochés, on la vit monter successivement à 40°, puis à 40°2.

Cette deuxième observation a permis encore d'apprécier l'influence de l'attaque elle-même sur la température. Dans un instant de répit, la température était à 40°; survient une attaque, et la température monte à 40°2. Durant un second repos, la température descend à 40°; et, dans un nouvel accès, elle atteint de nouveau 40°2. Enfin, alors que, pour la troisième fois, la colonne mercurielle baissait et avait déjà gagné 40°1, une troisième crise la fait rapidement regagner 40°2.

Enfin, dans ce deuxième fait, qui s'est terminé par l'accouchement et par la guérison, la température a diminué à mesure que les accès se sont éloignés.

Dans le troisième fait, qui s'est terminé par la mort comme le premier, il s'agissait d'une grossesse de huit mois; on a pu constater ici la marche ascendante de la température.

La première exploration, faite huit heures après l'apparition des convulsions, lesquelles, pendant ce laps de temps, ont d'ailleurs été rares, a donné 38°8.

Comme dans les deux autres faits, l'état de mal éclamptique a eu pour conséquence une élévation progressive de la température, malgré une saignée abondante et malgré l'accouchement.

Enfin la température, qui, deux heures avant la mort, était à 40°4, atteignit, aussitôt après la terminaison fatale, le chiffre considérable de 41°2.

En résumé, de ces trois cas, M. Bourneville a cru, sous toutes réserves toutefois, pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans l'état de mal éclamptique, la température s'élève depuis le début jusqu'à la fin.

2° Dans les intervalles des accès et le coma persistant, la température se maintient à un chiffre élevé, et, au moment des convulsions, on enregistre une légère ascension de la colonne mercurielle.

3° Enfin, si les accès disparaissent et si le coma diminue d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement; si, au contraire, l'état de mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé.

La seconde série d'observations porte sur l'urémie.

Le premier malade est un homme âgé de 43 ans, entré à l'hôpital de la Pitié, présentant des accidents dyspnéiques, avec un état d'hébétude et du coma. A l'auscultation on constate l'existence de râles sous crépitants dans toute la hauteur des poumons. Les muscles respirateurs se contractent lentement. Le pouls est filiforme. Les battements du cœur sont précipités, sans énergie. Les yeux sont immobiles, non déviés. Il n'y a ni contracture, ni paralysie. La sensibilité générale est à peu près tout à fait abolie, etc. La température rectale, prise à 9 heures du matin, était de 30°,1. Le malade succomba quelques heures après. L'autopsie fit reconnaître l'existence d'une dégénérescence kystique des reins et un congestion pulmonaire récente.

La vessie était vide, et le malade n'avait uriné qu'une seule fois et en très-petite quantité durant le temps de son séjour à l'hôpital.

D'après les symptômes constatés pendant la vie et les résultats de l'autopsie, montrant une lésion qui avait entraîné une atrophie considérable des deux substances des reins, il y avait toute raison d'admettre que la mort de cet homme avait été produite par l'urémie, due elle-même à la désorganisation des reins.

Un deuxième malade, âgé de 67 ans, entré également à la Pitié dans un état d'hébétude, fut pris deux heures après d'une attaque apoplectiforme : coma profond, stertor, déviation de la face à droite, yeux convulsés; salive abondante et mousseuse s'écoulant des commissures labiales; membres rigides. On obtient par le cathétérisme environ un verre à bordeaux d'urine. Pouls à 64; respiration, 28. Température rectale, 32°,6.

Ces symptômes vont s'aggravant. La température, relevée d'heure en heure, donne chaque fois un léger abaissement : 32°,4; puis 32°,2. L'agonie survenant, la température rectale n'est plus que de 31°,8. Le lendemain le malade succombe. La température était alors de 31°,5.

L'autopsie fit reconnaître une néphrite parenchymateuse. Les lésions révélés répondaient au troisième degré des néphrites parenchymateuses.

L'analyse de l'urine démontra clairement l'existence de l'urémie; elle ne contenait pour 1,000 grammes que 13.68 d'urée.

De cette seconde série de faits, rapprochés de quelques faits analogues déjà connus dans la science, M. Bourneville a cru voir ressortir les enseignements suivants :

1° L'urémie s'accompagne d'un abaissement considérable de la température.

2° Cet abaissement s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale.

Maintenant, mettant en regard ces conclusions de celles qui sont ressorties de la série de faits relatifs à l'éclampsie puerpérale, on est frappé du contraste qu'elles présentent.

On y voit, en effet : 1° Qu'au début, il y a une élévation de la température dans l'éclampsie puerpérale et un abaissement dans l'urémie; 2° que dans le cours de l'état de mal éclamptique, la température monte de plus en plus, et avec une assez grande rapidité, tandis qu'elle baisse progressivement dans le cours de l'urémie; 3° que ces différences s'accentuent encore davantage aux approches et au moment même de la mort : dans l'éclampsie, la température arrive à un chiffre très-élevé (41°); dans l'urémie, au contraire, elle descend très-bas, bien au-dessous du chiffre normal (28°,1).

Bien que les résultats constatés par M. Bourneville ne reposent que sur un trop petit nombre de faits pour permettre une conclusion définitive, ils sont, du moins, dignes d'attention; et si de nouvelles recherches du même genre venaient les confirmer, on y trouverait un nouvel élément de diagnostic différentiel entre deux affections qui ont parfois assez de ressemblance entre elles pour qu'on ait pu plus d'une fois les confondre.

Morsure de vipère suivie de guérison.

M. le docteur Delasiauve, à l'occasion du récit de diverses observations de morsure de vipère, rapportées dans le numéro du 12 septembre, et dont la plupart ont eu une issue funeste, nous communique le fait suivant dans lequel il a été plus heureux.

Le premier cas qu'il m'ait été donné de traiter, après ma réception au doctorat, nous écrit notre savant confrère, fut précisément un accident de cette nature. C'était vers le 15 août 1830. J'étais allé, avant de prendre le collier de misère, passer quelques semaines dans la famille d'un de mes condisciples et amis, tout près d'être et étant aujourd'hui encore médecin à Rugles (Eure), M. le docteur Forcinal.

Sachant que nous étions là, à Bois-Arnault, on vint nous requérir précipitamment, vers les six heures du soir, pour un voisin, cultivateur d'environ 55 ans, rapporté des champs dans un imminent danger. En ramassant de l'avoine, il fut mordu par une vipère, au dos de la main, au moment où il glissait celle-ci sous une javelle. L'animal, enroulé dans le creux d'un pas de cheval, avait redressé la tête au contact. Il fut tué sur place : chacun le vit et son identité ne fut douteuse pour personne.

Plus de quatre heures s'étaient écoulées. La situation du blessé, à notre arrivée, était des plus graves. Prostration absolue; teinte de la peau livide, haleine fétide, pouls à 28. La langue, triplée de volume, sortait de la bouche qu'elle obstruait. Le gonflement local était énorme. On n'apercevait point la piqûre; pour la rendre sensible, nous appliquâmes une large ventouse dont l'aspiration fit sourdre, en effet, des gouttelettes de sang significatives.

Renseignés de la sorte, nous fîmes sur le point piqué deux incisions en croix, longues et profondes; puis, avec l'extrémité d'une broche rougie à blanc, nous cautérisâmes la plaie aussi avant que possible.

Le tout fut suivi d'un pansement avec la teinture d'arnica et l'ammoniaque. Pour boisson, une tisane sudorifique et un julep d'esprit de Mindérérus.

La première nuit fut un peu agitée; il y eut du délire. Toutefois, le lendemain matin, le pouls marquait quelques battements de plus, et la connaissance était entière. Le malade répondait par signes. Malgré les gargarismes légèrement détersifs, la langue conservait son volume.

Dans la seconde nuit, le désordre des idées se reproduisit, moindre; même insomnie; pouls à 40; langue sensiblement rétractée. A partir du troisième jour, l'amélioration fit des progrès; le quatrième jour tout danger avait disparu.

Après une semaine, le malade reprenait ses occupations et ses habitudes. Pensant que ce fait pouvait intéresser vos lecteurs, je me suis empressé de vous le transmettre. Ce qui m'a paru surtout caractéristique, c'est à la fois et l'extrême ralentissement de la circulation et l'énorme développement de la langue.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES
DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

Les débuts de ce jeune malade dans la vie sexuelle ont été vraiment déplorables. La première femme qu'il voit lui donne une balano-posthite infectante, qui se déclare au bout d'un mois. *Quinze jours* seulement après cet accident primitif survient la périostose de la face antérieure du tibia, sans aucune manifestation syphilitique sur la peau ni sur les muqueuses. Un mois après l'apparition du chancre, le malade a des accès de fièvre irrégulière, du malaise général, de la courbature, de la céphalalgie; et ces phénomènes morbides, qu'on peut considérer

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15-17, 20, 22, 24, 27, 29 août, 3, 12 et 19 septembre 1872.

comme prodromiques, sont suivis, au bout de six ou sept jours, d'une roséole érythémateuse, puis de plaques muqueuses, etc.

Ainsi, dans ce fait, d'une précision remarquable, *un accident tertiaire des mieux caractérisés s'est montré quinze jours après l'apparition du chancre infectant, et vingt-deux jours avant la roséole.*

On ne pourra pas accuser le traitement d'avoir interverti l'enchaînement des manifestations et d'être la cause de ce beau désordre (1), puisqu'il n'a été institué qu'au quinzième jour de la tumeur du tibia.

D'un autre côté, on ne trouve, dans les antécédents du malade, ni dans son tempérament, ni dans sa constitution, ni dans ses habitudes, aucune circonstance pathologique ou autre qui puisse fournir même un semblant d'explication à une pareille anomalie. Quand je dis anomalie, c'est au point de vue de la rareté du phénomène que je l'entends; car je ne connais aucune loi physiologique et organique de l'economie qui empêche un virus, dont la diffusion et la pénétration sont générales et simultanées, de se manifester sur un point plutôt que sur un autre.

II

Je n'ai trouvé dans les auteurs qu'un seul cas analogue à celui qu'on vient de lire et tout aussi authentique. Il a été observé par Vidal de Cassis (2). « Je possède, dit-il, l'observation complète d'une périostite de la clavicule, qui est remarquable sous plusieurs rapports : par la rapidité avec laquelle elle s'est établie après l'apparition du chancre, par l'absence des accidents du côté du tégument et par le caractère fortement inflammatoire de la lésion, qui nous a obligé d'employer des antiphlogistiques très-largement. »

Je vais résumer cette observation et la comparer avec la mienne :

Chancres infectants multiples à forme phagédénique, ayant débuté le 3 décembre 1854, guéris au bout d'un mois, et traités vers le milieu de leur durée par des pilules de Dupuytren.

Le 28 décembre (25e jour du chancre), sans syphilide préalable, douleurs dans la clavicule droite, devenues rapidement d'une violence extrême. — Gonflement de l'os, depuis l'articulation sternoclaviculaire jusqu'à la réunion des deux tiers internes avec le tiers externe. La peau qui recouvre cette tumeur, dont l'épaisseur est double de celle de l'os, ne présente aucun changement de coloration. (Iodure de potassium, sangsues, etc.)

Au bout de treize jours, diminution notable des douleurs et du volume de la tumeur.

Après une exacerbation qui nécessita une nouvelle application de sangsues et des onctions mercurielles sur l'articulation sterno-claviculaire, le malade fut complètement guéri à la fin de février 1855.

Ainsi, dans l'observation de Vidal, c'est le *vingt-cinquième jour* du chancre infectant que se déclare la périostite de la clavicule droite, dont la durée est à peu près de un mois, et qui, après une exacerbation assez vive, est définitivement guérie à la fin de février, c'est-à-dire deux mois après son début. Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, il n'avait pas encore eu de manifestations syphilitiques du côté de la peau et des muqueuses, et cependant trois mois s'étaient écoulés depuis l'apparition de l'accident primitif. Il est regrettable que ce malade n'ait pas été observé plus longtemps, afin de savoir à quel ordre d'accidents appartenaient ceux qui ont succédé à la périostite claviculaire; car il est peu probable que l'action du virus se soit bornée chez lui à cette manifestation.

Étudions maintenant, dans ces deux cas, les particularités qu'ont présentées les péri-exostoses (1). Dans le cas de Vidal, bien que l'affection claviculaire ait été moins précoce de dix jours que la tumeur tibiale de mon observation, son processus a été beaucoup plus actif et plus inflammatoire. Il s'agissait réellement d'une périostite qui a nécessité un traitement antiphlogistique énergique, et qui, même, après une première guérison, a récidivé en présentant la même acuité. L'os ne paraît pas avoir été atteint; la lésion est restée confinée dans le périoste, et, malgré la vivacité de l'inflammation, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau n'ont pas été envahis par de l'œdème ou des exsudats. La durée de cette périostite a été courte puisque au bout de deux mois la guérison complète avait été obtenue par un traitement externe antiphlogistique et par l'administration de doses élevées d'iodure de potassium (*quatre* grammes par jour).

Chez mon malade, le processus, quoique moins aigu, a été assez rapide au début, puisque, en moins de quinze jours, la tumeur avait acquis tout son développement et sa plus grande dimension, qui était de 4 centimètres carrés à peu près. La peau et le tissu cellulaire sont restés intacts pendant toute la durée de l'affection. Cette durée a été de trente-sept jours environ. La douleur locale était peu vive; mais des douleurs lancinantes, paroxystiques poussaient des irradiations dans la cuisse et causaient de la claudication. La tumeur était d'une dureté osseuse; aussi je crois que la face antérieure du tibia, aussi bien que le périoste, était atteinte, et ce qui prouverait bien qu'il en était ainsi, c'est que, après la guérison et la disparition de la tumeur, la crête de l'os a présenté une petite bosselure et un peu d'épaississement. Quoique je n'aie pas eu recours à un traitement général et local actifs, la fonte de cette tumeur a été plus rapide que je ne l'espérais. Comme elle avait été indolente dès le début et n'avait présenté pendant toute sa durée aucun phénomène inflammatoire, je craignais, en effet, qu'elle fût lente à se résoudre. Il n'en a pas été ainsi. Quant aux manifestations cutanées et muqueuses, elles n'ont pas différé de celles qu'on observe dans la syphilis de moyenne intensité; mais, dès l'apparition de la tumeur, la santé générale avait été assez vivement touchée.

III

Dans l'observation suivante, la périostose du tibia est loin d'avoir été aussi précoce que dans la précédente, puisqu'elle ne s'est montrée qu'au quatre-vingt-quinzième jour du chancre. Elle a été postérieure à l'invasion des accidents cutanés; mais elle a précédé de quelques jours un sarcocèle syphilitique, c'est-à-dire une manifestation syphilitique qu'on est convenu de considérer, bien à tort selon moi, comme un *accident de transition* entre les accidents secondaires et les accidents tertiaires.

Obs. VII. — *Chancre induré et infectant du sillon balano-préputial survenu, après dix jours d'incubation, chez un jeune homme de 24 ans, habituellement bien portant.— Quarante jours après la contagion, ro-*

(1) M. Ricord pense, à tort selon moi, que le traitement exerce sur l'évolution des accidents syphilitiques une action perturbatrice, qu'il formule avec plus d'esprit que d'exactitude par le vers suivant :

Souvent un beau désordre est un effet de l'art.

(2) Vidal de Cassis : *Traité des maladies vénériennes*, 2e édit., p. 479-480.

(1) Je désigne par ce mot composé ces sortes d'affections syphilitiques qui intéressent tout à la fois le périoste et l'os.

séole papuleuse discrète, suivie au bout d'un mois de rupia sur les jambes. — Trois mois et demi après la contagion, apparition presque simultanée d'une péri-exostose sur la face antérieure du tibia droit, et d'un engorgement syphilitique du testicule et de l'épididyme du côté gauche. — Traitement par le proto-iodure d'hydragyre et l'iodure de potassium.— Guérison des accidents secondaires et tertiaires au bout de deux mois.

M. L. L..., âgé de 24 ans, marchand des quatre saisons, d'une bonne santé habituelle et d'un tempérament lymphatique, entra dans mon service, à l'hôpital du Midi, le 22 mai 1869, salle 8, n° 1. On ne trouvait dans ses antécédents aucune manifestation scrofuleuse, rhumatismale ou herpétique bien caractérisée. Il avait eu à 11 ans (1) une première blennorrhagie contractée avec une fille du même âge que lui; il en avait eu une seconde à l'âge de 19 ans. Toutes les deux avaient été très-bénignes et de peu de durée. Pas de chancres.

Vers le 20 février, il eut commerce avec une chiffonnière demeurant à Montmartre. Dix jours après apparaissait dans le sillon balano-préputial, à gauche, un chancre infectant, suivi d'une pléiade ganglionnaire, dure et indolente, dans l'aine du côté opposé.

Dans les premiers jours d'avril (40e jour de la contagion, 30e jour du chancre), roséole papuleuse discrète. Invasion d'accidents généraux caractérisés par de la faiblesse, de l'amaigrissement et de la décoloration des téguments.

La roséole papuleuse n'avait pas encore disparu, lorsqu'il survint quelques pustules de rupia sur les jambes.

Le 8 juin, *c'est-à-dire trois mois et demi* juste après la contagion (95 jours après le chancre), le malade éprouva des douleurs dans le tibia droit et s'aperçut d'une tuméfaction diffuse sur la face antérieure de cet os.

Le 16 du même mois, quoiqu'il n'eût pas trace d'écoulement blennorrhagique, le testicule gauche devint le siége d'une sensation gênante plutôt que douloureuse, de pesanteur et d'engourdissement, et, à partir de ce moment, il augmenta assez rapidement de volume.

Voici quel était l'état de ce malade le 22 juin (4e mois de la contagion) : Teint chloro-anémique; pas de souffle au cœur, ni dans les vaisseaux. Maigreur, faiblesse générale. Alopécie, croûtes sur le cuir chevelu. Ganglions spécifiquement indurés, d'un volume énorme derrière le cou et aux deux angles de la mâchoire inférieure. Roséole papuleuse discrète en voie de guérison sur le tronc. Sur la moitié inférieure de chaque jambe existaient quelques croûtes de rupia larges au plus comme une pièce de 50 centimes. Rien du côté des muqueuses.

Au niveau du pli du coude, du côté droit, il y avait une douleur très-vive, sans aucune altération de l'articulation et des parties périphériques.

La tuméfaction qui s'était développée sur la face antéro-interne du tibia droit présentait une longueur de 6 centimètres et dépassait de 2 centimètres le bord interne et postérieur de l'os; elle était élevée d'un 1/2 centimètre environ au-dessus de la surface osseuse sur laquelle ses bords se perdaient insensiblement. La peau qui la recouvrait ne présentait aucun changement de couleur; mais le tissu cellulaire sous-cutané était un peu œdématié. Elle était dure au toucher, très-sensible à la pression, et parcourue par des douleurs assez vives pour empêcher quelquefois la station debout prolongée. Des douleurs ostéocopes existaient aussi dans la jambe du côté opposé, quoiqu'il n'y eût aucune tuméfaction périostique.

La tumeur testiculaire était constituée par l'épididyme et le testicule, unis si intimement qu'il était impossible de les distinguer l'un de l'autre. Sa surface était lisse. Elle avait la forme d'une poire et le volume d'un œuf de dinde. Elle se terminait à sa pointe par le cordon, qui était un peu plus gros qu'à l'état normal. La vaginale et les autres enveloppes de l'organe étaient intactes. Quand on pressait cette tumeur, qui était lourde et très-consistante, on ne provoquait que peu de douleur. Pas de douleurs spontanées ni irradiantes.

L'induration chancreuse située dans la moitié gauche du sillon balano-préputial était encore très-volumineuse.

Le malade prenait *dix* centigrammes de protoiodure depuis un mois; je fis ajouter à ce traitement *deux* grammes d'iodure de potassium.

Le 1er juillet, la tumeur du testicule avait un peu diminué. La péri-exostose du tibia paraissait aussi en voie de décroissance. Diminution notable des douleurs ostéocopes.

Le 6 juillet, la tumeur du testicule au lieu d'être piriforme était ovoïde comme l'organe à l'état normal; elle avait diminué d'un demi-centimètre. Derrière elle, commençait à se détacher l'épididyme. Indolence complète. Diminution également très-notable de la tumeur tibiale. Les ulcérations des jambes se cicatrisaient rapidement. Plus de douleur, même au niveau de la tumeur. Amélioration très-considérable. (*Deux* grammes d'iodure de potassium.)

Le 29 juillet, le testicule et l'épididyme étaient revenus complétement à leur état normal, et la tumeur du tibia avait disparu; il ne restait qu'un petit renflement, à ce niveau, au bord interne de cet os. Cicatrisation des ulcérations cutanées. Plus de douleurs. Gonflement toujours très-considérable des ganglions maxillaires. Rien du côté des muqueuses.

Le malade sortit de l'hôpital guéri de tous ses accidents secondaires et tertiaires.

Dans le cas précédent, l'incubation des accidents primitifs a été de dix jours, celle des manifestations cutanées de trente jours, et celle de la péri-exostose tibiale de quatre-vingt-quinze jours (1). L'apparition de ce dernier accident, quoique très-prématurée, n'a donc pas été exceptionnellement précoce; elle a eu lieu cependant à une époque où il n'est pas commun de l'observer.

La durée de la tumeur tibiale a été de quarante jours environ; son processus était indolent plutôt qu'actif. La résolution a été facile, et il n'est resté qu'une légère tuméfaction du bord interne du tibia, attestant que l'os lui-même avait été un peu intéressé.

Quant à la syphilis de cet individu, envisagée dans l'ensemble de ses manifestations, elle était évidemment sérieuse, puisque dès le début des accidents consécutifs, il y a eu une éruption de rupia sur les jambes, et que, quelques jours après l'apparition de la péri-exostose tibiale, le testicule gauche est devenu le siége d'un sarcocèle syphilitique. Il est vrai de dire que toutes ces manifestations, accumulées dans un espace de temps peu considérable, ont guéri très-facilement.

Ce malade était traité depuis un mois par le protoiodure, quand il a été atteint de la péri-exostose tibiale; un anti-mercurialiste ne manquerait pas de dire : « Voilà les effets du mercure! Une pareille affection ne serait jamais survenue au quatre-vingt-quinzième jour d'un chancre infectant, si vous n'aviez pas administré l'hydrargyre! » Et c'est avec des raisonnements de cette force que toute une école a rendu le traitement mercurial responsable des accidents tertiaires, et particulièrement de ceux qui siégent sur le périoste et sur les os!

(*A suivre.*)

(1) Les exemples de cette précocité sexuelle ne sont pas rares à Paris. J'ai soigné, à ma consultation de l'hôpital du Midi, un enfant de 10 ou 12 ans qui avait contracté des chancres infectants avec une marchande de mouron, dans la campagne de Bicêtre. Je donne des soins en ce moment à un gamin de 10 ans qui a contracté, je ne sais comment, un chancre syphilitique sur la cuisse gauche, et qui a eu des plaques muqueuses sur le prépuce, à l'anus et sur les lèvres. Cet enfant a communiqué la syphilis à sa sœur, âgée de 9 ans.

(1) Par incubation des accidents consécutifs de la syphilis, je désigne le temps qui s'écoule entre le début du chancre et l'apparition de chaque catégorie de manifestations.

ÉTUDE SUR LE CANCER PRIMITIF DES VOIES BILIAIRES (1).

Par M. F. VILLARD, interne des hôpitaux.

Conclusions. — I. Le cancer primitif des voies biliaires, altération relativement rare, peut affecter quatre formes différentes : encéphaloïde, squirrheuse, colloïde, villeuse. Quelle que soit la forme sous laquelle se présente la dégénérescence, l'altération débute toujours par le tissu cellulaire sous-muqueux, et ce n'est que plus tard qu'elle envahit les tuniques muqueuse et musculaire.

Parmi les particularités anatomo-pathologiques intéressantes qui peuvent dépendre de la dégénérescence cancéreuse, il faut noter la formation des calculs et la dilatation des voies biliaires : consécutivement à cette dilatation, il survient souvent une inflammation et une suppuration des conduits hépatiques, qui peuvent se rompre et donner lieu à une hépatite interstitielle.

II. Le cancer des voies biliaires s'observe ordinairement chez des vieillards, et plus souvent chez des femmes que chez des hommes. L'hérédité ne paraît pas jouer un rôle étiologique considérable.

III. Une douleur au niveau de l'hypochondre droit, revêtant parfois les caractères d'une colique hépatique, une tumeur ovoïde, globuleuse, parfois bosselée, située au niveau de la place qu'occupe normalement la vésicule, l'ictère avec toutes ses conséquences, quelquefois des accès de fièvre intermittente, des signes de cachexie cancéreuse, tels sont les caractères principaux du cancer des voies biliaires, affection dont le diagnostic est toujours difficile et la terminaison constamment fatale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1872 (2). — Présidence de M. FORGET.

RAPPORT

Sur la candidature de M. le docteur Gustave Hameau au titre de membre correspondant.

Messieurs, un des plus honorables praticiens de province, qui s'est fait justement apprécier pour ses travaux, et estimé de tous ceux qui le connaissent, M. le docteur Gustave Hameau, médecin inspecteur des bains de mer d'Arcachon, vient solliciter vos suffrages pour obtenir le titre de membre correspondant de notre Société.

A l'appui de sa candidature, notre confrère a envoyé :

1° Sa thèse inaugurale, intitulée : *De la Pellagre*, qu'il soutint à la Faculté de médecine de Paris le 15 juin 1853 de la manière la plus remarquable ;

2° *Notes de climatologie médicale sur les stations du midi de la France, et en particulier sur la saison d'hiver à Arcachon.*

Ce mémoire fut présenté et lu à la Société scientifique d'Arcachon en 1864.

3° *De l'influence du climat d'Arcachon dans quelques maladies de poitrine.*

Cet ouvrage fut couronné par la Société de médecine de Bordeaux en 1866.

4° Enfin l'*Éloge historique du docteur Jean Hameau*, son père, par M. de Biermont.

Cet éloge fut publié dans l'*Union médicale de la Gironde*, après avoir été prononcé, en 1867, dans la séance annuelle de la Société de médecine de Bordeaux. Cet opuscule nous montre ce que peut une volonté ferme quand elle a à lutter contre l'indifférence et la routine. C'est l'histoire de l'étude de la pellagre en France, et, qu'on me passe cette expression, ce sont les titres de noblesse scientifique de la famille Hameau.

J'aurai donc, messieurs, au nom de la commission composée de MM. Molet, Duroziez et Charrier, rapporteur, à vous rendre compte de ces quatre publications.

1° *Thèse inaugurale.* Dès 1818, le père de notre confrère avait vu une maladie nouvelle dans les Landes, mais ce n'est qu'en 1829, qu'effrayé des ravages que faisait ce mal inconnu, il envoyait à la Société de médecine de Bordeaux une note *sur la Pellagre*; c'était le fruit de dix années de travail incessant, de judicieuse observation. Il avait, avec un rare talent d'intuition, donné un corps à une maladie inconnue jusqu'à ce jour en France, il en avait formé un tout, coordonné ses symptômes, et assigné une place dans le cadre nosologique à cette entité morbide qui faisait déjà à cette époque, dans le bassin d'Arcachon et dans les Landes, de nombreuses victimes. Mais le silence se fit autour de cette découverte, et ce ne fut que beaucoup plus tard que la voix du pauvre praticien landais fut écoutée ; elle était restée sans écho jusqu'en 1837.

Dix-neuf ans s'étaient donc écoulés depuis la description de cette maladie par Jean Hameau, et rien n'avait été fait par l'administration pour remédier au fléau. Ce mal terrible était connu du peuple de ces contrées depuis de longues années, sous le nom de *gale de Saint-Aignan*, et malgré les efforts de Jean Hameau, malgré ses insistances répétées auprès de l'autorité, ce ne fut qu'en 1843 que l'on envoya une instruction à tous les médecins des départements du sud-ouest pour l'étude de la pellagre. Cette instruction n'était que la reproduction presque textuelle du mémoire de Jean Hameau, et l'étude de la pellagre resta limitée à ces départements.

Notre confrère le docteur Gustave Hameau, avait été témoin des travaux de son père, aussi crut-il de son devoir de prendre pour sujet de sa thèse inaugurale ce même sujet : *la pellagre*; il mit un soin tout particulier dans l'étude de cette question si intéressante de pathologie générale et de médecine mentale; il a traité cette question avec amour, avec amour filial. C'était pour lui une dette de reconnaissance qu'il payait à la mémoire de son père bien-aimé.

Dans un historique fort bien fait, M. Hameau déroule sous nos yeux l'histoire de cette maladie singulière qui, dès 1730, avait été désignée sous le nom de *mal de la Rosa*, par don Gaspar Cazal d'Oviedo, dans les Asturies, et qu'il décrivit en 1762.

Thiery, en France, fit connaître les travaux de Cazal dans le Journal de Vandermonde, mais personne n'y fit attention, et ce ne fut qu'à l'étranger que l'on s'occupa de cette maladie, et surtout en Italie; Pujati la nomma *scorbut alpin*, et Frapoli, en 1771, la désigna sous le nom de *pellagre*, que lui donnaient les paysans lombards.

Ce nom a prévalu. Zanetti le conserva, et, plus tard, Strambio étudia cette maladie dans tout le royaume Lombardo-Vénitien, de 1786 à 1794.

Mais en France, personne ne l'avait décrite; Hameau père fut le premier, puis Calès, Roussilhe, Courty, Cazalas, Brugière de Lamothe, Baillarger, Brierre de Boismont, Landouzy. Ces derniers s'occupèrent surtout des accidents cérébraux qui accompagnent et compliquent *la pellagre, un délire* d'une forme toute particulière.

M. Hameau traite avec soin toute la symptomatologie, les troubles des voies digestives, de la motilité, de la sensibilité, des organes des sens, et il s'étend longuement sur la forme du délire. Les pellagreux qui ont cette forme encéphalique ont une grande tendance au suicide, et au suicide par submersion.

Mais le chapitre le plus intéressant de la thèse, c'est celui qui est intitulé : *De la nature et des causes de la pellagre.*

Vous savez, messieurs, que deux opinions sont en présence :

La pellagre est causée par un empoisonnement par le maïs altéré, le verdet ou zéisme.

Cette opinion a été soutenue par Balandini, Roussel, Costallat.

L'autre est que la pellagre est causée par une cachexie qui est la suite d'une alimentation insuffisante. Elle a pour défenseurs : Billod, Demaria, Gintrac, Landouzy, Tardieu, etc. Cette dernière opinion est la plus généralement admise de nos jours. Ce qui lui

(1) Un vol. in-12. — Prix : 1 fr. 50.

(2) Voir les numéros des 14, 17 et 19 septembre 1872.

donne une apparence de raison, c'est que la pellagre s'observe avec tous ses caractères chez des aliénés chroniques, se nourrissant mal, refusant la nourriture, quoique n'ayant fait jamais usage de maïs et ne se trouvant pas, au moment où ils sont atteints de pellagre, dans des pays où elle est épidémique. Ces aliénés sont toujours cachectiques, et les caractères de leur pellagre sont identiques à ceux de la pellagre landaise : état bronzé de la peau des parties exposées à l'action solaire, diarrhée séreuse et symptômes nerveux du côté de l'encéphale.

Depuis la thèse inaugurale de M. Gustave Hameau, d'autres travaux ont été faits. Les plus récents sont les suivants :

Michelacci (*Histoire et symptômes de la pellagre, Archiv. für dermatol. und syphilis*, tome, I, p. 275, 1871) ;

Zombroso (*Studii clinici et esperimentali sulla natura, causa e terapia della pellagra. Milano*, 1869). Cet ouvrage est presque la reproduction de celui de Roussel, 1866. L'idée du parasite du maïs altéré y domine, et Barladini l'a décrit sous le nom de *sporisorium maïdis*. Lombroso l'a expérimenté sur l'homme et les animaux. *La rouille du maïs* (*ustilago* ou *coroma maïdis*) a produit des effets toxiques sur les organes digestifs, mais n'a pas donné lieu aux symptômes propres de la pellagre.

Le champignon connu sous le nom de *scleroticum maïdis* ne peut être invoqué comme cause de la pellagre, au moins en Italie, car il ne se trouve que dans l'hémisphère ouest (Bolivie, Colombie). Le *sporisorium maïdis* ne peut être considéré comme cause de la pellagre, ainsi que le veut Balardini, car il est tellement rare que l'auteur n'a pu s'en procurer assez pour expérimenter sur l'homme. Il en est de même du *penicillium glaucum*, qui ne donne que des résultats négatifs.

Les expériences de Lombrose sont nombreuses, et elles tendent à prouver que l'action du maïs fermenté, mouillé et moisi, administré à des hommes et à des animaux, a donné lieu à des accidents toxiques.

Billod, *Traité de la pellagre*, 1870-Paris, qui fait une diathèse pellagriforme de la pellagre, et qui, depuis son ouvrage, dans des publications nouvelles n'admet plus la pellagre que comme symptôme et non comme entité morbide.

Mais est-ce bien là la vérité, et toute la vérité? Pour quelques auteurs, la misère seule? pour d'autres, l'empoisonnement par le maïs; depuis M. Hameau, la question n'a pas avancé. Pour lui, il y a autre chose, et il n'admet les deux causes précitées, empoisonnement par le maïs altéré, alimentation insuffisante, que comme causes adjuvantes, occasionnelles; et il appuie sa manière de voir de raisonnements très judicieux.

En effet, quand on réfléchit sans parti pris, sans opinion préconçue, on ne peut guère, ce nous semble, admettre cette genèse qui n'explique rien.

Tant d'autres maux sont enfantés par la misère, par l'alimentation insuffisante! D'ailleurs, partout où règne la misère, on ne trouve pas la pellagre : dans le Morvan, où l'alimentation est insuffisante, surtout parmi les charbonniers qui habitent les bois neuf mois de l'année, et ne vivent que de châtaignes et de pommes de terre, il n'y a pas la moindre trace de pellagre, et cependant que d'individus étiolés, cachectiques! Ailleurs, des mineurs, ou même des populations nomades ou agricoles, dont l'existence est des plus précaires, tous pauvres, misérables, sujets à des maladies communes, ne sont pas atteints par la pellagre. Chacun de nous pourrait en citer des exemples : la Sologne, les vallées crétineuses, la Corse. Que la misère joue un rôle important, que ce soit une cause prédisposante, soit, M. Hameau l'admet ; mais il y a autre chose, et il faut avouer que ces explications, pouvant s'appliquer à la genèse d'une foule de maladies, finissent par être banales, et qu'il y a un *desideratum* que la science doit s'efforcer de combler.

Telle est l'opinion de notre confrère, et il cite des observations d'auteurs dignes de foi, et des observations qui lui sont propres, de pellagreux qui, au moment de l'invasion du mal, jouissaient d'une certaine aisance et n'étaient pas cachectiques.

Notre maître, M. Baillarger, partage cette manière de voir, et il ajoute : « que l'hérédité est la cause principale de la pellagre... Ce fait seul eût suffi pour ruiner la théorie qui veut que cette maladie soit enfantée par le maïs altéré. Comment comprendre qu'il n'y ait qu'un seul agent toxique qui puisse développer le germe héréditaire? Comment admettre surtout que, par une exception singulière, les symptômes de l'empoisonnement par le maïs altéré se transmettent par l'hérédité. »

Cette objection est capitale, quand il s'agit d'empoisonnement, mais elle tombe devant l'infection virulente. Et si l'on ne connaît pas d'exemples d'intoxication héréditaire, ils ne seraient que trop fréquents dans les maladies à virus, la syphilis, pour n'en citer qu'une.

Dans une note lue en 1839 à la Société de médecine de Bordeaux, Hameau père laisse entrevoir son opinion, à savoir : que la pellagre est une *maladie virulente*.

M. Gustave Hameau partage cette manière de voir. Examinons les preuves de cette assertion.

La question en vaut la peine, messieurs, et si quelque chose doit étonner, c'est que, de nos jours, cette théorie n'ait pas été reprise à nouveau et soumise à une discussion approfondie.

Comment! nous vivons à une époque où les maladies parasitaires végétales ou animales sont bien mieux connues, à une époque où les admirables travaux de M. Pasteur jettent un jour inattendu sur la question des ferments, et nous nous contenterions de causes banales! non, nous ne le devons pas.

Hameau père signale le fait suivant : Dans les Landes, les moutons sont sujets à une affection que les paysans nomment *pelle* et qui a tous les caractères de la pellagre. Pourquoi cette maladie ne serait-elle pas inoculable à l'homme et transmissible par hérédité? La morve est bien transmissible à l'espèce humaine. Elle est inoculable, pourquoi la pellagre ne le serait-elle pas? Certainement la question est loin d'être jugée. La pelle est-elle inoculable à d'autres brebis? C'est encore là une question à étudier. Mais enfin cette opinion est tout au moins rationnelle, et vaut mieux, ce me semble, que la théorie de l'alimentation insuffisante et celle de l'empoisonnement par le maïs altéré.

A cette visée de l'esprit, on peut objecter, dit M. Bonnet, que la pellagre ne règne que dans les Landes et qu'il y a une foule d'autres pays où il y a beaucoup de brebis et où il n'y a pas de pellagre. Mais ceci n'est pas suffisant. Il serait tout aussi vrai de dire que le cowpox ne provient pas de la vache, parce qu'il est rare, et que dans une foule de contrées où paissent des troupeaux de vaches, on ne rencontre pas de cowpox.

Il ne s'agit pas de savoir si la pellagre existe partout où vivent des brebis, mais :

1° Si partout où elle existe il y a des brebis ;

2° Si ces brebis sont atteintes de la pelle.

3° S'il est des cas bien authentiques de pellagre chez des individus qui n'ont eu aucune relation médiate ou immédiate avec ces animaux.

Partout où M. Gustave Hameau a trouvé la pellagre, il y a des troupeaux de brebis, et parmi ces brebis il en est qui ont la pelle. Il faudrait aussi savoir si les individus qui ont la pellagre n'ont pas des rapports médiats avec des brebis malades, s'ils n'ont pas touché à leurs peaux, même après la mort. Puis vient encore se poser cette question qui n'est pas résolue. Qu'est-ce que la pelle? Est-ce une maladie parasitaire? L'avenir le dira peut-être, et quand la thèse de notre confrère n'aurait pas eu d'autres résultats que de soulever une question nouvelle, ou plutôt de la ressusciter et de la faire sortir de l'oubli, ce serait déjà une chose des plus utiles et que les médecins des départements où sévit la pellagre devraient étudier à nouveau.

Mais là ne se borne pas l'intérêt de cette thèse remarquable, il y a aussi la question du traitement qui consisterait dans l'administration des eaux sulfureuses de Labassère. Dès 1817, le docteur Verdoux, dans une note adressée au docteur Casalas, dit qu'il s'est admirablement trouvé de l'usage de l'eau de Labassère dans une

maladie qui a nom *pellagre*, et plus tard, dans une deuxième note, il dit qu'il n'a eu que des succès dans le traitement de cette maladie par les mêmes eaux sulfurées sodiques.

Comment expliquer que cette opinion sur la nature intime de la pellagre et sur son traitement n'ait pas eu plus de retentissement dans la science et que des travaux n'aient pas été faits pour confirmer ou infirmer ces manières de voir. Il faut s'en prendre à l'esprit de routine, à l'habitude que l'on a d'accepter les travaux qui ont été faits antérieurement, sans se donner la peine de les contrôler. En veut-on un exemple plus frappant encore? Levret, le célèbre accoucheur, faisait un mémoire en 1750 sur la *nocuité* de la saignée pendant la grossesse, eh bien! messieurs, ce n'est qu'en 1850, cent ans plus tard, que l'on a commencé à reconnaître la justesse de ses observations, et à s'abstenir de saigner les femmes enceintes à quatre mois et à sept mois de grossesse. Ne nous étonnons donc plus de l'oubli dans lequel sont tombés les travaux de Jean Hameau et de Verdoux.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le docteur Horteloup, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, ancien membre du conseil de surveillance de l'Assistance publique, président de la Société centrale des médecins de France, ancien médecin du roi Louis-Philippe, officier de la Légion d'honneur, décédé à l'âge de soixante et onze ans.

Ses obsèques auront lieu demain samedi, 21 courant, à midi très-précis, en l'église de la Trinité. On se réunira à son domicile, rue de la Victoire, 76.

— A vendre bon marché une batterie Remak de 45 éléments, avec galvanomètre manipulateur.

S'adresser, 178, boulevard Haussmann.

— A céder de suite, dans la Sarthe, une situation médicale rapportant de 10 à 12,000 francs et susceptible d'augmentation.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 7 au 13 septembre 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	1	»	1	1
Rougeole	6	»	6	10
Scarlatine	»	»	»	3
Fièvre typhoïde	8	12	20	33
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	3	3	6	3
Bronchite aiguë	10	»	10	20
Pneumonie	18	11	29	33
Dysentérie	16	4	20	13
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	24	7	31 *	30
Choléra nostras	1	»	1	2
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	5	2	7	10
Croup	6	5	11	13
Affections puerpérales	4	2	6	11
Autres affections aiguës	189	56	245	234
Affections chroniques	251	86	337 **	343
Affections chirurgicales	28	31	59	64
Causes accidentelles	15	3	18	21
Totaux	585	222	**807**	844

LONDRES. — Population, 3,311,298 h. — Décès du 1er au 7 septembre 1872 ... 1,236

Variole, 6. — Rougeole, 17. — Fièvre scarlatine, 10. — Coqueluche, 32. — Fièvre typhoïde, 13. — Diarrhée, 134. Choléra nostras, 7. — Bronchite, 85. — Pneumonie, 53.

* Dont 21 enfants au-dessous de 6 mois, 5 de 6 mois à un an, 5 de 1 an à 2 ans.

** Sur ce chiffre de 337 décès, 151 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 111. — MARDI 24 SEPTEMBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 24 SEPTEMBRE 1872. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL CIVIL DE BREST. De l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection, par le procédé de M. le professeur Marcellin Duval. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Association française pour l'avancement des sciences. — Existence de l'iode dans les eaux de Vals (M. A. Chatin). — Nouvelles.

Paris, 23 septembre 1872.

Dans notre premier-Paris du 16 septembre nous signalions comme l'un des caractères scientifiques de notre époque la tendance à substituer partout où cela est possible la prophylaxie à la thérapeutique. Nous ne savions pas trouver si près de nous un témoignage et un appui d'une aussi grande valeur que ceux qui nous sont si opportunément tombés sous les yeux en parcourant l'un des derniers numéros de la *Revue des cours scientifiques*. Nous voulons parler d'un discours prononcé par sir W. Stokes (de Dublin), et traduit par M. le docteur Lorain, intitulé : *La médecine publique en Angleterre.* L'objet principal de ce discours est d'appeler l'attention sur cette partie des sciences sanitaires que l'on peut appeler la médecine préventive, et qui embrasse tout ce qui a rapport au bien-être physique et moral des populations. Nous y trouvons, à la suite de considérations très-intéressantes sur l'objet et sur les principes de la science sanitaire et sur l'utilité qu'il y aurait à répandre ces principes dans les universités et dans les écoles élémentaires, quelques renseignements très-importants sur le projet de loi proposé pendant la session de 1871 aux chambres anglaises, pour l'hygiène publique.

Depuis quelques années, la question de la santé publique avait pris peu à peu possession de l'attention en Angleterre ; elle paraît l'avoir définitivement conquise, grâce, en grande partie, aux efforts individuels, aux travaux persévérants du docteur Rumsey, qui a exploré tous les points de cet important sujet, et au concours collectif de quelques représentants de l'Association médicale britannique et du congrès des sciences sociales, dont les démarches pressantes auprès du gouvernement ont abouti à la préparation d'un projet de loi, rédigé conformément aux recommandations d'une Commission dite commission royale de santé, nommée par le conseil général de médecine.

Voici quelques-unes des principales recommandations que la commission soumettait aux pouvoirs publics d'Angleterre :

On demande que ce pays soit divisé en circonscriptions ou districts ayant chacun leur autorité locale chargée de veiller sur la santé publique ; qu'il n'y ait point de circonscription qui n'ait une autorité de cette espèce et même plusieurs ; que, au lieu du système facultatif actuel qui permet dans une large mesure aux autorités locales d'adopter ou de négliger les prescriptions de la loi, celles des nouveaux statuts soient, sauf de rares exceptions, obligatoires ; que dans chaque district l'administration locale de la santé publique et celle de l'assistance des pauvres soient placées dans les mains de la même autorité ; que l'autorité centrale pour l'administration des lois concernant la santé publique et l'assistance des pauvres, soit dévolue à l'un des ministres de la couronne qui ajouterait ce double titre à celui des attributions de son ministère. Ce ministre aurait pleins pouvoirs pour la surveillance et l'inspection, le contrôle et la direction, sur toutes les autorités locales. Les deux départements seraient corrélatifs quoique distincts. Toute autorité locale sanitaire disposerait d'au moins un officier sanitaire, et dans les districts ruraux les officiers médicaux de l'assistance feraient en même temps office d'officiers sanitaires. L'élection de ces officiers sanitaires serait soumise au *veto* du ministre, et ils ne pourraient être destitués sans sa permission. L'autorité centrale devrait requérir le concours d'inspecteurs spéciaux pris parmi les ingénieurs, les médecins, les chimistes et les légistes. Enfin on devrait encourager l'étude de la médecine publique.

Les vœux de la commission royale de santé sont contenus dans la loi présentée au Parlement dans la session de 1871, sous le titre : « Loi concernant la santé publique et l'administration locale. » Les dispositions de ce projet qui recommandaient la fusion du conseil de l'assistance et du département de la médecine dans le conseil privé, ont passé à l'état de loi à la fin de cette session. Subséquemment les conseils du département de l'assistance publique et de celui du service sanitaire ont été réorganisés et réunis sous une direction unique centrale. Ce nouveau conseil est composé aujourd'hui d'un officier médical en chef, un assistant légiste, un inspecteur médical surintendant, neuf inspecteurs médicaux et un inspecteur-adjoint non médical.

Des articles additionnels sont proposés par la direction de la commission royale sanitaire, d'après lesquels l'Angleterre serait divisée prochainement en districts sanitaires urbains, ruraux, maritimes, etc. Les médecins sanitaires dépendraient à la fois du conseil de chaque district et de la direction centrale. Les attributions de ces officiers sanitaires comprendraient les objets suivants :

1° Ils auraient à signaler les causes locales préjudiciant à la santé publique dans leur district ; en informer les autorités et suggérer les moyens d'y remédier ;

2° Dénoncer les cas de maladies épidémiques, endémiques ou contagieuses, et les causes locales propres à les propager, et adresser sur tous ces points des rapports au conseil ;

3° Dire quelle est la qualité des eaux potables et en signaler les impuretés ;

4° Inspecter les denrées alimentaires mises en vente et en donner leur avis ;

5° Signaler les sources d'émanations nuisibles, industrielles ou autres, et l'infection de l'air par les égouts, réservoirs ou autres causes ;

6° Recueillir et rapporter chaque semaine les cas de maladie, en indiquer la nature et les suites ;

7° Présenter tous les trois mois ou annuellement un rapport et un tableau relativement aux maladies et à la mortalité du district, et fournir au conseil du gouvernement local toutes indications et tous renseignements qu'il demanderait.

8° Accomplir tous les devoirs imposés par l'acte du Parlement aux officier et aux inspecteurs sanitaires.

Nous pensons qu'au moment où un projet d'organisation de l'assistance dans les campagnes est à l'étude dans les bureaux de l'Assemblée nationale, il n'est pas sans utilité de signaler à l'attention des hommes compétents sur ce qui se fait en cette matière chez nos voisins les Anglais, dont le grand sens pratique nous a plus d'une fois précédés dans la voie des bonnes réformes.

Dr B...

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. Th. Caradec.

De l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection, par le procédé de M. le professeur Marcellin Duval (1).

4e temps. — *Petit lambeau musculo-vasculaire postérieur.*

On le circonscrit à l'aide de trois incisions, ou pour mieux dire de trois coups de scalpel, comme on l'a fait en taillant le lambeau musculo-vasculaire antérieur qui est relevé et maintenu par un aide.

1° On divise la partie externe du jambier postérieur de haut en bas et d'arrière en avant, en rasant la face interne du péroné.

2° On suit la face postérieure du tibia pour détacher, parallèlement à cette face, les adhérences du long fléchisseur commun des orteils.

3° Incision transversale à 4 centimètres environ au-dessous du lieu où l'on sciera les os. Elle comprend les deux muscles qu'on vient de nommer (le jambier postérieur, le long fléchisseur commun des orteils), les vaisseaux péroniers et tibiaux postérieurs, et le nerf tibial postérieur ; si l'on veut, on lie de suite la tibiale postérieure et la péronière.

On pourrait même avant de les couper, quand on a acquis un peu l'habitude de l'opération, lier ces artères ainsi que l'artère tibiale antérieure, de sorte que non-seulement l'opéré perdrait peu ou pas de sang artériel, mais qu'encore on pratiquerait l'amputation entière avec deux aides complétement dépourvus de connaissances chirurgicales.

5e temps : Les lambeaux sont relevés et maintenus, on passe le rétracteur et on scie les os.

Des bandelettes de diachylon m'ont suffi pour affronter les lambeaux.

Remarques. — Voici maintenant la plupart des avantages de ce mode opératoire, qu'on peut exécuter, je le répète, avec les premiers aides venus, et au nombre de deux seulement, si les circonstances l'exigent, avantages que nous retrouvons dans les antres procédés de M. le professeur Marcellin Duval.

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 septembre 1872.

A. Sécurité à l'endroit des hémorrhagies primitives et consécutives, car on arrive facilement à lier les principales artères, pendant ou après l'opération ; et l'on est certain de les trouver, quelle que soit leur rétraction, puisqu'elles sont contenues dans les deux petits lambeaux dont la longueur est de 4 centimètres environ. Or, on sait que les auteurs classiques ont signalé les difficultés inhérentes à la ligature des artères de la jambe, de la tibiale antérieure surtout, difficultés dont j'ai été témoin maintes fois et que j'ai rencontrées moi-même. On connaît les explications qu'ont données de ce fait Ribes, Gensoul, Sédillot, Richet, etc. Sédillot n'hésite pas à faire peser la responsabilité sur la manœuvre souvent employée pour la section des chairs interosseuses. Ce passage est trop important pour ne pas en citer au moins une partie.

« Un inconvénient plus grave s'observe encore : l'artère tibiale antérieure paraît introuvable, et j'ai vu souvent des chirurgiens être obligés de recourir à la ligature médiate pour atteindre ce vaisseau... La difficulté principale à mes yeux est que l'artère est mâchée par le couteau en même temps que les chairs, et que, ne distinguant plus d'intervalles musculaires apparents au milieu de ce gâchis, le chirurgien s'égare dans de vaines recherches ; quelquefois même le vaisseau a été ouvert latéralement à plusieurs points de sa hauteur, ce qui explique le cas où il y a persistance de l'hémorrhagie, malgré l'application réitérée des ligatures sur l'ouverture béante de l'artère. »

M. Duval connaît deux faits, et moi un autre, qui viennent à l'appui de cette judicieuse remarque, et qui eurent une issue funeste, malgré la ligature de la fémorale.

« La tibiale postérieure elle-même est fort difficile à lier, lorsque l'amputation a été pratiquée pour des lésions chroniques ; on trouve la gaîne des vaisseaux épaissie, indurée, adhérente aux parties voisines ; l'artère se déchire sous la traction de la pince, et il faut recourir au ténaculum. » (Sédillot, *Traité de méd. op.)*

On nous a cité et nous avons observé des faits de ce genre, relatifs non-seulement à la tibiale postérieure, mais encore à la péronière, dans des cas de lésions chroniques et même de lésions traumatiques.

B. *Manuel opératoire.* — Il nous paraît facile, et il n'est pas nécessaire de posséder de profondes connaissances anatomiques pour se rappeler :

1° Que le petit lambeau antérieur comprend trois muscles juxtaposés : le tibial antérieur, l'extenseur commun des orteils, le long péronier latéral, qu'un interstice sépare des soléaires ; 2° qu'après avoir divisé le soléaire, le scalpel arrive entre son aponévrose antérieure et l'aponévrose de la couche musculaire profonde ; 3° que le petit lambeau postérieur comprend deux muscles juxtaposés : le jambier postérieur qui, là, est essentiellement interosseux, et le fléchisseur commun des orteils, situé derrière le tibia, et qui est véritablement, en cet endroit, le muscle tibial postérieur (1).

Quant à la situation anatomique de l'artère tibiale antérieure, de la tibiale postérieure et de la péronière, il nous semble superflu de la rappeler ici.

On pourrait objecter *à priori* que ce manuel opératoire est long, comme nous l'avons entendu dire. Cette objection est peu sérieuse, aujourd'hui surtout que l'anesthésie a supprimé la douleur et qu'on est en droit d'avancer plus que jamais : *Sat cito, si*

(1) *Traité de l'hémostasie et des ligatures d'artères*, par M. Marcellin Duval, page 208.

sat benè. Elle est en outre peu fondée, comme nous allons chercher à le prouver.

Et d'abord, ainsi que M. Duval le fait observer avec juste raison, peut-on considérer une amputation comme terminée après la section des parties molles et des os, alors qu'il manque le complément indispensable, la ligature des artères? Une opération est-elle finie lorsque le malade courrait les plus grands dangers si le chirurgien n'achevait pas son œuvre? Enfin, n'y a-t-il pas lieu, pour être équitable, quand on compare les divers procédés sous le rapport du temps qu'exige la section des parties molles et des os, de les comparer aussi sous le rapport du temps qu'exigent les ligatures?

Or, si on lie, à mesure qu'on les divise, les artères d'un certain calibre, suivant la pratique enseignée depuis plus de quinze ans par M. Marcellin Duval (1), et suivie dans bien des cas par lui et ses nombreux élèves, on trouve, on isole, on lie promptement les artères, comme on l'a déjà dit, et ordinairement les ligatures sont terminées avant le réveil de l'opéré. En est-il toujours ainsi lorsqu'elles sont faites après la section des os et à la suite des procédés habituellement en usage? Non sans doute. La recherche des vaisseaux est fréquemment laborieuse, et l'on est obligé d'exercer des tractions, non-seulement sur leur extrémité, mais sur les tissus voisins, les filets nerveux, etc. Il faut quelquefois même recourir à des incisions pour parvenir à les trouver et à les isoler plus ou moins complétement. Parfois le fil est placé trop près du lieu de la section de l'artère; enfin, ces ligatures terminales sont souvent douloureuses en raison du temps qu'il faut leur consacrer, car le sommeil anesthésique a cessé ou ne saurait être prolongé sans danger.

Prenons d'abord pour terme de comparaison, au point de vue du manuel opératoire, une méthode fort usitée, la méthode circulaire. Si l'on veut conserver à la peau qui doit recouvrir le moignon une longueur suffisante, c'est-à-dire le rayon de la circonférence mesurée à l'endroit de la section des os, plus l'étendue nécessaire pour la rétraction présumée, on s'aperçoit que la dissection n'est pas toujours très-prompte et que le retroussement successif de la manchette est quelquefois fort difficile, surtout si l'on a commencé la section à la naissance d'un mollet conique un peu volumineux; ou si la peau est épaisse, s'il y a des adhérences, de l'œdème, du gonflement, etc., ce retroussement peut même être impossible, comme le dit Lisfranc et comme cela m'est arrivé. On est alors forcé de faire aux téguments une incision longitudinale d'une certaine étendue. (*Précis de méd. op. de Lisfranc*, t. I, p. 832.)

Je ne puis avoir la pensée de reproduire, dans cet article, les nombreux procédés à lambeaux décrits dans les auteurs classiques, parce que ce serait dépasser les bornes que je me suis imposées. Disons quelques mots seulement des lambeaux taillés par transfixion. *A priori*, leur exécution semble rapide, mais il n'en est pas de même si l'on veut tenir compte du temps que demande la section ultérieure des chairs épargnées par le couteau, des chairs interosseuses surtout, sans parler de la section quelquefois peu régulière des autres parties molles. On sait que l'opéré court des dangers sous le rapport des hémorrhagies; on sait, en outre, que, malgré l'habileté de l'opérateur, les artères peuvent être coupées en biseau ou atteintes par la pointe de l'instrument, au-dessus de l'endroit où elles sont liées.

(1) Rappelons toutefois que M. Duval conseille de lier les vaisseaux avant de les couper; s'il s'agit d'une artère volumineuse, de la fémorale, de l'axillaire, par exemple, ou lorsque la perte d'une certaine quantité de sang serait préjudiciable à l'opéré, ou lorsqu'on manque d'aides instruits.

Je ne saurais mieux faire que de citer encore le professeur Sédillot, qui a eu le courage de déclarer hautement qu'il abandonnait son procédé à lambeau externe par transfixion: « L'amputation à lambeau externe nous donnait, sans doute, de belles guérisons, mais elle exposait à des hémorrhagies secondaires... Nous nous étions trouvé dans la nécessité de mettre la plaie à nu, de la tamponner et de recourir cinq ou six fois à la ligature de l'artère crurale. Quoique les malades eussent guéri, ces hémorrhagies fortuites et exceptionnelles peut-être nous avaient effrayé et ramené à notre procédé à lambeau antérieur...

« A partir de ce moment, nous n'avons plus eu d'hémorrhagies, et nous n'avons pas exécuté, depuis quelques années, d'autres modes d'amputations... » Sédillot a exprimé, il n'y a pas longtemps, la même opinion dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. (Numéro du 15 juin 1871.)

De telles paroles sont significatives, et n'ont pas besoin de commentaires.

C. Par suite de la conservation de la peau, d'une grande partie des muscles, de la plupart des vaisseaux artériels et des nerfs, on a bien des chances pour assurer au moignon une grande vitalité, et prévenir la gangrène.

D. *Cicatrisation.* — Elle est au moins aussi rapide qu'après les autres modes opératoires, puisque ma jeune amputée était guérie le vingt-deuxième jour.

Il est permis de douter que la guérison eût été obtenue plus promptement par un procédé différent.

La cicatrice est placée à la partie inférieure, et de telle sorte qu'elle ne peut subir aucune pression de haut en bas, ni d'avant en arrière. Le moignon, parfaitement matelassé, se prête à l'emploi des divers moyens prothétiques, à celui de la jambe Martin, par conséquent, si toutefois on n'a pas été forcé d'amputer très-haut. Je viens d'appliquer à Marie M... cet appareil, qui a coûté 45 francs; déjà elle marche avec beaucoup d'aisance et de facilité.

(*A suivre.*)

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par CHARLES MAURIAC, médecin de l'Hôpital du Midi.

IV

Les affections précoces du système osseux ne sont pas toujours fugaces; elles résistent quelquefois au traitement et ne sont jamais complétement guéries. D'autres fois elles récidivent avec une facilité désespérante. Le cas suivant en est un exemple.

OBS. IX. — *Au deuxième mois du chancre, avant l'apparition des accidents secondaires, début d'une affection osseuse de l'extrémité supérieure du cubitus. — Traitement très-régulier; cependant, au bout de trois ans, exostose de l'extrémité interne de la clavicule gauche et d'une des côtes droites. — Pas de guérison complète. — Alternatives de mieux et de plus mal.*

M. G..., âgé de 40 ans, grand, vigoureux, bien constitué, d'une bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu aucune maladie, contracta en 1867, vers le mois de mars, une blennorrhagie accompagnée,

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 27, 29 août 3, 12, 19 et 21 septembre 1872.

vers la troisième ou la quatrième semaine, de chancres balano-préputiaux.

Deux mois après l'apparition des chancres, douleur très-vive, sans tuméfaction et sans modification de la peau, un peu au-dessous de l'olécrâne du côté droit. Cette douleur était extrêmement vive et exaspérée par la pression, plus forte la nuit que le jour, avec des irradiations névralgiformes dans tout l'avant-bras et un affaiblissement notable des forces musculaires. Cet accident, tout local, puisqu'il n'existait pas de douleurs dans d'autres points du système osseux, était survenu sans cause extérieure et antérieurement aux manifestations secondaires. Peu à peu, la lésion périosto-osseuse, imperceptible au début, s'est accusée par une tuméfaction considérable de toute l'extrémité supérieure du cubitus; au bout de dix mois, elle avait atteint tout son développement.

Le malade eut ensuite des maux de gorge, des plaques muqueuses buccales et balano-préputiales, mais peu ou pas d'affection cutanée.

Au bout de trois ans, douleur et tuméfaction de l'extrémité interne de la clavicule gauche. Plus tard, périostose sur l'une des côtes droites, qui n'a duré que deux mois.

Pas de phénomènes nerveux graves. Rien du côté des organes splanchniques.

Depuis le début de la syphilis, le malade a suivi un traitement régulier et ne l'a jamais interrompu : il a pris plus de 500 pilules de proto-iodure ; plus de 1 kilo, dit-il, d'iodure de potassium, qui a toujours été très-efficace pour arrêter les douleurs, mais n'a pas empêché les récidives.

Aussi, malgré tous ces soins, le 27 mars 1872 (5e année de la syphilis), il existait une tuméfaction diffuse de toute l'extrémité supérieure du cubitus, à la base de l'olécrâne, avec sensibilité à la pression et douleurs spontanées disparaissant par l'usage de l'iodure de potassium et revenant quand on le cessait. Pas de rougeurs cutanées ni d'empâtement des tissus situés au niveau de l'exostose.

Extrémité claviculaire gauche doublée de volume et douloureuse à la pression, bien que là, comme dans l'exostose cubitale, le processus actif paraisse s'être arrêté.

Aucune autre lésion.

Les phénomènes sus-indiqués n'ont jamais disparu complétement; il s'est présenté plusieurs alternatives de mieux et de plus mal. La dose d'iodure donnée chaque jour n'a jamais dépassé, dit-il, 1 gramme par jour. Quand le malade se fit traiter par moi, j'en élevais rapidement la dose, et je lui en prescrivis sans inconvénient 6 ou 7 grammes par jour. Au bout de deux semaines, il existait une amélioration notable; les douleurs avaient disparu et les tumeurs cubitale et claviculaire diminué de volume.

J'ai perdu ce malade de vue.

On voit que la maladie périosto-osseuse a suivi dès le début une marche chronique. Elle a été lente à se développer et à disparaître dans l'olécrâne ; puis elle s'y est reproduite. Au bout de trois ans, l'extremité interne de la clavicule est devenue malade, ainsi qu'une des côtes. Enfin, à la cinquième année de la syphilis, les lésions osseuses persistaient encore, malgré qu'un traitement mixte fût suivi depuis longtemps avec persévérance.

Quoique l'iodure de potassium soit doué d'une vertu curative incontestable contre certaines manifestations de la syphilis, il faut reconnaître que, comme le mercure, il trouve des cas réfractaires. En outre, quelques cas qu'il m'a été permis d'observer m'ont mis en garde contre son efficacité préventive, que j'ai trouvée trop souvent en défaut. J'ai vu, en effet, se produire, pendant qu'on l'administrait, les lésions dont il avait pour but d'empêcher l'apparition.

V

Dans les deux observations suivantes, la lésion, que je considère comme tertiaire, ne paraissait pas occuper exclusivement le périoste de l'os sous-jacent, c'était une tumeur située sur la partie postéro-interne du tibia, entre l'os et les muscles de la région postérieure de la jambe, auxquels elle semblait adhérer.

Obs. X. — *Chancre infectant. — Au bout de quatre semaines, tumeur de nature syphilitique entre le tibia et les muscles postérieurs de la jambe droite. — Au bout de cinq semaines, apparition d'une roséole exanthématique, etc.— Guérison de la tumeur en six semaines.*

M. Ch.... (Jean), âgé de 28 ans, charcutier, entré le 29 janvier 1870 dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 8, n° 1, est grand, blond, fortement constitué, se porte habituellement bien et ne présente dans ses antécédents aucune trace de maladie générale ou locale, héréditaire ou acquise.

Première blennorrhagie en 1863 ; deuxième en 1867. Apparition d'un chancre infectant dans la semaine de Noël de l'année 1869.

Quatre semaines après, c'est-à-dire vers le milieu de janvier 1870, il lui survint une douleur vive et profonde dans la jambe droite, accompagnée de tuméfaction diffuse. Plus violente la nuit que le jour, cette douleur était irrégulièrement paroxystique, avec des irradiations dans tout le segment du membre inférieur ; elle gênait la marche et empêchait parfois le malade de travailler.

Dix jours environ après l'apparition de la douleur, éruption d'une roséole confluente mixte, composée de taches érythémateuses et de quelques papules plates.

Vers le 30 janvier, douleurs dans le coude droit, empêchant l'extension complète, et se propageant le long du bord externe du biceps.

État du malade le 3 février (6e semaine du chancre). — La santé générale a été atteinte : faiblesse, étourdissements, éblouissements, petite plaque indurée sur la face dorsale du prépuce, résultant de la cicatrisation du chancre ; adénopathie cervico-inguinale ; roséole érythémato-papuleuse.

Il existe vers le tiers supérieur du tibia droit, à 4 centimètres au-dessous de sa tubérosité et sur son bord interne, une tuméfaction circonscrite, douloureuse, indépendante de la peau qui glisse facilement au-dessus, et dont cependant le tissu cellulaire sous-cutané est œdématié. Cette tuméfaction s'enfonce dans la partie interne des muscles du mollet. La pression exercée sur ces masses musculaires est très-douloureuse. La marche est pénible. Pas de cause traumatique.

Extension incomplète de l'avant-bras droit sur le bras. Tension du tendon du biceps, qui paraît sain, ainsi que les autres muscles. (Traitement : *un* gramme d'iodure de potassium; pilules de proto-iodure.)

21 février. — Effacement presque complet de la tumeur jambière. Douleur à la pression dans les muscles du mollet. Persistance de la roséole.

1er mars. — Plus de douleur dans les muscles de la jambe. Encore un peu d'empâtement au niveau de la tumeur, sur le bord interne du tibia. Pâleur de l'éruption, etc.

Le malade sort le 4 mars, incomplétement guéri.

Il est probable que cette tumeur avait son point de départ dans le périoste et qu'elle avait gagné le tissu cellulaire adjacent qui sépare les différentes couches des muscles de la région postérieure de la jambe. Il est probable aussi qu'elle était constituée par une hyperplasie conjonctive, comme le sont du reste la plupart des lésions syphilitiques. Quoi qu'il en soit, elle s'est manifestée, ou du moins s'est annoncée par des symptômes non équivoques quatre semaines après l'accident primitif, et dix jours avant la roséole papuleuse. Elle a été un peu aiguë dans sa marche et dans ses symptômes dès le début ; puis elle est entrée franchement en voie de résolution, après un mois environ de durée. Quant à sa nature syphilitique, je ne pense pas qu'elle puisse faire l'objet du moindre doute. *(A suivre.)*

EXISTENCE DE L'IODE DANS LES EAUX DE VALS

Par A. Chatin

Membre de l'Académie de médecine.

La constatation de la présence et surtout de la proportion de l'iode dans les eaux de Vals n'a pas occupé le chimiste O. Henry, chef des travaux chimiques à l'Académie de médecine, à qui l'on doit une analyse des principales sources (Saint-Jean, Précieuse, Rigolette, Désirée, Madeleine, Dominique) de Vals. Or, la recherche de l'iode dans ces eaux semblait d'autant mieux indiquée que la présence de cet élément minéralisateur dans les eaux de Vichy, analogues sous beaucoup de rapports à celles de Vals, a été longtemps controversée.

On n'a peut-être pas oublié que M. de Sénarmont, rapporteur d'un travail étendu de son préparateur, M. Bouquet, sur les eaux du bassin de Vichy, travail auquel il fit décerner l'un des prix de la fondation Montyon, relatif à la médecine, en même temps que son insertion au *Recueil des savants étrangers,* alla jusqu'à louer, dans les termes suivants, M. Bouquet, pour n'avoir pas trouvé l'iode et la lithine. « Il (M. Bouquet) n'hésite pas à avouer son impuissance à découvrir l'iode, la lithine..., aveu méritoire dans sa sincérité, et presque courageux, aujourd'hui qu'on paraît se résigner difficilement à enregistrer un résultat négatif, et que l'aphorisme naguère fameux : *Tout est dans tout*, semble quelque peu le parti pris de certaines recherches chimiques (1). »

J'étais alors pleinement engagé dans cette longue série de recherches sur l'iode, qui me conduisirent à déceler ce corps, non-seulement dans l'air, les eaux, le sol et ses produits divers, mais jusque dans les pierres météoriques. Il ne me fut donc pas difficile de me reconnaître dans la phrase du savant rapporteur, qui croyait à l'infaillibilité du chef des travaux chimiques de l'École des mines. Mais ma confiance n'étant pas égale à la sienne, par la simple raison que des recherches encore inédites, mais depuis longtemps exécutées, m'avaient fait reconnaître dans l'eau de Vichy des quantités d'iode, minimes sans doute, mais certaines, j'écrivis au savant minéralogiste que je me mettais à sa disposition et à celle de l'auteur du mémoire, pour leur démontrer que de l'iode existait bien réellement dans l'eau de Vichy.

Rendez-vous ayant été pris, j'établis sans peine, devant M. de Sénarmont, ainsi qu'au sein d'une commission nommée à cet effet par la Société d'hydrologie, et dont faisait partie M. Lefort, déjà exercé à l'analyse des eaux, et M. Leconte, l'un des plus opposants, qu'il y a dans les eaux de Vichy une proportion d'iode à peu près égale à celle qu'on trouve dans les bonnes eaux potables, dans celles de la Seine en particulier.

Il arriva donc à M. de Sénarmont ce qui était arrivé à M. Pelouze quand, au début de mes recherches sur l'iode des plantes d'eau douce, il affirmait en pleine Académie que j'avais dû me tromper, par cette raison péremptoire que son habile élève, Alvaro Raynoso, avait inutilement recherché, dans son propre laboratoire et sous sa direction, l'iode dans les cendres du cresson; ce qui arriva plus tard à M. Balard, prenant sous son patronage les expériences de M. de Luca, expériences qui conduisaient à nier la présence de l'iode dans l'air, dont M. de Luca avait vainement lavé plusieurs mètres cubes dans plusieurs litres de l'eau distillée du Collége de France. Or, le plus curieux ici est qu'un seul litre de l'eau distillée du Collége de France renfermait, je le prouvai à M. de Luca devant MM. Berthelot et Balard, une quantité très-appréciable d'iode!

Mais je reviens aux eaux de Vals, ces heureuses rivales de Vichy, qui, elles aussi, n'auraient pas d'iode, suivant les analyses faites jusqu'à ce jour. Rien n'est plus certain cependant que la présence de l'iode dans ces eaux, où il est même en proportion sensiblement plus forte que dans les eaux du bassin de Vichy. Sans doute qu'à cet égard les différences de détail dans la composition de ces eaux, cependant congénères, tiennent à la nature, différente elle-même, au double point de vue géologique et minéralogique, des roches dont elles émergent.

(1) De Sénarmont, *Comptes-rendus de l'Académie des sciences,* année 1854, t. IX, p. 964.

Les sources du bassin de Vals, sur lesquelles ont porté mes recherches, sont les suivantes : Saint-Jean, Précieuse, Rigolette, Désirée, Madeleine et Dominique (1).

On peut constater l'existence de l'iode, dans les eaux alcalines (les eaux précitées, moins la Dominique), par le procédé suivant : évaporation à siccité de deux litres d'eau; traitement du résidu par l'alcool à 85 degrés centigrades; évaporation à siccité, calcination, reprise du nouveau et petit résidu par l'alcool à 90 degrés centigrades; évaporation à siccité, petit coup de feu. Il n'y a plus qu'à laisser refroidir, dissoudre dans un 1 décigramme d'eau le dépôt, cette fois presque nul, resté au fond de la capsule, diviser le soluté en deux ou trois parts, afin d'essayer séparément la réaction par l'amidon et l'acide azotique (2), par le chlorure de palladium.

Mais si l'on décèle ainsi la présence de l'iode, on n'a pas tout celui-ci, que retient imparfaitement, au moment de la calcination, la base sodique des eaux de Vals. Il est donc de toute nécessité, pour le dosage exact de l'iode de ces eaux, de le fixer par la potasse, dont on ajoute une certaine quantité aux eaux avant leur évaporation. La difficulté d'avoir de la potasse caustique privée complétement d'iode fait seule préférer à celle-ci l'emploi du carbonate de potasse. C'est un résultat de mes expériences qu'un assez grand excès de carbonate de potasse, absolument nécessaire pour fixer l'iode des eaux au moment de la calcination des résidus, surtout lorsque ces derniers renferment des quantités notables de matières organiques ou de sels calco-magnésiens, cas le plus commun, doit rester dans l'eau après la précipitation de ces sels.

L'une des minuties de pratique, dont l'oubli peut faire perdre tout l'iode des eaux et conduire par suite à des résultats négatifs erronés, est la suivante :

Quand on a lavé par l'alcool, qui doit toujours être employé à trois ou quatre reprises, les résidus secs, il est très-important d'ajouter à celui-ci, dans la capsule où doit se faire l'évaporation, une quantité suffisante d'eau (environ un volume égal à celui de l'alcool) pour ralentir celle-ci (qui devra toujours se faire à une basse température) et empêcher que, par *grimpement* le long des parois, elle se produise aux bords supérieurs de la capsule, et non au fond de celle-ci, où alors on chercherait inutilement l'iodure de potassium, sur lequel doivent porter les réactions ou s'opérer le dosage.

Il est, du reste, impossible, à moins qu'on n'opère sur de très-grandes masses d'eau, de doser l'iode ici autrement que par la comparaison des réactions avec celles fournies par des solutions titrées.

Les proportions d'iode qu'on arrive ainsi à admettre dans les sources bicarbonatées de Vals, sont les suivantes :

Source	Saint-Jean......	1/50 de milligramme.
—	Rigolette......	1/25 de milligramme.
—	Précieuse......	1/50 de milligramme fort.
—	Désirée........	1/50 de milligramme fort.
—	Madeleine......	1/30 de milligramme.

Je ferai remarquer que la source Rigolette, la plus riche en iode, est en même temps celle qui renferme le moins de sels calcomagnésiens; que Précieuse et Désirée sont à peine plus iodurées que Saint-Jean, bien que renfermant plus du double de sels alcalins; enfin, que la Madeleine est à la fois la plus riche en iode et en sels sodiques.

Quant à la Dominique, espèce à part, en raison de sa nature ferro-arsenicale, elle ne contient que des traces d'iode. Mais cet

(1) Le savant professeur de physique à la Faculté de médecine, M. Gavarret a décelé dans les mêmes sources, à l'aide du spectroscope, la *lithine.* que M. Frédéric Wurtz y trouvait, de son côté, par l'analyse chimique.

(2) Il ne faut jamais recourir à l'emploi du chlore pour déceler de minimes quantités d'iode, ce dernier donnant instantanément lieu à une formation de chlorure d'iode, composé qui ne produit pas de coloration avec l'amidon.

élément, dont la proportion dans l'eau est si faible qu'il est difficile de l'y doser, se concentre dans la boue ocracée qui se dépose non loin du griffon de la source, dans les réservoirs disposés pour la recueillir. J'ai, en effet, pu doser, dans 100 grammes de ce dépôt ferro-arsenical, 1 centigramme d'iode, soit 1/10000 du poids total.

Toutes ces proportions d'iode sont petites, et cependant on peut croire, en se reportant à l'action bien connue, dans les contrées à populations lymphatiques, de sources ne contenant pas une proportion d'iode plus forte, à leur action efficace.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE

Séance du 17 mai 1872. — Présidence de M. Forget (1).

2° Les deux travaux du docteur Hameau intitulés, l'un : *Notes de climatologie médicale sur les stations du midi de la France, et en particulier sur la saison d'hiver à Arcachon*; l'autre : *De l'influence du climat d'Arcachon dans quelques maladies de poitrine*, ont été faits dans le même but, celui de rectifier des erreurs très graves et très-préjudiciables aux malades que l'on envoie dans les stations méridionales, quand ils sont atteints de maladie de poitrine. La plupart du temps, on ne connaît pas, d'une manière approfondie, ces questions de climatologie médicale qui, si elles étaient étudiées, éviteraient bien souvent de donner des conseils qui ne produisent pas les résultats que nous en attendons.

M. Hameau a étudié toutes ces stations au point hygrométrique, thermométrique, anémologique, et il est arrivé, en 1866, au même point que notre collègue Gillebert d'Hercourt, en 1870, à savoir que le climat de Nice est très nuisible aux phthisiques, et qu'il en est de même de beaucoup de stations du Midi.

Vous vous rappelez, sans doute, messieurs, le remarquable travail que notre collègue nous a lu, *sur le climat des stations hivernales des Alpes maritimes*. M. Gillebert d'Hercourt est arrivé aux mêmes conclusions que M. Hameau, et son travail est le corollaire et la confirmation de celui du médecin d'Arcachon. Ces deux savants observateurs, après des années de recherches minutieuses, ayant été amenés aux mêmes opinions, se prêtent un appui considérable et prouvent la vérité de leurs assertions.

Dans son second mémoire : *de l'Influence du climat d'Arcachon dans quelques maladies de la poitrine*, M. Hameau fait une distinction extrêmement importante à connaître, et qui est du plus haut intérêt. Ce travail lui a coûté dix années d'observations ; il lui a paru utile de ne procéder qu'avec lenteur, ne voulant donner à l'appréciation de ses confrères que des faits colligés avec patience, comparés, examinés à loisir, pour les rapprocher ensuite les uns des autres, et en faire sortir des inductions légitimes.

L'analyse du climat est faite avec une exactitude qui décèle une observation de chaque jour ; chacune des conditions climatériques est rigoureusement étudiée, et l'état ozonométrique de la forêt atteint le sommet de l'échelle de Bérigny pendant l'hiver. Le même papier, exposé sur la plage, dans les jardins, dans les maisons ou les rues, à 100 mètres seulement de la forêt, donne peu ou point de coloration.

Notre confrère arrive donc à cette conclusion, qui n'est que la résultante de toute sa pratique, à savoir :

1° Que le climat de la forêt de pins d'Arcachon est essentiellement sédatif du système nerveux.

2° Qu'au contraire le climat de la plage est excitant.

De là des indications thérapeutiques formelles : dans la forme torpide de la phthisie, le séjour sur la plage, en dehors de la forêt ; au contraire, dans les cas de phthisie à forme éréthique, hémoptoïque, le séjour de la forêt.

Arcachon doit donc être divisé en deux zones : la zone maritime et la zone sylvestre, dont l'habitation doit être conseillée suivant la forme de la maladie.

Il serait trop long d'analyser l'influence du climat d'Arcachon ; mais ce qui attire et qui attache, dans la lecture de ce mémoire, c'est le groupe de phthisies pulmonaires terminées par la guérison. La curabilité de cette terrible maladie est mise hors de doute par les maîtres les plus autorisés dans notre science, par les examens nécroscopiques qui, tous, montrent les lésions pulmonaires guéries et cicatrisées. Et cependant, chaque fois qu'on annonce une terminaison pareille, la critique se tient sur ses gardes, en raison même de la rareté du résultat.

Mais nous avons affaire, ici, à un médecin qui est entouré de toutes les garanties que donnent le savoir et la plus notoire honorabilité. J'ajouterai que M. Hameau, outre son titre de médecin-inspecteur des bains de mer d'Arcachon, est membre correspondant de la Société de médecine de Bordeaux, de l'Association scientifique de France, et président de la Société scientifique d'Arcachon.

J'arrive, messieurs, au bout de ma tâche, et j'espère vous avoir donné une idée assez nette de la valeur scientifique des travaux de notre confrère d'Arcachon pour que vous puissiez les juger en toute connaissance de cause. Votre commission vous propose donc d'accorder à M. le docteur Hameau le titre de membre correspondant.

La Société de médecine de Paris doit être heureuse de recevoir parmi ses membres des hommes tels que M. Hameau, qui joignent à un grand savoir une parfaite honorabilité professionnelle.

Dr A. Charrier, *rapporteur*.

La Société vote les conclusions du rapport qui propose d'inscrire M. Hameau comme candidat au titre de membre correspondant. Elle décide en outre que ce rapport sera envoyé au comité de publication.

M. Chausit. Je désire présenter quelques remarques au sujet des questions que soulèvent les travaux envoyés par M. le docteur Hameau fils, à l'appui de sa candidature ; je parlerai seulement de la pellagre. L'existence de cette curieuse maladie dans plusieurs contrées de la France, où elle ne présente pas heureusement la gravité de l'endémie lombarde, ne saurait plus être révoquée en doute ; et au père de notre honorable confrère revient le mérite de l'avoir signalée le premier, dans les Landes, vers l'année 1819.

J'ai eu occasion de recueillir quelques exemples qui ont été publiés dans les *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*, en 1851. Chez tous ces malades, on rencontrait l'érythème spécial du dos des mains, pathognomonique de l'affection pellagreuse, selon l'opinion de Schedel qui avait étudié la pellagre à Milan même, et dont les caractères essentiels sont une coloration brun-chocolat, une desquamation noirâtre et une disposition en demi-cercles ellipsoïdes. La coexistence de troubles du côté de l'intestin et du côté de l'appareil cérébro-spinal complétait le tableau de cette pellagre *nostras*, et bien que les accidents cérébraux aient présenté une fois une gravité exceptionnelle, puisqu'ils ont entraîné la mort du sujet, chez aucun d'eux pourtant il n'a été possible de rattacher à l'alimentation par le maïs l'origine de la pellagre. Je crois que l'influence de cette alimentation, même par le maïs altéré, a été exagérée.

Cette opinion de l'existence d'une pellagre nostras, indépendante de la nourriture par le blé de Turquie, a été défendue par un grand nombre de sérieux observateurs. Je citerai au premier rang Landouzy. J'ai lu avec attention et intérêt tous les travaux sur ce sujet du savant médecin de Reims, toutes les observations citées à l'appui et publiées dans l'*Union médicale*; mais je déclare franchement que toutes ne sont pas également probantes ; plusieurs d'entre elles ne sont pas des cas de pellagre.

Je ferai aussi des réserves formelles au sujet de la pellagre des aliénés, qui, d'après l'opinion de certains auteurs, serait très-fréquente dans les asiles ; une seule remarque suffit : cette prétendue pellagre offrirait la singulière anomalie d'être consécutive à la folie, puisqu'elle se déclare chez des individus déjà aliénés au moment de leur admission dans les asiles, et issus souvent de parents aliénés

(1) Voir les numéros des 14, 17, 19 et 21 septembre 1872.

eux-mêmes; tandis que la véritable folie pellagreuse n'est que la période ultime de cette terrible maladie; elle se présente, selon l'accord unanime des médecins italiens, avec des caractères de dépression, de mélancolie et une tendance au suicide par submersion.

Enfin quelle est la nature de la pellagre? Prétendre en faire une maladie presque virulente, reconnaissant pour origine la transmission à l'homme d'une maladie analogue des bêtes à laine, la pelle, n'est qu'une hypothèse, bien qu'on invoque la coexistence dans les mêmes contrées et de la pelle et de la pellagre.

Quelle est d'ailleurs la nature de cette pelle? On devrait nous le dire. Ne serait-elle pas simplement la gale des bêtes à laine pouvant à la rigueur être communiquée à l'homme, comme la gale de plusieurs autres animaux domestiques; mais ce ne serait pas la pellagre.

Avant d'admettre cette relation pathogénique qui tendrait à consacrer entre la pelle et la pellagre des rapports de filiation analogues à ceux qui existent entre le cowpox et la vaccine, il faut plus que des hypothèses et des inductions; nous demandons de plus amples recherches et des preuves à l'appui.

M. DELASIAUVE. Les cinq ou six cas de pseudo-pellagre que j'ai observés chez les aliénés de Bicêtre, il y a une douzaine d'années, s'étaient développés après l'entrée des aliénés à l'hospice.

Il n'y avait pas d'altération générale de la santé; et cette éruption, localisée aux mains et aux avant-bras, m'a paru être sous l'influence de l'insolation.

M. CHARRIER. Je répondrai à M. Chausit que la thèse de M. Hameau, dont j'ai fait l'analyse, date de 1853, et que les travaux importants publiés depuis cette époque sur la pellagre ont pu modifier en certains points les idées de M. Hameau.

M. PETER. A propos du climat d'Arcachon et de la guérison de la phthisie par ce climat, je crois devoir exprimer un doute sur cette guérison; il peut y avoir amélioration mais pas guérison : dans le rapport, on devra donc substituer le mot *amélioration* au mot *guérison*, ou tout au moins consigner mon observation au procès-verbal.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

La première session de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui vient d'avoir lieu à Bordeaux, commencée le 5 septembre, s'est terminée le 12, après huit jours de durée, conformément à ses statuts. Nous nous bornerons ici à emprunter au compte rendu des séances l'énumération des travaux de la section des sciences médicales, nous réservant d'en présenter plus tard quelques résumés.

La section des sciences médicales était présidée par M. Bouillaud. Dans la première séance, du 6 septembre, elle a entendu une communication de M. Ollier (de Lyon), sur l'accroissement normal et pathologique des os; une communication de M. Reliquet (de Paris), sur la lithotritie. Puis M. Papillaud a lu des extraits d'un mémoire imprimé mais inédit sur la variole, la vaccine et l'inoculation post-vaccinale.

Dans la séance du 9 septembre, on a entendu la lecture d'un mémoire de M. Paul Dupuy, sur la température animale; d'un travail de M. de Fleury, sur le dynamisme comparé des hémisphères cérébraux; d'un travail de M. Desmaisons ayant pour titre : *De la folie en Guyenne au temps de Henri IV*; d'un travail de M. Leudet (de Rouen), sur les sueurs unilatérales de la face ou éphidrose unilatérale.

Dans la séance du 9 septembre (soir), M. Bitot a lu un mémoire sur les effets de la vératrine comparés à ceux de la digitale, et sur les indications de ces deux substances; M. Trélat a fait une communication verbale sur le lymphosarcome; M. Letiévant (de Lyon) a lu un travail sur la suppléance de la motilité et de la sensibilité après les sections nerveuses.

Dans la séance du 11 septembre (matin), M. Armaingaud (de Bordeaux) a fait une courte communication sur le *point apophysaire* de Trousseau et l'irritation spinale. Le docteur Rubio a présenté un mémoire ayant trait aux terminaisons des nerfs de la vie végétative. M. Peyraud a fait une communication sur l'antagonisme de l'essence d'absinthe et de l'iodure de potassium. M. Borelland (de Limoges) a présenté divers instruments de physique et a déposé un mémoire intitulé : *De la contractilité physique et de quelques autres propriétés que présentent les tissus non vivant, de l'organisme animal et notamment de l'endosmose des gaz et des vapeurs.* M. Léon Lefort a exposé la théorie du glaucome. M. Auguste Voisin a présenté le résumé de ses études d'histologie pathologique dans la folie simple.

Enfin, dans la séance générale du 6 septembre, présidée par M. Stas, M. Alphonse Guérin a fait une communication sur la communauté de la circulation et la transfusion réciproque; et, dans une dernière réunion de la section des sciences médicales, on a entendu des communications de M. Laborde sur l'expérimentation physiologique comme base fondamentale de la thérapeutique rationnelle; de M. Oré, sur les injections intra-veineuses; de M. Fontaine, sur le bain d'air comprimé; de M. Léon (de Rochefort), sur l'étiologie du scorbut; de M. Segay, sur le sphymographe dans la cure des anévrysmes; de M. Baudrimont, sur la digitale et la digitaline; de M. de la Plagne, sur la rage.

Nous reviendrons sur quelques unes de ces communications.

CHRONIQUE ... VELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 18 septembre 1872, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers: MM. les docteurs Gallard, médecin à l'hôpital de la Pitié; Mabit, médecin de l'institution des sourdes-muettes de Bordeaux; Billod, directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Chevaliers : MM. les docteurs Burdel, de Vierzon; Dufay, médecin de l'hospice de Gisors (Eure); Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux; Le Barillier, médecin en chef de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux; Sabatier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; Maudet, médecin de l'hôpital de Cholet (Maine-et-Loire); Monnoye père, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Cherbourg; Crie, de Laval; Demange, professeur à l'École de médecine de Nancy; Berne, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon; Lemarchand (Constant), médecin au Tréport; Hardy, médecin à Cambrai; Gaume, de Paris; Linas, de Paris; Tarras, médecin à Pau; Noiret, de Paris; Bonenfant, de Paris; Guignard, médecin à Vanves; Girault, de Paris; Tissier, de Paris; Ballet, de Paris; Durand (J.-B.), de Paris.

— La Société de thérapeutique expérimentale de France, fondée il y a six ans, et qui a pour devise : *Observare et experiri*, vient de renouveler son bureau pour l'année 1872-73. Ont été élus : Président, M. Ém. Duval; vice-président, M. Léon Marchand; secrétaire, M. Justin Racle; trésorier, M. Pierre.

— A vendre bon marché une batterie Remak de 45 éléments, avec galvanomètre manipulateur.

S'adresser, 178, boulevard Haussmann.

— A céder de suite, dans la Sarthe, une situation médicale rapportant de 10 à 12,000 francs et susceptible d'augmentation.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE.— SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL CIVIL DE BREST. De l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection, par le procédé de M. le professeur Marcellin Duval. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (M. Charles Mauriac). — Éclampsie et albuminurie (M. Darin, de Chaville). — Un cas de luxation double de la clavicule (M. Col, de Bourg-d'Oisans). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Congrès médical de Lyon. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La communication faite dans la précédente séance, par M. Davaine, était trop importante pour la laisser passer inaperçue, et nous y serions certainement revenu aujourd'hui, alors même que nous n'y aurions pas été provoqué par les observations présentées à ce sujet, dans la séance d'hier, par M. Bouley.

Posons d'abord ici le but que s'est proposé M. Davaine.

La confusion que l'on a faite jusque dans ces dernières années, entre les maladies causées par le charbon et celles que détermine l'introduction dans l'économie animale de matières putréfiées, l'a engagé à chercher les caractères qui différencient la maladie charbonneuse des affections causées par la putréfaction, et à étudier, par conséquent, la septicémie.

Dans un mémoire communiqué à l'Académie des sciences, en 1869, M. Davaine avait établi expérimentalement le fait de la contagiosité de la septicémie, déjà mis en évidence par les travaux de MM. Coze et Feltz (en 1866), qui avaient découvert, en outre, cet autre fait important de la virulence qu'acquiert la putréfaction en passant dans l'économie d'un animal vivant.

Ces premières données acquises, M. Davaine, désireux de posséder des notions plus précises encore, a voulu savoir à quelle dose le sang putréfié à l'air libre et le sang d'un animal mort par l'inoculation de ce liquide, étaient susceptibles de tuer les animaux de la même espèce inoculés.

On trouvera dans l'analyse que nous donnons plus bas du travail de M. Davaine, l'exposé du procédé dont il s'est servi pour doser les quantités de sang septique inoculées et les résultats que lui ont donnés ces deux séries d'expériences comparatives.

On y verra que tandis que le sang putréfié injecté chez le cobaye et le lapin à la dose de une ou plusieurs gouttes, n'est pas mortel même dans la moitié des cas, qu'il tue rarement le cobaye à moins d'un dixième et le lapin à moins d'un centième de goutte, la limite extrême paraissant être un quarantième de goutte pour le premier et un deux-millième pour le second ; le sang septicémique, c'est-à-dire celui qui provient du produit de l'inoculation à un animal du sang d'un autre animal de même espèce qui a succombé à l'inoculation du sang putréfié, a donné des résultats hors de toute prévision. Il résulte en effet d'une série d'inoculations transportées jusqu'à la vingt-cinquième génération, en diluant chaque fois le sang inoculé dans une quantité croissante d'eau, de manière à avoir des fractions de plus en plus petites, que le sang septicémique agit encore sur le lapin à la dose de la trillionième partie d'une goutte.— Nous entendons d'ici l'exclamation de surprise des uns, l'expression d'admiration et de satisfaction de quelques autres. Ne vous pressez tant ni les uns ni les autres. En science il ne faut s'étonner de rien, *nil mirari*. Le fait est-il ? S'il est, et c'est à vous tous de le vérifier et de le contrôler, si cela vous convient, il faut l'accepter. Les conséquences et les applications viendront après. S'est-on jamais imaginé, d'ailleurs, que les virus varioleux, rabique ou autres agissent autrement qu'à doses infinitésimales ?

Mais poursuivons.

Il ressort des expériences de M. Davaine, entre autres faits importants, dont la suite de son travail nous fera sans doute mieux connaître les liens et la filiation, ce fait, qui paraît tout d'abord capital dans la question, c'est que le virus septicémique acquiert une plus grande activité en passant par l'économie d'un animal vivant. Non-seulement ce virus septicémique acquiert une plus grande activité en passant par l'économie d'un animal vivant, mais sa puissance, loin de diminuer, augmente par les transmissions successives. On entrevoit l'intérêt de ce fait au point de vue de l'origine et de la manière de se comporter de certaines affections contagieuses.

Ces expériences montrent, enfin, que le virus septicémique est détruit par la putréfaction qui s'empare de l'animal qu'il a tué, ainsi que M. Davaine l'avait démontré déjà pour le virus charbonneux. Ceci donnerait la solution d'un fait qui pouvait sembler problématique, bien qu'il eût été établi aussi par une expérience, savoir la moindre virulence des cadavres les plus putréfiés, — les venins mourant avec la bête, ou peu après, suivant un ancien apophthegme.

Mais il y a trop de choses dans ce travail de M. Davaine, et surtout trop de déductions importantes à en tirer pour que nous ne devions pas joindre nos pressantes instances à celles de MM. Bouley et Jules Guérin et engager vivement avec eux M. Davaine à poursuivre d'aussi intéressantes recherches et à nous en donner le plus tôt possible son dernier mot. Jusque-là, tout en nous associant et à l'étonnement de M. Bouley et à son effroi, nous croyons sage de réserver toute appréciation et d'accepter provisoirement les faits pour ce qu'ils sont en attendant que nous soyons mis en demeure de savoir ce qu'ils valent.

Après les quelques explications échangées au sujet de cet im-

portant travail, l'Académie a entendu deux intéressantes lectures, l'une de M. Lunier, sur *l'Influence des événements de 1870-71 sur le mouvement de l'aliénation;* la seconde, de M. Netter, sur le traitement du choléra par l'administration de grandes quantités de boissons aqueuses. On trouvera, dans le compte rendu de la séance, un résumé du travail de M. Lunier. Quant au travail de M. Netter, il sera publié intégralement.

Dr Brochin.

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. Th. Caradec.

De l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection, par le procédé de M. le professeur Marcellin Duval (1).

Amputation sus-malléolaire, procédé elliptique.

J'ai relaté dans la *Gazette des hôpitaux* (1869, p. 433), une opération de ce genre, que j'ai pratiquée sur une petite fille de 10 ans. Je rappellerai ici qu'elle était guérie le vingtième jour, et qu'au bout de six semaines elle marchait très-bien, en conservant les mouvements du genou, avec une jambe Martin, ne coûtant que 45 fr. J'ai pu la suivre pendant longtemps, et constater chez elle une santé excellente, un moignon parfaitement intact, malgré la mobilité incessante de l'enfant, et sans que l'appareil eût exigé la moindre réparation.

J'avais insisté dans cet article sur les avantages du procédé; j'ai été fort heureux de voir mon opinion pleinement confirmée par un de nos plus distingués confrères de l'armée, le docteur Spillmann, professeur au Val-de-Grâce, et auteur d'excellents mémoires sur un grand nombre de questions chirurgicales.

Voici comment il s'exprime après avoir cité quelques procédés :

« On arrive à un résultat bien préférable en employant le procédé elliptique de Marcellin Duval. La cicatrice se cache dans une sorte de sillon, au-dessous et en avant du bord antérienr du tibia, de telle sorte qu'elle ne peut subir aucune pression de haut en bas ou d'avant en arrière. »

Lorsque les téguments ont une grande épaisseur ou qu'ils sont très-adhérents; s'il y a un œdème ou un gonflement considérable; s'il existe des fractures multiples; quand on prévoit, en un mot, de sérieuses difficultés pour disséquer et surtout pour retrousser la manchette cutanée, M. Duval conseille de recourir à son procédé à deux lambeaux, qui, sous le rapport de la forme, des dimensions relatives des lambeaux et du mode opératoire, offre beaucoup d'analogie avec celui déjà décrit pour l'amputation de la jambe au lieu d'élection. On forme aussi deux lambeaux principaux superficiels quadrilatères, l'un antérieur cutané, l'autre postérieur musculo-cutané; les jumeaux et le soléaire sont représentés ici par leur tendon de terminaison ou tendon d'Achille.

Les deux lambeaux profonds, musculo-vasculaires, sont exactement les mêmes que dans le procédé elliptique (2); l'antérieur comprend le muscle tibial antérieur, l'extenseur propre du gros orteil, l'extenseur commun, les vaisseaux tibiaux antérieurs et leur nerf satellite. Le lambeau postérieur se compose des deux péroniers latéraux, du long fléchisseur du gros orteil, du long fléchisseur commun, du jambier postérieur, des vaisseaux péroniers et tibiaux postérieurs, et du nerf tibial postérieur.

Sur 31 amputations sus-malléolaires par le procédé elliptique, on compte 28 succès, 2 morts, 1 résultat inconnu (opération faite en Crimée) et 2 morts sur 10 opérés d'après le procédé à lambeaux.

Voici les noms de quelques-uns des opérateurs : MM. Marcellin et A. Duval, Rochard, Arlaud, Gallerand, Roubin, de Léséleuc, Caradec, Dubrueil, Le Bazec, Lagarde, Maréchal, Jacolot.

Amputation de la cuisse. — Pour le tiers inférieur du membre, M. Duval a recours à son procédé elliptique (l'ellipse est très-oblique de haut en bas et d'avant en arrière) : il a été pratiqué souvent avec succès, plus de trente fois. Citons les noms de quelques-uns des opérateurs : MM. Marcellin Duval, A. Duval, Rochard, Robin, Gallerand, Le Petit, de Léséleuc, etc.

Pour le tiers moyen, il préfère, dans la plupart des cas, son procédé à deux lambeaux égaux, qui a été exécuté à la clinique chirurgicale de l'hôpital maritime de Brest par le professeur Roubin, et qui a été suivi d'un très-beau résultat. J'ai obtenu moi-même, à l'hôpital civil, un résultat identique.

Voici une esquisse du mode opératoire, d'après la description de l'auteur.

L'un des lambeaux est antérieur, l'autre postérieur; leurs bases sont égales, leur forme est quadrilatère, à angles un peu arrondis, comme dans l'amputation de la jambe au lieu d'élection. Ils sont musculo-cutanés, et taillés des parties superficielles vers les parties profondes.

Leur bord interne répond à la partie moyenne de la face interne de la cuisse : c'est là qu'on place le chef initial du ruban pour prendre la circonférence du membre, à l'endroit où l'on sciera les os. Leur bord externe répond à la moitié de cette circonférence, qu'on mesure sur le ruban resté en place, comme on l'a dit en décrivant l'amputation de la jambe.

Leur longueur est égale au rayon, auquel on ajoute 5 centimètres environ pour la rétraction des parties molles; et si l'on veut obtenir comme résultat définitif l'égalité des lambeanx, on donnera plus de longueur au lambeau postérieur, en raison de la plus grande rétractibilité des muscles correspondants, qui seront aussi coupés plus bas.

On peut tracer les lambeaux à l'encre ou au crayon, en commençant par l'antérieur.

Opération. — Si la cuisse est peu volumineuse, un fort scalpel ayant 6 ou 7 centimètres de tranchant, suffit pour toute l'opération; dans le cas contraire, on dépose le scalpel, comme on le dira plus loin, et l'on prend un couteau pour diviser les muscles postérieurs et les muscles internes.

Côté droit, 1er temps : Incision cutanée, circonscrivant le lambeau postérieur; dissection de la peau à une hauteur variable, suivant la longueur qu'on désire laisser aux muscles.

2e temps : *lambeau antérieur.* — Incision de la peau; dissection à une hauteur subordonnée à la même considération que pour le lambeau postérieur, et qui doit permettre de bien découvrir le couturier et de lier facilement l'artère.

Section de la paroi antérieure de la loge du couturier, puis du muscle lui-même. Pour plus de sécurité, on peut préalablement faire une sorte de pli longitudinal au muscle, en le prenant, d'un côté à l'autre, entre le pouce et l'index de la main qui n'opère pas. On arrive avec précaution jusqu'à la gaine des vaisseaux; on isole, on lie l'artère qu'on divise à une certaine distance au-dessous du fil. En général, il est prudent de suivre cette con-

(1) Fin. — Voir les numéros des 19 et 24 septembre 1872.
(2) Voir : *Gaz. des hôp.*, 1869.

duite; mais si l'on veut passer outre, il reste encore la faculté de lier la fémorale, à un autre moment de l'opération, puisqu'on a toujours sous les yeux la gaine qui la contient. On pourrait même terminer par la section de l'artère, c'est-à-dire après avoir divisé les muscles internes : on lie le vaisseau avant de le couper ou après sa section, ce qui est moins sûr évidemment.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

Obs. XI. — *Balano-posthite infectante. — Quatre semaines après, roséole et plaques muqueuses. — Six semaines après, tumeur syphilitique de la jambe gauche.*

E... (Henri), âgé de 21 ans, ébéniste, entré le 23 mars 1870, salle 8, n° 3. Bonne santé habituelle; constitution lymphatique; balanite chancreuse vers la fin de janvier 1870. Quatre semaines après l'apparition de l'accident primitif, roséole érythémato-papuleuse discrète, plaques muqueuses gutturales.

Le 19 mars (6e semaine du chancre), le malade fut pris, sans cause traumatique, de douleurs dans la jambe gauche, au niveau de la partie antérieure du tibia, vers sa partie moyenne. En même temps, tuméfaction progressive de la jambe qui double presque de volume, et impossibilité de marcher. Au bout de quatre ou cinq jours, ces accidents arrivèrent à leur summum d'intensité.

Lors de l'entrée du malade, la jambe était le siége, dans les parties sus-indiquées, d'un œdème dur, sans changement de couleur à la peau. Par une pression profonde, on percevait une tumeur diffuse, et cependant vaguement circonscrite, entre la face postérieure du tibia et les muscles gastro-cnémiens. Cette tumeur semblait occuper surtout le périoste et le tissu cellulaire. Le bord interne du tibia était épais et empâté.

Le 31 mars, le malade était encore dans l'impossibilité de marcher sans boiter, mais la tumeur avait diminué. Il prenait du proto-iodure et de l'iodure de potassium.

Il sortit le 5 avril, incomplétement guéri.

Comme on le voit, cette observation présente la plus grande analogie avec la précédente; seulement, les symptômes inflammatoires ont été beaucoup plus aigus. Ils l'ont été tellement qu'on aurait pu croire, au début, à l'invasion d'un phlegmon diffus; mais, au bout de quatre ou cinq jours, on a pu sentir au milieu de l'œdème la tumeur hyperplasique post-tibiale, qui n'a pas manifesté la moindre tendance à la suppuration. Quant à cet œdème dur, qui a succédé aux premières bouffées inflammatoires, il est très-commun de le voir accompagner les lésions syphilitiques, surtout celles de la première phase.

VI

Pour terminer l'exposé clinique des déterminations précoces de la syphilis sur le système osseux, il me reste à parler de deux cas où le maxillaire inférieur fut atteint, dans les premiers mois de l'infection, de péri-exostoses siégeant sur sa surface externe.

(1) Suite.— Voir les numéros des 10, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 27, 29 août, 3, 12, 19, 21 et 24 septembre 1872.

Obs. XII.—*Chancre infectant : cinq semaines d'incubation.— Un mois après le chancre, tumeur indolente adhérente au maxillaire inférieur. — Guérison. — Deux récidives. — Accidents secondaires légers.*

M. A. L..., terrassier, âgé de 40 ans, bien portant, d'une constitution vigoureuse, n'ayant jamais eu aucune maladie héréditaire ou acquise, ni aucune maladie vénérienne, contracta un chancre induré du prépuce, qui ne se manifesta que cinq semaines après le coït infectant, vers le milieu de septembre 1869. Adénopathie inguinale spécifique. Guérison au bout de trois semaines.

Un mois environ après le début du chancre, mal de gorge et tumeur sur la mâchoire inférieure du côté gauche, au-devant du muscle masséter. Cette tumeur était dure, adhérente à l'os, mais non à la peau, qui glissait au-dessus d'elle et ne présentait aucun changement de coloration, grosse comme un petit œuf de poule, non inflammatoire et peu sensible au toucher. Elle ne ressemblait nullement à une fluxion, et les dents à son niveau étaient très-saines. Elle dura quinze jours et se fondit sans suppuration. Je faisais prendre au malade de la liqueur de Van Swiéten.

Deux semaines après cette première guérison, réapparition de la même tumeur avec les mêmes caractères : indolence remarquable. (Sirop de bi-iodure.) Cette récidive ne dura que huit jours.

Le 28 janvier (5e mois à partir du début du chancre), en trois ou quatre jours, la tumeur se reforma au même endroit. Elle adhérait toujours à l'os, était dure, indolente et du même volume que précédemment. (Iodure de potassium.) Guérison au bout de huit jours.

La dernière fois que je vis ce malade, le 9 février 1870 (6e mois), il n'existait aucune trace de tumeur sur le maxillaire supérieur. Ganglions péri-maxillaires indurés. Adénopathie inguinale et cervicale. Plaques muqueuses sur la langue et sur la lèvre inférieure.

Cette courte observation est intéressante à plus d'un titre. C'est un mois seulement après l'apparition d'un chancre dont l'incubation avait été de cinq semaines, que la tumeur de la mâchoire inférieure se déclare, en même temps que le mal de gorge spécifique. Cette tumeur siégeait évidemment dans le périoste de la surface externe du maxillaire auquel elle adhérait très-étroitement. Sa délimitation exacte, sa forme, l'absence d'une atmosphère œdémateuse périphérique, l'intégrité de la peau au-dessus d'elle, etc., voilà les principaux caractères qui la distinguent d'une fluxion. D'ailleurs, les dents à ce niveau étaient parfaitement saines et il n'existait pas d'odontalgie. En cet endroit du maxillaire, il n'y a pas de ganglion lymphatique, et puis y en eût-il, que la tumeur produite par l'induration d'un de ces petits organes n'aurait jamais eu une immobilité aussi complète sur les parties sous-jacentes.

La facilité avec laquelle elle a disparu au bout de quinze jours me porte à croire qu'elle siégeait exclusivement dans le périoste.

Elle a présenté deux récidives : la première au bout de deux semaines, la seconde au bout de trois mois, et toujours avec les mêmes caractères et sans l'intervention d'aucune cause extérieure appréciable. Six mois après l'apparition du chancre, il n'en restait plus aucune trace, tandis que les autres manifestations de la syphilis, telles que adénopathie inguino-cervicale, plaques muqueuses labiales, persistaient encore.

En appréciant cette syphilis dans son ensemble, on voit qu'elle ne présentait pas une grande gravité. Mais supposez que cette péri-exostose, au lieu de se produire sur le maxillaire inférieur, eût poussé sur la dure-mère, à la base du crâne. Ne serait-il pas survenu, dès le premier mois, des troubles très-sérieux du côté des organes des sens et des principales fonctions du système nerveux? Nul doute que certaines encéphalopathies du début de la syphilis, plus ou moins circonscrites, ne se rattachent à une

pareille cause. La facilité avec laquelle ces tumeurs périostiques précoces fondent et se reproduisent explique bien les rémissions et les récidives qu'on observe fréquemment en pareil cas.

Voici encore un cas non douteux de tumeur périostique du maxillaire inférieur, que j'ai observé tout récemment.

Obs. XIII. — *Chancre infectant suivi d'accidents secondaires au bout d'un mois et demi. — 1re poussée : plaques muqueuses et syphilide papulo-vésiculeuse légère. Guérison en un mois. — 2e poussée au 3e mois du chancre : ulcération de la langue; céphalée; éruption de pustules d'ecthyma sur les membres; au 4e mois du chancre, périostose du maxillaire inférieur. Guérison très-rapide par l'iodure de potassium.*

M. X..., âgé de 21 ans, officier, vint me consulter, le 3 mars 1872, pour des ulcérations de la verge, cicatrisées, et une adénopathie inguinale double. Après avoir vu la même femme les 4, 6, 10 et 18 janvier, il lui était survenu vers le 1er février quelques excoriations qui furent prises par son médecin ordinaire pour de l'herpès préputialis et traitées avec du vin aromatique. Vers le 15 février, engorgement considérable des aines, non inflammatoire. Les chancres s'indurèrent peu à peu; leur cicatrisation était à peu près complète le 26 février.

Quand je vis le malade, il ne pouvait pas y avoir de doute sur la nature de l'accident primitif, qui était évidemment syphilitique. (Traitement hydrargyrique.)

Dans la deuxième quinzaine de mars, plaques muqueuses à la verge. L'induration cicatrisée fond pour ainsi dire tout à coup, suppure pendant vingt-quatre heures, puis se cicatrise très-rapidement.

26 mars, croûtes dans le cuir chevelu. Le 1er avril (2e mois du chancre), plaques muqueuses à la gorge et apparition sur la peau de quelques papulo-vésicules disséminées sur le tronc et les membres.

En avril et mai, cette première poussée d'accidents syphilitiques légers, qui n'avaient pas sensiblement troublé la santé générale, disparut sous l'action d'un traitement spécifique poussé avec vigueur. (Pilules de proto-iodure : le malade, en trois mois, prit 5gr.40 de proto-iodure d'hydrargyre, et en outre 500 grammes de sirop de bi-iodure ioduré.) A la fin de mai, il ne lui restait plus rien de cette première poussée.

Dans la première semaine de juin (4e mois du chancre), petites ulcérations irrégulières sur la langue, à bords taillés à pic. Douleurs, névralgies ischio-fessières à droite, courbature, malaise général, saignements de nez fréquents, puis céphalée atroce pendant huit jours vers le 15 juin. Vers le 20, apparition sur les bras et les membres inférieurs de huit ou dix pustules d'ecthyma. Je lui fais reprendre du sirop de bi-iodure d'hydrargyre ioduré, et je prescris de panser les ulcérations de la peau avec des rondelles d'emplâtre de Vigo *cum mercurio*.

Le 28 juin (5e mois du chancre), le malade sent un peu de gêne dans la mâchoire inférieure, à droite, et, en y portant la main, il découvre une petite tumeur dure, assez douloureuse à la pression, sur la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur. En deux jours, cette tumeur augmente beaucoup. Quand je l'examinai le 30 juin, elle était grosse comme une noisette, nettement circonscrite, d'une dureté osseuse, sensible au toucher, située sur le bord et la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur, à droite, à un travers de doigt des insertions du muscle masséter. Elle adhérait à l'os, et était immobile; la peau de la joue, mobile à sa surface, ne présentait aucun changement de coloration, et il n'existait pas d'empâtement inflammatoire périphérique. Il s'agissait évidemment d'une tumeur syphilitique du périoste ou de l'os, survenue cinq mois après le début du chancre; les dents étaient en bon état. Je prescrivis, outre le bi-iodure, *trois* grammes par jour d'iodure de potassium.

La santé de M. X.,. est habituellement très-bonne. Il n'existe dans ses antécédents rien qui soit de nature à expliquer la forme, la détermination et l'apparition prématurée de ce dernier accident syphilitique.

Sous l'influence du traitement la tumeur fondit avec une rapidité vraiment merveilleuse. Au bout de quarante-huit heures, la sensibilité au toucher et les douleurs dont elle était le siége disparurent et elle devint à peu près indolente. Puis elle diminua graduellement de volume, et ne fut plus appréciable à la vue le quatrième ou cinquième jour du traitement, et le sixième ou le septième on la sentait à peine sous la peau.

Quand je revis le malade, dix-sept jours après, on ne trouvait au niveau de cette périexostose qu'une légère bosselure et un peu d'épaississement du bord inférieur de l'os. La santé générale était excellente et toutes les pustules d'ecthyma, sauf une, étaient complétement cicatrisées (16 juillet 1872).

La périostose n'est survenue ici qu'au quatrième mois de la maladie. Je pense que personnne ne mettra en doute la nature syphilitique de cette tumeur, ni son siége dans le périoste. Les remarques dont j'ai fait suivre l'observation précédente trouvent ici leur application. Quant au traitement, j'avoue que son efficacité, sa rapidité d'action ont dépassé mes espérances. La tumeur était si dure, que je la croyais constituée, en partie du moins, par une hypérostose. Peut-être en était-il ainsi. Quoi qu'il en soit, sa résolution a marché si vite, qu'en six ou ou sept jours il n'en restait que des traces imperceptibles. Une pareille tumeur aurait pu tout aussi bien se produire dans l'intérieur du crâne et du canal rachidien. Voyez les désordres qu'elle aurait produits par compression, et combien ces désordres eussent été fugaces, si son processus eût été le même que dans le cas actuel!

(*A suivre.*)

ÉCLAMPSIE ET ALBUMINURIE

Par M. le docteur Darin (de Chaville).

Mme M..., âgée de 28 ans, est accouchée par une sage-femme le 29 janvier 1872, à 6 heures du matin. C'est son quatrième accouchement; les trois autres se sont très-bien passés. La grossesse a été excellente, et jusqu'à la fin Mme M... a vaqué à ses occupations; dans les dernières semaines cependant il y a eu de l'œdème des membres inférieurs. L'accouchement et la délivrance n'ont rien présenté d'anormal. Peu après la délivrance, douleur de tête vive, quelques troubles de la vue, légère douleur épigastrique. Vers 3 heures 1/2, première attaque d'éclampsie, deuxième attaque vers 4 heures 1/2. Dès la première, on avait couru me chercher, mais j'étais absent. Je n'arrive qu'à 5 heures 1/4 : l'intelligence est assez nette, un peu d'amnésie seulement, forte céphalalgie, grande difficulté de la parole par suite du gonflement énorme de la langue, qui a été cruellement mordue; l'urine est très-nettement albumineuse.

Je prescris *six* grammes d'hydrate de chloral dans *cent* grammes de sirop de groseilles. A 5 heures 1/2, avant qu'on ait apporté le chloral, troisième attaque en ma présence : tous les symptômes classiques, durée d'environ 25 minutes, en comptant une courte période de coma. J'avais essayé de donner du chloroforme, mais la malade détournait violemment la tête aussitôt que j'approchais la compresse, et, comme je n'avais personne pour la maintenir, je dus y renoncer. Aussitôt qu'elle est revenue à elle, je lui fais prendre trois cuillerées de sirop à 1/4 d'heure d'intervalle. Les attaques ne se renouvellent plus, et la malade dort toute la nuit, en prenant le reste de son sirop. Le lendemain matin, je la trouve très-calme, un peu étonnée, la mémoire paresseuse, ne se plaignant plus que d'un léger mal de tête et surtout de la gêne que lui caus-

le gonflement de sa langue; plus de traces d'albumine dans les urines.

On me permettra de relever deux points seulement dans cette courte observation : 1° l'efficacité du chloral, qui demande, je le reconnais, à être confirmée par de nouvelles expériences, mais que j'ai déjà éprouvée pour différentes formes de convulsions ; 2° l'albuminurie, et sa rapide disparition.

Il doit y avoir plus qu'une simple coïncidence entre deux faits que l'on rencontre si souvent, sinon toujours associés : l'albuminurie et l'éclampsie. La disparition si rapide de l'albumine dans le cas que je viens de citer pourrait peut-être expliquer pourquoi les observateurs n'ont pas toujours rencontré ce symptôme.

UN CAS DE LUXATION DOUBLE DE LA CLAVICULE

Par le docteur Col (de Bourg-d'Oisans).

Le 29 mai 1872, une fille de 17 ans, F. D..., occupée à décharger un lourd haquet, se trouva, par un brusque mouvement des chevaux, serrée entre le brancard et une muraille. La poitrine subit une pression violente d'une épaule à l'autre, et en même temps un mouvement de torsion de gauche à droite, et d'arrière en avant, le brancard glissant sur l'épaule gauche, tandis que la droite était fixée à la muraille.

Je vis la fille D... dix minutes après l'accident; la clavicule gauche était luxée à ses deux extrémités, faisant une saillie prononcée sur le sternum et sur l'acromion. L'os entier avait été chassé en avant comme le noyau de cerise qu'on presse entre le pouce et l'index.

Une serviette enveloppant le coude et le tronc, et fixée solidement par des sutures multiples, trois coussins, l'un sous-axillaire, d'un volume considérable, deux autres plus petits, sur chaque extrémité de la clavicule, tel fut l'appareil qui permit l'écartement, et en arrière, de l'épaule gauche, et maintint la luxation réduite.

Pendant un mois, je dus, par trois fois, resserrer l'appareil au moyen d'ourlets pris en arrière, sur toute la hauteur de la serviette.

Le 3 juillet, tout était enlevé. Il restait de la difficulté dans les mouvements du bras gauche.

Aujourd'hui, 20 juillet, les mouvements sont complétement libres, et la fille D... seconde son père dans les durs travaux de sa profession de charretier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 septembre 1872. — Présidence de M. Barth.

Il n'y a pas de correspondance officielle.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Dugoujard, accompagnant l'envoi d'un mémoire sur *des perfectionnements apportés à la construction des appareils siphoïdes pour eaux gazeuses* (comm. des eaux minérales);

2° Une lettre de M. le docteur Marc Girard, professeur suppléant à l'École de médecine de Bordeaux, qui adresse à l'Académie un pli cacheté ;

3° Une note de M. Ch. Delalain, concernant une restauration buccale et faciale s'appliquant à un mutilé de l'armée (comm. du prix Barbier);

M. le président annonce à l'Académie que M. Lecadre (du Havre), membre correspondant, assiste à la séance.

M. le président fait savoir, en outre, que, sur la demande de l'Académie, le mémoire de M. Nativelle a été imprimé.

PRÉSENTATIONS

M. Larrey offre en hommage : 1° au nom de M. E. Fritsch, dit Lang, chirururgien militaire, un ouvrage intitulé : *Épidémies des armées, d'après des notes recueillies au cours du professeur Laveran;* 2° au nom de M. le docteur Daga, médecin principal, un mémoire manuscrit sur une épidémie de fièvres éruptives au camp de Châlons en 1870.

M. Roger, au nom de M. le docteur Chairou, médecin au Vésinet, présente une brochure intitulée : *Lettres sur la rage.* Ces lettres ont paru dans le *Journal du XIXe siècle.*

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Bouley, qui a demandé la parole pour présenter quelques observations sur le travail lu dans la dernière séance par M. Davaine.

Avant de reproduire les observations de M. Bouley, nous croyons devoir présenter ici une analyse de ce travail :

Recherches sur quelques questions relatives à la septicémie, par M. Davaine. (Analyse.)

M. Davaine s'est proposé, dans ce travail, de résoudre les deux questions suivantes : Quelle est la quantité de sang putréfié qui tue les animaux soumis à l'expérimentation ? Quelle est la quantité de sang septicémique (sang de l'animal inoculé avec le sang des animaux soumis à l'expérience précédente) qui tue les animaux de la même espèce?

Le procédé dont M. Davaine s'est servi pour doser les quantités de sang septique à inoculer, est le même qu'il a employé dans ses expériences sur les doses de virus charbonneux. Il injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané, avec la seringue de Pravaz, une quantité déterminée du liquide. S'il s'agit de fractions de goutte, par exemple d'un dixième, un vingtième, un centième, il mêle une goutte de sang septique avec dix, vingt, cent gouttes d'eau, et il injecte une seule goutte du mélange. Des quantités plus minimes s'obtiennent par des dilutions successives. Ainsi on a des fractions de plus en plus petites et très-exactement dosées.

M. Davaine a cherché d'abord à déterminer quelle est la quantité de sang putréfié qui tue un animal.

Sur 72 cobayes chez lesquels il a injecté de une à dix gouttes de sang, 43 ont survécu, 25 sont morts. Sur 11 autres cobayes qui ont reçu des fractions de goutte, aucun n'est mort avec une dose inférieure à un quarantième de goutte.

Sur 48 lapins inoculés de la même manière, à la dose de 1 à 16 gouttes, 22 ont survécu, 26 sont morts. De ceux qui ont été inoculés avec des fractions de goutte, aucun n'est mort à une dose inférieure à 2 millièmes de goutte.

Ainsi le sang putréfié à la dose de une ou plusieurs gouttes a été mortel dans moins de la moitié des cas. Les fractions de gouttes tuent rarement les cobayes à moins d'un dixième, et les lapins à moins d'un centième. La limite extrême paraît être un quarantième de goutte pour les premiers, et un deux millième pour les seconds.

A quelle dose le sang septicémique, c'est-à-dire celui de l'animal qui a succombé à l'inoculation du sang putréfié, donne-t-il la mort à l'animal qui le reçoit ?

Telle est la seconde et la plus importante des questions que M. Davaine s'est proposé de résoudre. Voici le résultat que lui a donné une série de vingt-cinq inoculations successives ou vingt-cinq générations.

Du sang d'un bœuf tué depuis dix jours, et très fétide, fut injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané chez cinq lapins, aux doses de *deux, quatre, dix, douze* et *quinze* gouttes. Tous les cinq moururent, du deuxième au vingt-sixième jour après l'inoculation.

Le sang du cœur d'un de ces lapins (mort en quarante heures) fut injecté douze heures après à quatre lapins; ces quatre lapins ayant reçu *une, deux, trois, quatre* gouttes de sang, sont morts trente à quarante heures après l'inoculation.

M. Davaine a procédé ainsi par transports ou par générations successives du produit septique et par doses graduellement et rapidement décroissantes. A la cinquième génération, le sang du cœur d'un lapin de la quatrième génération fut injecté à trois autres lapins, aux doses de une goutte, un dixième et un centième de goutte, deux moururent en quatorze heures, le troisième en vingt heures.

A la dixième génération, trois lapins furent inoculés avec le sang d'un lapin de la neuvième génération : l'un reçut une goutte, l'autre 1/10,000e de goutte, le troisième 1/20,000e. Le premier mourut dans la nuit suivante ; le deuxième quinze heures, et le troisième trente-cinq heures après l'inoculation.

Quinzième génération : trois lapins inoculés avec 1,1,000e, 1,30,000e et 1/40,000e de goutte de sang, moururent tous les trois en vingt-quatre et quarante heures.

Vingtième génération : sang d'un lapin mort depuis une heure, injecté aux doses de 1/500,000e, 1 millionième et 1 cent-millionième de goutte, à trois lapins qui moururent en vingt et une et trente-cinq heures.

Vingt-deuxième génération : trois lapins inoculés avec 1 millionième, 1 cent-millionième et 1 billionième de goutte de sang d'un lapin mort deux heures auparavant, ayant été inoculé lui-même avec 1 cinq cent millième de goutte de sang septicémique, morts en trente-six et quarante heures.

Vingt-troisième génération, lapin inoculé avec un cent-millième de goutte, un autre avec un dix-billionième, morts tous deux trente-six heures après.

Vingt-quatrième génération, injection chez cinq lapins d'un cent-millionième, d'un billionième, d'un dix-billionième, d'un cent-billionième et d'un trillionième de goutte de sang d'un lapin mort de un cent-millionième de goutte. Mort en vingt-quatre heures.

Vingt-cinquième génération, quatre lapins reçoivent un trillionième, un dix-trillionième, un cent-trillionième et un quatrillionième de goutte de sang d'un lapin appartenant à la série précédente et mort avec un trillionième de goutte. Un seul meurt, celui qui avait reçu un dix-trillionième de goutte.

Il semble donc que la limite de la transmissibilité de la septicémie chez le lapin soit la trillionième partie d'une goutte de sang septique.

Mettant en regard les résultats de l'inoculation du sang putréfié à l'air libre et ceux de l'inoculation du sang des animaux morts de septicémie, on voit d'un côté la moitié des individus au moins survivant à l'inoculation d'une ou de plusieurs gouttes de sang putréfié ; de l'autre tous les individus tués par des doses infinitésimales du sang septicémique.

Le virus septicémique acquiert donc une plus grande activité en passant par l'économie d'un animal vivant.

Il est une autre différence entre l'action du sang putréfié et celle du sang septicémique, c'est la rapidité relative de la mort dans le second cas.

Du reste il y a une certaine irrégularité dans la durée de la vie après l'inoculation du sang putréfié, comme après l'inoculation du sang septicémique, contrairement à ce qui se passe dans les maladies charbonneuses, où la durée de la vie est régulièrement proportionnelle à la quantité du sang infectieux inoculé.

Enfin le double fait que le sang putréfié à l'air libre est rarement inoculable à la dose moins d'une goutte et qu'il faut quelquefois dix ou quinze gouttes pour qu'il occasionne des accidents mortels, tandis que l'action du sang chez l'animal qui succombe par l'inoculation, est infectieuse à des doses infinitésimales, donne la raison de la virulence ou de la non virulence de certains cadavres.

Une autre question que M. Davaine s'est posée est celle de la durée plus ou moins longue de la virulence de la septicémie dans un certain nombre de générations. Le virus diminue-t-il de puissance ? s'épuise-t-il à la longue ? ou bien, au contraire, augmente-t-il d'activité par les transmissions successives ? La série des inoculations successives précédemment rapportée, bien qu'entreprise dans un autre but, semble justifier la proposition déjà émise par MM. Coze et Feltz, savoir que le virus septicémique croît en activité dans les générations successives, c'est-à-dire en passant par divers organismes successifs. M. Davaine a résolu cette question par une nouvelle série d'expériences qui montre, en outre, que le virus septicémique acquiert tout de suite sa plus grande puissance.

Il était démontré que le virus charbonneux est détruit par la putréfaction qui s'empare de l'animal qu'il a tué. M. Davaine a cherché s'il n'en serait pas de même du virus septicémique. Une dernière série d'expériences lui a paru résoudre également cette question par l'affirmative.

M. BOULEY aurait été désireux, avant tout, de voir les expériences dont M. Davaine a présenté les résultats s'accorder avec les faits cliniques, et il serait heureux d'offrir à M. Davaine les moyens d'apporter la preuve de la vérité, non pas de sa théorie, mais de l'application de la loi qu'il a cru pouvoir formuler, tout au moins en ce qui concerne les petits animaux. Ces moyens consisteraient tout simplement à répéter sur les grands animaux, cheval, vache, etc., les expériences qui, pratiquées sur les petits animaux, ont donné à M. Davaine des résultats si terrifiants. D'après ces expériences, en effet, il résulterait qu'il suffit d'un trillionième de goutte pour produire la septicémie ! Une goutte de sang jetée dans l'Océan le rendrait virulent !

M. Bouley ne saurait mettre en doute ce qu'a vu M. Davaine ; mais c'est bien le cas de dire, selon lui, que « le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable. »

M. Bouley rappelle, à cette occasion, les expériences de M. Colin, ainsi que celles de M. Chauveau sur la dilution des virus, expériences concordant avec celles de Spallanzani et de Dumas sur le liquide spermatique... Mais il se demande si ce qui se passe sur de petits organismes de 2 kilos environ, se passerait de même sur de grands organismes de 5 ou 600 kilos.

M. Colin n'est parvenu à tuer avec les mêmes doses que des pigeons, des cobayes ; mais il n'a jamais pu tuer un mouton.

D'après les faits rapportés par M. Davaine, la totalité du sang d'un animal devient septicémique et jouit de propriétés toxiques telles, que si pareille chose devait avoir lieu sur les grands animaux, il faudrait s'empresser de faire enfouir au plus tôt tous les animaux qui ont de 50 à 60 livres de sang.

M. Bouley aurait d'autant plus de peine à rapporter aux grands animaux ce que M. Davaine a constaté sur les petits, que tous les faits cliniques sont en complet désaccord avec cette manière de voir. Il y a, par exemple, une maladie de la vache, la non délivrance, dans laquelle le délivre se putréfie dans l'intérieur de la matrice. Le sang qu'elle contient est donc aussi infect que possible ; eh bien ! comment se fait-il, cependant, que lorsque la matrice a été débarrassée de ces matières putrides, les vaches reviennent si vite à la santé ? Comment, d'autre part, expliquerait-on que les vétérinaires, qui se mettent en rapport jusqu'au cou avec les matières putréfiées, et cela pendant un temps souvent fort long, ne fussent pas eux-mêmes infestés ? Et de même pour l'extraction, morceau par morceau, d'un fœtus mort ! Si les conclusions qui sembleraient devoir résulter des expériences de M. Davaine étaient vraies, mais il devrait mourir plus de vétérinaires à la tâche que de soldats sous la mitraille des Prussiens ! Or, bien qu'il leur arrive fréquemment des accidents, la chose, Dieu merci ! se voit encore assez rarement.

Il en sera de même de la gangrène traumatique des animaux, si bien connue depuis les expériences rapportées dans l'excellent travail publié sur ce sujet, en 1840, par notre ancien collègue Renault ; et comme dans ce cas, on n'a jamais eu aucune crainte de la contagion, on n'a jamais pris la moindre précaution.

Toutefois, il faut voir avant de se prononcer. M. Bouley rappelle à cette occasion qu'un des titres les plus glorieux de Rayer est d'avoir démontré la contagion de la morve du cheval à l'homme, et que la première fois que Rayer est venu soutenir cette opinion à l'Académie, il a eu à lutter contre tous les vétérinaires qui en faisaient partie à cette époque ; ceux-ci lui opposaient ce que M. Bouley oppose aujourd'hui à M. Davaine, l'observation des faits cliniques. Il faut donc faire des réserves et attendre de nouvelles expériences.

Celles de M. Davaine, dans tous les cas, sont bien faites pour inspirer les plus grandes craintes; on ne saurait donc se mettre trop en garde, si l'on accepte leurs conséquences. Mais pareille question ne saurait recevoir trop d'éclaircissements; M. Bouley engage donc, en terminant, tous ses collègues à l'étudier, et met à la disposition de M. Davaine des chevaux sur lesquels il pourra répéter ses expériences.

M. DAVAINE accepte la proposition que lui fait M. Bouley d'expérimenter sur des chevaux; mais il déclare, tout d'abord, que c'est une question d'espèces animales.

M. J. GUÉRIN croit qu'il serait urgent qu'on répétât, qu'on approfondît, le plus tôt possible, les expériences de M. Davaine, afin qu'on sût au juste ce qu'on doit en conclure, et qu'on apportât surtout la plus grande prudence dans l'exposé des résultats de ces expériences qui, au premier abord, semblent devoir favoriser certaines doctrines qui n'ont rien de commun avec l'Académie et les savants.

LECTURE

Influence des événements de 1870-71 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France. — M. LUNIER lit, sous ce titre, un mémoire dont voici un résumé :

« Les grandes commotions politiques et sociales ont-elles pour effet de déterminer l'explosion d'un certain nombre de cas de folie? Contribuent-elles à augmenter le nombre des aliénés? »

Telles sont les deux questions que M. Lunier a essayé de résoudre en faisant une enquête sur le mouvement de l'aliénation mentale dans tous les asiles français.

Les résultats auxquels il est arrivé sont les suivants :

Le chiffre des admissions dans tous les asiles qui, du 1er juillet 1869 au 1er juillet 1870, avait été de 11,655, n'a été, l'année suivante, c'est-à-dire pendant la guerre et la Commune, que de 10,243, soit une différence en moins de 1,412 admissions, c'est-à-dire 12,11 pour cent, par rapport au premier chiffre.

Sur les 10,243 aliénés admis dans les asiles, du 1er juillet 1870 au 1er juillet 1871, 1,322, c'est-à-dire près de 13 pour cent, sont devenus aliénés par suite des événements de 1870-71. La proportion est de 15,60 pour les hommes et de 9,40 pour cent chez les femmes.

Dans le deuxième semestre de 1871, le nombre des admissions a été un peu plus considérable que dans le semestre correspondant de 1869; mais il a été beaucoup moins élevé qu'il n'eût été très-probablement dans les derniers événements. Dans tous les cas, les admissions de ce deuxième semestre sont loin d'avoir comblé le déficit des semestres précédents.

Pendant ce 2e semestre, les asiles ont encore reçu environ 400 malades dont la folie avait été déterminée par les événements.

Les événements de 1870-71 ont donc eu pour effet : d'un côté, de provoquer l'explosion de près de 16 à 1,700 cas de folie, et de diminuer de 1,400 environ le chiffre des admissions, en 1870-71.

Les derniers événements ont eu également pour effet de diminuer notablement la population des asiles français. Cette diminution est envron de 3,000 si l'on compare la population réelle des asiles au 1er janvier 1872 avec ce qu'elle eût été si l'augmentation progressive observée depuis dix ans eût continué.

M. NETTER donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du traitement du choléra par l'administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses* (vingt litres et plus dans les vingt-quatre heures).

Renvoyé à l'examen de la commission du choléra.

La séance est levée à 5 heures.

CONGRÈS MÉDICAL DE LYON

Le Congrès médical de Lyon a été ouvert le 18 septembre, conformément au programme arrêté par la commission d'organisation. La réunion, qui se composait de plus de 300 médecins, a commencé par constituer son bureau, qui se trouve composé comme il suit : Président : M. Diday (de Lyon); vice-présidents : MM. Bouchacourt (de Lyon); Bouteillier (de Rouen); Desgranges (de Lyon); Marmy (de Lyon); Richelot (de Paris); Verneuil (de Paris). Secrétaire général : M. Dron (de Lyon). Secrétaires-adjoints : MM. Aubert; Clément, Jules Drivon, Marduel, Daniel Mollière, Humbert Mollière. M. le professeur Stoltz (de Phalsbourg) a été nommé par acclamation président d'honneur.

Le programme de la première séance portait la question suivante : Des épidémies de variole. Plusieurs mémoires sur ce sujet ont été lus par MM. Bouteillier, Fredel, Blatin, Mayet et Taissier. Une discussion s'en est suivie sur la question de savoir s'il y avait lieu de demander l'obligation légale de la vaccination et de la revaccination, à laquelle ont pris part particulièremont MM. Baccioqui (de Turin), Desgranges et Pétrequin (de Lyon), et qui a abouti à un vote, à la presque unanimité, exprimant le vœu que la vaccination et la revaccination soient rendues obligatoires, et que des comités de vaccination soient créés dans tous les départements.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 14 au 20 septembre 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	1	1	2	1
Rougeole	6	»	6	6
Scarlatine	2	1	3	»
Fièvre typhoïde	10	10	20	20
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	5	3	8	6
Bronchite aiguë	16	3	19	10
Pneumonie	19	12	31	29
Dysentérie	12	4	16	20
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	25	3	28 *	31
Choléra nostras	2	»	2	1
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	5	1	6	7
Croup	9	4	13	11
Affections puerpérales	1	6	7	6
Autres affections aiguës	213	46	259	245
Affections chroniques	271	102	373 **	337
Affections chirurgicales	34	32	66	59
Causes accidentelles	14	2	16	18
Totaux	645	230	875	807

LONDRES. — Population, 3,311,298 h. — Décès du 8 au 14 septembre 1872 1,203
Variole, 12. — Rougeole, 9. — Fièvre scarlatine, 22. — Coqueluche, 26. — Fièvre typhoïde, 18. — Diarrhée, 119 Choléra nostras, 2. — Bronchite, 89. — Pneumonie, 53.

* Dont 14 enfants au-dessous de 6 mois, 7 de 6 mois à un an, 4 de 1 an à 2 ans.
** Sur ce chiffre de 373 décès, 144 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853, institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (suite) (M. Mauriac). — Essai sur la diurèse et les diurétiques (M. Verdun). — Ténia multiple (M. Surmay, de Ham). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De la température dans les maladies de l'enfance.

L'importance que l'on attache aujourd'hui, avec raison, à l'étude des modifications de la température dans les maladies et à l'emploi du thermomètre comme le seul moyen précis d'apprécier exactement la valeur séméiologique de ces modifications, nous fait un devoir d'exposer ici, en résumé, l'ensemble des recherches thermométriques que M. H. Roger a entreprises dans son service de l'Hôpital des Enfants, et qui se trouvent développées tout au long dans l'un des principaux chapitres du premier volume d'un ouvrage en voie de publication sur les maladies de l'enfance (1).

On sait que M. Andral déterminant, d'après les observations chez les adultes, les limites des variations qu'entraîne l'état pathologique, a vu que la chaleur oscillait dans une latitude de 7 degrés seulement, de 35° à 42°. Chez les enfants, les limites des extrêmes sont incomparablement plus étendues ; ainsi M. Roger a vu le mercure baisser jusqu'à 23°,50 et montrer jusqu'à 42°,50, la température oscillant ainsi entre 19 degrés.

Nous allons suivre pas à pas les résultats constatés dans les principaux groupes des affections les plus communes du bas âge.

Chez les enfants comme chez les adultes, l'élévation de température accusée par le thermomètre est l'élément essentiel et le plus constant de l'état fébrile. Ainsi M. Roger a vu le thermomètre s'élever à 40°, 50 dans la fièvre éphémère, à 41° dans la fièvre intermittente, dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives, et plus haut encore dans les phlegmasies.

La fièvre typhoïde est une des affections aiguës de l'enfance où la chaleur est le plus intense et le plus continue : dans près des deux tiers des cas (chez 18 sujets sur 30), le thermomètre a atteint ou dépassé 40 degrés.

Quelquefois forte dès le début, mais le plus souvent en rapport avec l'intensité des accidents initiaux, elle s'accroît d'ordinaire peu à peu, d'un demi-degré à un degré par jour, jusqu'au maximum de 40° à 41° au plus, qu'elle atteint vers la fin du quatrième au cinquième jour d'alitement.

Dans la convalescence, la température descend quelquefois au-dessous de la moyenne normale.

Une ascension thermométrique nouvelle caractérise toujours les rechutes ou les récidives.

La température varie avec les formes de la fièvre typhoïde. Peu élevée dans la forme adynamique, elle décroît avec l'affaiblissement général des forces jusqu'à la mort. Dans les formes inflammatoires, au contraire, elle reste élevée jusqu'à la fin. Il en est de même lorsqu'il existe des complications pulmonaires.

La température est augmentée dans les fièvres éruptives, mais pas également dans chacune d'elles. Pour le degré d'accroissement de la chaleur, la scarlatine est au premier rang, la variole au second et la rougeole au dernier.

Dans la scarlatine, la chaleur est excessive. Dans le court espace de temps qui sépare l'invasion de l'éruption, elle atteint 40° ou 41°, et ne diminue que lorsque l'exanthème commence à pâlir ; elle décroît alors progressivement et avec régularité, sans élévation secondaire lors de la desquamation, à moins de complication.

Dans la variole, la température déjà très-élevée dans la période des prodromes, atteint son maximum tout à fait au début de l'éruption, puis elle baisse les jours suivants, pour se relever du 6e au 8e, c'est-à-dire à l'époque de la fièvre de suppuration.

Dans la rougeole, la température moins élevée et moins durable, s'accroît peu à peu durant la période des prodromes ; elle est à son plus haut degré au moment où paraissent les taches rubéoliques ; puis elle diminue dans une proportion régulièrement décroissante jusqu'à la fin de l'exanthème.

Dans l'érysipèle, la chaleur centrale est notablement augmentée, et il y a une élévation locale au niveau des parties malades.

Les maladies des organes de la digestion, la péritonite exceptée, ne donnent lieu qu'à un accroissement médiocre de la chaleur animale. Dans la péritonite, la moyenne est de 39°,53 ; dans le muguet, elle est seulement de 37°,85 ; dans l'entérite, elle est plus ou moins modifiée suivant la forme plus ou moins aiguë de l'affection ; dans la dysentérie, elle n'a jamais dépassé 38°,50.

Dans la méningite, M. Roger a été frappé de l'inconstance des résultats thermométriques. La température a varié entre 42°,50

(1) *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, par le docteur Roger, t. Ier. Paris, 1872, chez Asselin, place de l'École-de-Médecine.

maximum et 35° minimum. Dans la méningite tuberculeuse il y a un abaissement notable de la température à la période moyenne, tandisqu'à la première et parfois à la seconde période il y a une élévation.

L'endocardite et la péricardite aiguës primitives élèvent la température, mais rarement à un très-haut degré. Secondaires et rhumatismales, elles ne modifient point par elles-mêmes la température.

Dans les maladies de la pulpe cérébrale, encéphalite, ramollissement, l'augmentation est peu considérable; le maximum relevé a été de 39°,50, et dans 11 expériences sur 14, le thermomètre n'a pas dépassé 38°,50.

Pour les affections des voies respiratoires, la moyenne des températures devient d'autant plus forte que la maladie se rapproche davantage du parenchyme pulmonaire. On a trouvé 38° dans la laryngite simple, 38°,31 dans la bronchite fébrile, 39 ou 40° dans la pleurésie aiguë, et 40 ou 41° dans la pneumonie.

En résumé, pour ce qui est de l'élévation de la température, il y a identité presque complète des résultats avec ce qui a été constaté dans l'âge adulte pour les même affections.

Mais là où se manifeste une différence notable entre l'enfant et l'adulte, c'est dans l'abaissement de température inhérent à quelques maladies. On sait qu'il se produit une algidité centrale considérable dans l'œdème des nouveau-nés, par exemple. Voici, à cet égard, les résultats thermométriques constatés par M. Roger.

Sur 29 enfants affectés de sclérème, chez tous sans exception, le thermomètre a donné (dans l'aisselle) un chiffre inférieur à la moyenne physiologique des nouveau-nés. La moyenne fournie par 52 expériences a été de 31° seulement; chez 7 malades, le mercure est descendu plus bas que 26°; dans des cas extrêmes, il a baissé jusqu'à 25°, 23°, 22°,50, et même, chez un enfant, à 22°, quinze degrés au-dessous de la température normale. La plus forte température observée au début, dans des cas à marche lente, n'a pas excédé 34°,8.

M. Roger n'a vu guérir que 2 sclérémeux sur 29, et le thermomètre avait baissé chez l'un à 33°, chez l'autre à 32,50; ce sont les chiffres les plus bas qui lui ont paru compatibles avec le retour de la vie.

Nous verrons, dans la suite de cette revue, quelques-unes des applications pratiques qui se déduisent de ces recherches.

Calcul salivaire de la glande de Warthon, engorgement de la glande sous-maxillaire.

Un malade âgé de 56 ans est entré à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Després, le 9 juillet dernier, avec une tumeur dure dans le plancher de la bouche et une tumeur à la région sous-maxillaire, qui fut reconnue pour la glande sous-maxillaire.

Au dire de cet homme, le mal a débuté il y a deux ans. Une grosseur était apparue au cou, elle augmentait parfois au moment du repas, et elle gênait pour parler; des élancements, qui duraient trois ou quatre jours, cessaient ensuite pendant quelque temps. C'est seulement trois jours avant son entrée à l'hôpital que le malade a constaté une petite grosseur dure sous la langue.

A l'examen, M. Després a trouvé dans la bouche une tumeur dure sur le trajet du canal de Warthon; du côté gauche, dont l'orifice laissait sourdre un peu de pus, on sentait à l'aide d'un fin stylet le choc caractéristique sur un calcul. L'orifice du canal de Warthon du côté opposé était sain, et l'introduction de jus de citron dans la bouche faisait sourdre la salive par jet du côté droit. Du pus mêlé à de la salive sortait lentement du conduit du côté gauche. A la région sous-maxillaire, la glande salivaire était arrondie et dure et offrait le double de son volume normal.

L'opération a été faite dix jours après l'entrée du malade à l'hôpital, à l'aide d'une incision pratiquée sur la partie saillante du calcul et en agrandissant l'orifice du canal de Warthon.

Le calcul enlevé avait le volume des trois quarts d'un noyau de datte et avait un sillon irrégulier peu marqué sur sa face inférieure; le canal de Warthon était dilaté en arrière du calcul.

Les jours suivants la plaie de la bouche guérissait sans suppuration, et la plaie se retrécissait; d'un autre côté la glande sous-maxillaire était moins dure et diminuait de volume. Le malade sortit dix jours après l'opération; la glande était presque revenue à son volume normal et avait conservé seulement un peu plus de consistance que du côté opposé.

Ce fait pouvait être conçu *à priori*, d'après les expériences de M. Cl. Bernard; la ligature du canal de Warthon, en effet, a causé un engorgement de la glande sous-maxillaire. L'exemple vérifie la théorie. Seulement il y a dans cette observation une particularité, l'engorgement de la glande apprécié par le malade avant que celui-ci eût constaté le calcul salivaire. Cet engorgement est apparu par poussées. On peut donc affirmer que l'obstacle à l'excrétion de la salive agissait d'une façon intermittente; que le calcul formé dans un des conduits de la glande depuis longtemps, n'avait gêné le cours de la salive que quand il s'était engagé dans le canal de Warthon; que le canal ne laissant plus passer la salive, la glande s'engorgeait, et qu'il y avait alors des douleurs qui duraient jusqu'à ce que la salive ait dilaté le canal en arrière du calcul et ait forcé l'obstacle. Le mécanisme, dans ce cas, est le même que celui qui amène dans la fosse naviculaire des calculs formés dans la région prostatique de l'urèthre, et que les malades constatent seulement quand il y a une rétention d'urine un peu forte et quand le calcul est près de sortir de l'urèthre.

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

VII

Description générale. — Après les faits que je viens de citer, la précocité des manifestations de la syphilis sur certaines parties du système osseux ne peut être mise en doute. Ainsi, dans l'observation VII, c'est le quinzième jour à partir de l'apparition du chancre que survient la périostose du tibia. En prenant pour point de départ le début du chancre infectant, nous trouvons, comme incubation de ces lésions osseuses, les chiffres suivants : obs. de Vidal (de Cassis), 25 jours; obs. VIII, 30 jours; obs. IX, 60 jours; obs. X, 30 jours; obs. XI, 45 jours; obs. XII, 30 jours; obs. XIII, 120 jours.

La plus courte incubation a donc été de 15 jours, et la plus longue de 120 jours.

(1) Suite. — Voir les numéros des 10, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 27, 29 août, 3, 12, 19, 21, 23 et 25 septembre 1872.

En faisant des recherches dans les auteurs et dans les recueils scientifiques, j'ai trouvé quelques cas analogues à ceux qui me sont propres.

A la séance de la Société médico-chirurgicale de Paris, du 9 juillet 1868 (1), le docteur Guyot donna lecture d'une observation intitulée : *Périostite syphilitique cinquante-six jours après le coït infectant*, dont voici le résumé :

Le 8 juillet 1868, M. X, âgé de 30 ans, contracte un chancre infectant accompagné d'adénopathie inguinale spécifique.

Vers le 18 août, apparition d'une roséole (traitement par le protoiodure).

Le 2 septembre, douleurs assez vives dans le pied droit.

Le 30 septembre, on sentait à travers la peau une tuméfaction considérable du premier métatarsien. Les mouvements imprimés au gros orteil étaient douloureux, et la pression du pied sur le sol impossible. (Iodure de potassium).

Le 8 octobre, diminution considérable dans le volume de l'os et dans l'intensité des douleurs, qui n'ont jamais augmenté la nuit.

Le 15, le malade, pour la première fois depuis six semaines, marche sans douleur.

Mon confrère et ami, le docteur Dubuc (2), dans sa remarquable thèse inaugurale sur les syphilides malignes, signale les complications nerveuses qui se produisent quelquefois en pareil cas à une époque très-rapprochée du début de la maladie, telles que sentiment de semi-paralysie, engourdissement dans un des membres, attaques épileptiformes répétées, coma, etc., etc.; et il explique les phénomènes de cet ordre par le développement prématuré d'exostoses intra-crâniennes et intra-rachidiennes. Mais il fait remarquer avec raison que cette apparition prématurée des exostoses n'appartient pas exclusivement à la syphilis maligne, et qu'il l'a constatée plusieurs fois dans des syphilis graves dont les premières manifestations n'étaient pas des syphilides ulcéreuses.

A l'appui de ce qu'il avance, M. Dubuc cite le fait suivant qu'il a observé à l'hôpital Saint-Louis, et dont je donne le résumé : Quatre mois après le début du chancre, exostoses bien manifestes des bords postérieurs des deux cubitus, accompagnées de douleurs spontanées très-fortes, dont la pression augmentait encore l'acuité. En même temps on trouvait : cicatrice du chancre induré ; pléiade bi-inguinale ; croûtes dans les cheveux ; adénopathie cervicale. Roséole discoïde du tronc, plaques syphilitiques des avant-bras, de la paume des mains, de la plante des pieds ; plaques muqueuses très-confluentes de la gorge, de la langue, des lèvres, des narines, de la muqueuse glando-préputiale, des bourses, du pourtour de l'anus ; décollement des ongles des mains.

Guérison rapide par un traitement mixte.

L'apparition précoce des affections syphilitiques des os et du périoste n'avait pas échappé à Swediaur (3). « Les os, dit-il, sont beaucoup plus rarement affectés de nos jours qu'autrefois par le virus syphilitique, si ce n'est dans les véroles confirmées ou très-négligées. J'ai vu cependant un malade qui, étant affecté d'un ulcère syphilitique au gland, fut attaqué le cinquième jour après, d'une tumeur considérable dans la partie inférieure du cubitus. »

(1) *Union médicale*, 1869, t. I, p. 366.

(2) Dubuc, *Des syphilides malignes précoces*. Thèse, 1864, p. 33. Paris.

(3) Swediaur, *Traité complet des maladies vénériennes et syphilitiques*, t. II, p. 100, 7e édition.

« Quoiqu'il ne survienne jamais, dans le commencement de la maladie, dit Benjamin Bell (1), de véritables nodus vénériens, c'est-à-dire des tumeurs de nature osseuse qui prennent naissance de l'os même ; dans quelques cas cependant, le périoste et les tendons, ainsi que les gaînes des muscles, sont affectés de très-bonne heure ; je les ai même vus être affectés presque à l'instant que l'on a eu lieu de soupçonner que le virus avait pénétré dans le système ; néanmoins, on trouve toujours quelque cause évidente qui a déterminé cette variété dans le cours de la maladie et obligé le virus de se fixer sur ces parties de préférence à celles qu'il a coutume d'attaquer les premières. »

Je ne puis partager la manière de voir de Benjamin Bell, sur la nécessité d'une cause provocatrice pour déterminer l'action syphilitique à s'établir prématurément dans un point quelconque du système osseux. J'ai toujours interrogé avec soin mes malades à cet égard, et je n'ai jamais découvert aucune circonstance étiologique étrangère à la syphilis, dont on pût invoquer l'influence. Et quoique j'aie eu très-souvent l'occasion d'observer combien les causes habituelles d'irritation peuvent aggraver et multiplier les lésions syphilitiques de la peau ou des muqueuses (2), je ne crois pas qu'elles aillent cependant jusqu'à perturber profondément l'ordre et la succession des accidents, ni à modifier le mode syphilitique propre à chaque individu. Ainsi, je ne crois pas qu'avec des irritants mécaniques, physiques, chimiques, physiologiques, etc., il fût permis de produire à volonté une syphilide ulcéreuse, par exemple, chez un malade qui a une syphilis légère et résolutive ; de faire pousser des tubercules, des gommes, des exostoses chez un sujet qui n'y est pas prédisposé par sa constitution ou mieux par la nouvelle idiosyncrasie morbide que lui crée le virus, idiosyncrasie variable à l'infini et qui explique les formes extraordinairement changeantes par lesquelles s'exprime, suivant les individus, les temps, les lieux, les climats, les âges, etc., etc., la même unité pathologique.

Les âges ! Eh bien, au point de vue qui nous occupe, quelle est leur influence ? Chez les enfants nouveau-nés et dans la

(1) Benjamen Bell, *Traité de la gonorrhée virulente et de la maladie vénérienne*. Traduction de Bosquillon (tome II, p. 179).

(2) En voici un exemple, que j'ai observé tout récemment dans mon service. Le malade avait une roséole papuleuse confluente sur tout le corps. Avant l'apparition de cette roséole, on lui avait appliqué, pour une pleurésie, un large vésicatoire volant sur le côté gauche de la poitrine. Eh bien, quoique ce vésicatoire fût sec depuis quelques jours, toute sa surface était recouverte de papules pressées les unes contre les autres, et trois ou quatre fois plus confluentes que sur toute autre partie du corps.

Au surplus, je suis loin de nier l'efficacité d'une cause occasionnelle pour la production d'une lésion osseuse ; je me borne à en contester l'absolue nécessité. Je trouve dans le mémoire de M. Cullerier, sur l'évolution de la syphilis, un fait qui prouve combien est puissante l'intervention du traumatisme dans la production des exostoses syphilitiques. C'est en même temps une preuve de la précocité de ces manifestations qualifiées à tort de tertiaires en pareil cas. La malade, âgée de 17 ans, était entrée à l'hôpital pour se faire traiter d'un écoulement avec érosion du col, de chancres à la vulve et d'un condylome ulcéré à l'anus. A la suite d'un coup violent sur la tête, il lui survint une périostose ou une exostose du pariétal, qu'on fut obligé de combattre par le protoiodure de fer.

J'ai dit plus haut que M. Cullerier ne croit pas à la possibilité d'un accident tertiaire avant un accident secondaire. Le fait de cette jeune fille, malgré la précocité de la lésion osseuse, ne lui paraît pas faire exception à la règle qu'il a posée. Le condylome était ici un symptôme secondaire ; et alors, dit-il, l'exostose n'a plus rien d'extraordinaire, et bien qu'elle apparaisse pendant la durée des symptômes primitifs, elle n'en est pas leur conséquence directe. J'ai prouvé, par des faits, que des accidents dits tertiaires peuvent succéder immédiatement, et sans l'interposition des accidents secondaires, à l'accident primitif.

syphilis héréditaire, il est rare de voir les manifestations syphiliques débuter par le système osseux. C'est un fait admis par presque tous les observateurs, et j'en ai parlé au chapitre des périostites péricrâniennes.

Dans une communication sur la syphilis infantile, faite en 1869 à la Société médicale du 9e arrondissement, M. Archambault constate que quelquefois les symptômes syphilitiques sont singuliers, et que leur ordre est interverti. « Chez un enfant, dit-il, j'ai observé une hypertrophie des dernières phalanges des doigts, analogue au spina ventosa facial. Ce symptôme, unique chez cet enfant, fut traité comme scrofuleux, sans résultat. Au bout de quelque temps, des plaques muqueuses survinrent à l'anus, à la bouche, et je donnai alors des préparations mercurielles ; les accidents secondaires guérirent, ainsi que l'affection osseuse. Il semble, en ce cas, qu'une manifestation tertiaire ait débuté par une sorte d'interversion de la maladie. La mère avait eu la syphilis quatre ans auparavant ; elle avait des exostoses sur le tibia, qui avaient été douloureuses pendant sa grossesse. Elle avait probablement communiqué la syphilis tertiaire. »

D'après M. Daga (2), qui a fait un très-intéressant mémoire sur la syphilis si grave des Arabes, il n'est pas rare de voir le même sujet affecté de syphilides, de gommes et d'exostoses multiples. Les accidents tertiaires eux-mêmes se produisent d'emblée dans les cas de syphilis héréditaire.

« Je ne puis m'expliquer autrement, dit-il, l'existence d'exostoses signalées chez de jeunes enfants qui ne présentaient aucune trace de lésions à la peau, et qui, au dire des parents, n'avaient jamais offert d'autres accidents ; ou bien encore la présence de la vérole chez des adolescents qui ne s'étaient pas exposés à la contagion.... »

Le docteur Suchanek (3), dans un mémoire sur la syphilis des os, d'après les observations recueillies à la clinique du professeur Waller (de Prague), dit que, sur quatre cas de syphilis héréditaire, se trouvait un enfant de six ans, qui fut affecté de syphilide des os, sans autre forme préexistante ; sa mère portait des tubercules cutanés et elle avait contracté la maladie en allaitant un enfant étranger (4).

(*A suivre.*)

ESSAI

SUR LA DIURÈSE ET LES DIURÉTIQUES (5)

Par M. le docteur Verdun.

Conclusions. — La diurèse est la conséquence de conditions anatomiques et physiologiques, nombreuses et variées ; les autres émonctoires ont sur leur production une énorme influence.

Les agents diurétiques n'agissent qu'en réalisant ces conditions, chacun d'eux par un ou plusieurs modes d'action spéciaux ; l'action des diurétiques composés est la résultante de celle des diurétiques simples qui les constituent.

Les indications thérapeutiques des diurétiques doivent se déduire de l'état anatomique du rein et du mode d'action du médicament employé.

TÉNIA MULTIPLE

Par le docteur Surmay (de Ham).

Il y a des cas assez nombreux de ténias multiples rencontrés à l'autopsie, et c'est, paraît-il, un fait très-ordinaire chez les nègres de l'Égypte. Mais, dans notre pays, le ténia est presque toujours solitaire, et les exemples de ténia multiple rendu pendant la vie peuvent être considérés comme des exceptions ; c'est pourquoi je livre à la publicité celui-ci, que j'ai observé tout récemment. Bien qu'il y en ait de beaucoup plus remarquables dans le livre de M. Davaine sur les entozoaires, puisqu'on y trouve des cas où 12, 14, 25 et même 41 ténias ont été expulsés du même individu, ce fait m'a paru pourtant avoir son intérêt.

Au commencement de janvier de cette année, je fus appelé auprès d'un jeune homme de 28 ans environ pour des douleurs extrêmement vives qui venaient de le prendre subitement et qui occupaient l'abdomen et particulièrement la fosse iliaque et l'aine d'un côté. Ces douleurs s'étaient manifestées tout d'un coup pendant la défécation. A mon arrivée, la crise était terminée ; mais ce jeune homme me raconta que, depuis trois ans, il rendait très-fréquemment des fragments de ténia sans que sa santé en fût altérée et sans qu'il eût jamais éprouvé aucune douleur dans le ventre. Il était soldat en Cochinchine lorsqu'il s'aperçut, pour la première fois, de l'existence de l'hôte incommode qu'il logeait. On n'avait rien fait pour l'expulser, et il l'avait apporté en France, où il était rentré seulement depuis quelques mois.

Après m'être assuré qu'il s'agissait bien d'un ténia, je fis prendre au malade *vingt* grammes de cousso en une fois, le matin, à jeun, délayés dans *deux cent cinquante* grammes d'eau tiède. Deux heures après il rendit, sans aucune douleur, et sans avoir eu de vomissements, un gros paquet de ténia, qu'il m'apporta. Je crus y voir distinctement quatre extrémités céphaliques ; mais, pour me donner certitude entière, je priai mon confrère M. le docteur Delaissement d'examiner les pièces au microscope. Il résulta de cet examen que les quatre têtes étaient parfaitement distinctes et appartenaient à des ténias armés.

Dans le but de m'assurer que l'intestin était complétement délivré de ces êtres étrangers, je fis prendre le lendemain, à mon malade, *quarante* grammes d'huile de ricin.

L'effet purgatif se produisit, mais il ne sortit aucun débris de ténia. Quelques jours après, je revis le sujet ; il n'en avait pas rendu davantage. J'ai lieu de croire qu'il en est encore de même aujourd'hui 29 mars, car s'il en eût été autrement, on m'en aurait informé.

Les quatre ténias ont été déposés dans la collection d'anatomie pathologique de la Société de médecine de l'Aisne, à Saint-Quentin.

ACCIDENTS CAUSÉS PAR LA FOUDRE

Par M. le docteur Mercurin.

Dans le travail de M. Fredet, sur les cas de mort déterminée par la foudre, il est question d'images photo-électriques représentant des objets voisins.

J'ai observé ce phénomène l'an dernier, au camp des Alpines, à

(1) *Union médicale*, 1869, t. II, p. 787.

(2) Daga, *Documents pour servir à l'histoire de la syphilis chez les Arabes.* (*Archives de médecine*, 1864, t. II, p. 314.)

(3) *Vierteljahrschrift fur die praktische Heilkunde*, 1854.

(4) Dans les lésions du périoste et des os que produit la syphilis héréditaire, il faut distinguer celles qui sont indirectes, c'est-à-dire qui ont succédé à des gourmes suppurées et à des ulcérations, de celles qui sont primitives et directes, ou qui ont attaqué d'emblée le tissu périosto-osseux.

Aux cas de ces lésions directes que j'ai cités, on peut ajouter les suivantes :

Baerensprung : *Vaste nécrose des os du crâne* (*Die hereditare syphilis.* Berlin, 1864).

Desmarres : *Abcès du crâne avec élimination de parties osseuses.* (*Traité pratique des maladies des yeux.* 2e édition, t. I, p. 626).

Fournier : *Hypérostoses développées sur les os de l'avant-bras.* (*Union médicale*, 1865, p. 540).

(5) In-8°, — Prix : 1 fr. 75.

Graveson (Bouches-du-Rhône). Deux soldats, de garde dans une baraque entourée d'oliviers, furent tués par la foudre.

J'ai constaté très-distinctement à la paroi antérieure du thorax l'image des branches et des feuilles d'olivier.

Ces rameaux étaient teintés en rouge, et leur reproduction était très-nette.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 mai 1872. — Présidence de M. Forget (1).

M. Blumenthal lit le mémoire suivant à l'appui de sa candidature : *Réflexions sur la maladie décrite par M. Duchenne, de Boulogne, sous le nom de paralysie musculaire progressive des lèvres, de la langue et du voile du palais.*

M. Duchenne, de Boulogne, a décrit sous le nom de paralysie musculaire progressive de l'orbiculaire des lèvres, de la langue et du voile du palais une affection très-probablement symptomatique d'une lésion des centres nerveux. Elle est assez fréquente ; si les observations n'en sont pas très-communes, il faut l'attribuer à ce que les malades ont été, pour la plupart, considérés comme atteints de ramollissements cérébraux, sans que l'on se préoccupât suffisamment de ce qu'ils présentaient de particulier. Nous en avons observé plusieurs cas, mais un seul assez longtemps pour que nous en ayons pu tirer quelques conclusions.

Voici cette observation :

Mme D..., âgée de 60 ans, commissionnaire en fruits, d'une constitution assez faible en apparence, a supporté toutefois, pendant de longues années, les fatigues physiques d'une profession pénible. Elle a été atteinte, à l'âge de 17 ans, d'une paralysie incomplète de la moitié gauche du corps, qui semble ne l'avoir que médiocrement gênée et qui a duré plusieurs mois. Il nous a été impossible de déterminer la cause de cette paralysie. Il y a trois années, elle a commencé à éprouver de la difficulté dans la déglutition et dans l'articulation des mots. Ces symptômes ont été attribués à un ramollissement cérébral commençant et traités par les dérivatifs et les révulsifs.

Nous avons vu la malade pour la première fois en mars 1870. A cette époque la prononciation, quoique embarrassée était intelligible, la déglutition n'était que peu gênée. A partir de ce moment, nous fûmes témoin de la progression des symptômes ; elle ne fut pas régulière ; mais il y eut un certain nombre d'exacerbations, pendant lesquelles les symptômes devenaient plus prononcés. Ces accès duraient plusieurs jours, puis s'amendaient et la maladie reprenait son cours lentement progressif. Un de ces accès, au mois de juillet 1870, a duré près de deux semaines et s'est compliqué de fièvre et d'érythème noueux des membres inférieurs.

Vers cette époque ont commencé à survenir des accès d'une dyspnée intense, pendant lesquels il semblait que la malade dût succomber. Elle devenait aphone, éprouvait une sensation de constriction au larynx et ne pouvait respirer. En même temps la face s'injectait. Ces accès duraient de quelques secondes à une minute au dire du mari. Ils n'avaient lieu alors qu'à de rares intervalles et étaient séparés par plusieurs semaines. Il ne nous a pas été possible d'en être témoin, car ils étaient toujours terminés à notre arrivée.

Notre traitement fut celui du médecin qui nous avait précédé ; nous essayâmes en outre sans succès l'iodure, puis le brômure de potassium.

Les symptômes continuant à s'aggraver, la malade s'adressa à d'autres médecins ; l'un d'eux électrisa les muscles paralysés. En dernier lieu, elle alla voir M. Fauvel, et elle eut dans son cabinet un accès de dyspnée des plus violents. Apprenant que ces accès, devenant de plus en plus fréquents, se répétaient chaque jour, et même plusieurs fois dans une journée, d'autre part craignant que la malade ne succombât dans un de ces accès, M. Fauvel conseilla la trachéotomie préventive ; l'opération fut pratiquée par M. Péan, le 12 octobre 1872, et une canule fut placée à demeure dans la trachée. Depuis cette époque, le symptôme dyspnée a entièrement disparu, mais les deux autres, gêne de la déglutition et difficulté de l'articulation ont toujours été en augmentant.

Un mot maintenant sur chaque symptôme pris en particulier :

Les lèvres ne sont pas entièrement paralysées ; ainsi elles peuvent retenir les aliments et les boissons un certain temps. La salive s'échappe fréquemment ; mais cela tient au moins en partie à la difficulté de la déglutition. Les lèvres, fatiguées de la retenir dans la bouche, la laissent écouler. Elles sont loin cependant d'avoir leur force normale ; ainsi elles ne peuvent se porter en avant, comme dans les mouvements pour souffler, siffler, aspirer, embrasser.

Les mouvements de la langue ne sont pas impossibles ; ainsi, elle peut être tirée hors de la bouche, portée à droite à gauche, derrière les incisives supérieures, si toutefois les maxillaires sont suffisamment rapprochés. Si la bouche est largement ouverte, la langue s'arrête entre les incisives inférieures et les supérieures, sans pouvoir atteindre ces dernières.

Elle ne peut qu'imparfaitement se contracter d'avant en arrière pour conduire le bol alimentaire vers le pharynx.

Le voile du palais est sain en apparence. Si on le touche, il se relève vivement. Toutefois nous noterons certains troubles fonctionnels qui démontrent que ses fonctious sont incomplètes.

La contractilité électrique de tous ces muscles paraît conservée. Il résulte d'une lettre que nous a écrite M. Fauvel que l'examen laryngoscopique ne révèle rien de particulier.

Troubles fonctionnels. — Nous avons précédemment signalé l'impuissance des lèvres à accomplir les mouvements de souffler, siffler ou aspirer.

Nons avons également montré que la langue ne peut que difficilement diriger le bol alimentaire d'avant en arrière, vers le pharynx. Souvent il ne peut franchir l'isthme ; alors, après des essais infructueux, la malade le retire avec les doigts.

Il arrive fréquemment que les boissons reviennent par le nez ; plus rarement qu'une portion des boissons ou des aliments pénètre dans le larynx et en sort chassé par des efforts de toux.

La voix est un peu affaiblie ; mais elle est surtout fortement nasonnée.

Relativement à la prononciation, la lettre *a* est celle qui est prononcée le plus clairement et le plus facilement. La prononciation des lettres *e o* se rapproche de celle de l'*a*. Celle de l'*i* est plus imparfaite encore.

Les lettres *b* et *p* sont prononcées comme *mé* ; l'articulation des lettres *d* et *t* manque de netteté. Mais celle de l'*r* est absolument impossible, et, dans le son qu'émet la malade, on ne peut même distinguer quelque chose d'approchant.

Souvent la malade, d'un caractère emporté, s'irrite de ce qu'on ne la comprend pas, et sa parole devient d'autant plus embarrassée qu'elle fait des efforts plus grands et plus prolongés. Ainsi, quand elle est calme, elle parvient à prononcer deux ou trois mots à peu près intelligibles, puis les mots suivants ne sont plus que des sons inarticulés. Généralement, alors, elle se résigne à se faire comprendre par signe ou en écrivant.

Dans notre observation, comme dans celle de M. Duchenne, la force tonique des muscles des commissures a été moins atteinte que celle de l'orbiculaire ; il en résulte que l'orifice buccal est élargi, et que les commissures sont entraînées en haut et en dehors, ce qui donne à la physionomie un air pleureur.

Dans le cas actuel, la commissure du côté gauche est plus entraînée que celle du côté droit. Cette différence s'exagère et devient plus visible quand la malade essaye de parler.

(1) Voir les numéros des 14, 17, 19, 21 et 24 septembre 1872.

La sensibilité générale et la sensibilité spéciale de la langue ne paraissent pas altérées.

L'intelligence ne semble pas affaiblie; quelquefois il survient des crampes dans la nuque et dans les membres.

L'état général se ressent de la difficulté de la déglutition et de l'insuffisance de l'alimentation.

La lecture des observations de M. Duchenne, d'une part, la progression continue qu'ont suivie jusqu'ici les symptômes, d'autre part, nous font penser que la déglutition deviendra de plus en plus gênée, et que, en dehors de toute complication, la malade est exposée à succomber à une inanition plus ou moins lente.

Les observations de M. Duchenne ne diffèrent pas sensiblemen de la nôtre.

Voici les principales différences : La paralysie de la langue est souvent plus prononcée. Elle peut même être absolue; dans ce cas, la langue reste comme fixée au plancher de la bouche.

De même la paralysie du voile du palais peut être plus complète. A cette paralysie quelques auteurs attribuent l'impossibilité de souffler et la prononciation de *pe* comme *mé*, et ils l'expliquent par la division de la colonne d'air qui cesserait d'être retenue par le voile du palais, et dirigée tout entière dans la bouche.

Mais il nous semble évident que la paralysie des lèvres doit être considérée au moins comme une des causes de ces phénomènes.

Dans les observations de M. Duchenne, même paralysie de l'orbiculaire; seulement les deux commissures sont également entraînées en dehors, tandis que dans notre observation, la commissure du côté gauche est plus déviée. Même gêne de déglutition et même débilitation consécutive. Chez quelques malades, on a dû recourir à la sonde œsophagienne pour introduire des liquides alimentaires dans l'estomac.

Enfin des troubles respiratoires sous forme d'accès de dyspnée, qui, chez tous les malades que M. Duchenne a pu suivre, ont entraîné la mort. Notre observation démontre que ces troubles respiratoires sont laryngiens, au moins dans certains cas, sans que nous puissions affirmer qu'il en soit toujours ainsi.

Il est inutile d'insister sur le diagnostic de cette affection suffisamment caractérisée par la difficulté de la prononciation, la gêne de la déglutition, et surtout par l'examen de la langue, des lèvres et du voile du palais.

Nous avons montré combien le pronostic est sérieux. Aucun traitement médical n'a jusqu'ici été suivi d'un résultat favorable. Les malades succombent, pour la plupart, peut-être tous, dans un accès de dyspnée, quand on ne pratique pas la trachéotomie. L'observation ultérieure de notre malade nous permettra de constater ce que devient l'affection après cette opération. Il nous paraît probable que, sauf complication, la mort doit être la conséquence de l'inanition.

L'anatomie pathologique ne repose sur aucune autopsie. Cependant les deux nerfs faciaux et les deux nerfs hypoglosses étant atteints, il est très-probable que le siége anatomique est dans le bulbe ou la protubérance annulaire, et que les nerfs ont été atteints près de leur origine.

Il est plus difficile de se prononcer sur la nature de la lésion. La plupart des malades présentant les symptômes de cette affection sont considérés comme atteints de ramollissement cérébral. Nous devons toutefois ajouter que la lecture de différents travaux sur les affections des centres nerveux, et particulièrement de la thèse de M. Larcher, nous fait penser qu'il s'agit plutôt d'une sclérose. Mais ce n'est qu'une supposition qui a besoin d'être confirmée par l'examen anatomique.

La difficulté de l'articulation des sons résulte de la paralysie de la langue, de l'orbiculaire et du voile du palais. Le nasonnement et le rejet des boissons par le nez sont la conséquence de la paralysie du voile du palais ; la gêne de la déglutition s'explique par la paralysie de la langue et du voile du palais. L'état des constricteurs du pharynx n'est pas connu.

La paralysie des nerfs faciaux et hypoglosses est évidente. Rend-elle compte de tous les symptômes? Le muscle orbiculaire est animé par les faciaux, les muscles de la langue par les hypoglosses. Suivant M. Longet, tous les muscles du voile du palais, moins le péristaphilin externe, sont animés par les faciaux. Le fait semble démontré anatomiquement pour les piliers et physiologiquement pour les muscles péristaphylin interne et palato-staphylin.

La paralysie des nerfs faciaux et hypoglosses peut donc nous rendre compte de la difficulté de la prononciation et de la déglutition ; mais comment expliquer les troubles de la respiration? Nous avons montré qu'ils ont leur siége dans le larynx. Cela posé, tiennent-ils à un spasme ou à une paralysie des muscles du larynx ?

L'état paralytique d'autres muscles porterait à admettre plutôt l'existence d'une paralysie. Dans ce cas, ce serait le muscle respiratoire de la glotte, c'est-à-dire le crico-aryténoïdien postérieur qui serait atteint, et par conséquent le nerf qui l'anime. Quel est ce nerf? A cet égard, nous trouvons divergence des physiologistes. Pour M. Cl. Bernard, c'est le pneumogastrique lui-même, qu'il considère comme un nerf mixte.

Pour M. Longet, le pneumogastrique, purement sensitif, ne donnerait le mouvement au muscle respiratoire de la glotte que grâce à ses anastomoses avec certains nerfs, et particulièrement avec le facial et l'hypoglosse.

Mais il se présente une seconde hypothèse, c'est celle d'un spasme de la glotte qui expliquerait plus facilement le retour de la dyspnée par accès. Dans cette hypothèse, ce seraient les muscles vocaux ou constricteurs de la glotte qui seraient contractés, et, de l'aveu de tous les physiologistes, c'est le spinal qui les anime.

Ainsi les nerfs faciaux et hypoglosses sont incomplétement paralysés, et aussi soit les pneumogastriques, soit les spinaux.

En résumé, notre travail a pour but d'insister de nouveau sur la paralysie de la langue, des lèvres et du voile du palais, et d'établir que la dyspnée, qui paraît être un des symptômes constants et constamment mortels de cette affection, a pour siége, au moins dans certains cas, le larynx, et disparaît par la trachéotomie.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

293. Lavoix. De l'ictère grave pendant l'état puerpéral.
294. Pourteyron. Étude comparative sur l'anatomie et la pathologie des deux reins.
295. Carel. De la paracentèse de la chambre antérieure dans le traitement de l'hypopyon.
296. Lecerf. Du traitement de l'étranglement herniaire.
297. Sahuet. Deux causes d'hémorrhagie pulmonaire.
298. Beverley. De la thrombose cardiaque dans la diphthérie.
299. Védie. Étude médico-psychologique ou essai sur l'action des causes morales au point de vue de la pathologie, et en particulier de l'aliénation mentale.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 8 septembre 1872, M. Colin, médecin principal de 2e classe, professeur à l'École de médecine militaire, a été nommé médecin principal de 1re classe.

— Par décret du 26 août 1872, M. Jeannel, pharmacien principal de 1re classe à l'hôpital Saint-Martin, a été nommé pharmacien inspecteur.

— La Société de chirurgie reprendra ses séances le mercredi 2 octobre.

— Le 8 septembre a eu lieu, à Aoste, la cérémonie de l'inauguration de la statue de Cerise. Des discours ont été prononcés, à cette occasion, par le maire d'Aoste, par M. Martinet, avocat, président du comité, par M. le docteur Bourdin, au nom de la Société médico-psychologique dont Cerise avait été membre et président, et par MM. les docteurs Homolle et Valerio, membre de l'Académie royale de médecine de Turin, au nom des nombreux amis de ce si regretté confrère.

— *Création d'une polyclinique obstétricale à Paris.* — M. le docteur Verrier a l'honneur de prévenir MM. les élèves en médecine préparant leur cinquième examen, qu'il vient d'organiser une polyclinique d'accouchements dans le 6e arrondissement.

Ce mode d'enseignement, qui met MM. les élèves directement aux prises avec la pratique, comprend un nombre de lits proportionné au nombre des élèves inscrits. Ces lits sont répartis dans plusieurs locaux éloignés les uns des autres et à l'abri de la contagion puerpérale.

Une modique cotisation de 25 francs par mois sera due par chaque élève et appliquée à la nourriture des femmes de la polyclinique.

M. Verrier profite de la circonstance pour rappeler que son cours d'opérations obstétricales est absolument *public* et *gratuit*.

On s'inscrit, pour la polyclinique, soit à la librairie Savy, soit chez M. Verrier, 44, rue du Cherche-Midi, de 1 heure à 2 heures, soit enfin à l'amphithéâtre, 8, rue Larrey, aux jours et heures du cours. (Voir l'affiche.)

— A l'Université de Vienne (Autriche), vient d'être créée une chaire nouvelle pour l'enseignement du service de santé militaire. Le premier titulaire est un médecin militaire qui a fait la dernière campagne.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 114. — LUNDI 30 SEPTEMBRE 1872. 45e ANNÉE. LUNDI 30 SEPTEMBRE 1872. — N° 114

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. Kyste multiloculaire de l'ovaire compliquant une grossesse. (M. Guéniot). — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX. — Variété. — Nouvelles. — Bibliographies.

Paris, 30 septembre 1872.

Session de l'Association française pour l'avancement des sciences. — Résumé des travaux communiqués à la section des sciences médicales.

Nous nous sommes borné, dans le numéro du 24 septembre, à une simple énumération des travaux, mémoires et faits communiqués à la section médicale de l'Association française qui vient de tenir sa première session à Bordeaux. Indépendamment de l'intérêt général que doit inspirer une aussi louable entreprise que celle de « l'avancement et de la diffusion des sciences et de la rénovation de notre pays par les études et l'esprit scientifique, » pour nous servir des termes mêmes dont s'est servi l'éminent président en ouvrant la session, l'intérêt particulier qui s'attache à la plupart des communications médicales ou physiologiques dont nous avons indiqué les titres, suffirait, à lui seul, pour nous faire un devoir d'en présenter ici à nos lecteurs un résumé analytique.

Accroissement normal et pathologique des os.

Démontrer par de nouvelles expériences le mode d'accroissement des os par le cartilage, qu'il avait déjà cherché à établir dans ses précédents travaux, et répondre par des faits aux objections qui avaient été faites à cette théorie dans ces derniers temps, tel a été l'objet de la communication de M. Ollier.

M. Ollier, dans cette communication, s'est proposé : 1° de montrer que la théorie de l'accroissement interstitiel est erronée ; 2° que l'accroissement de l'os se fait par le cartilage.

Pour montrer que l'accroissement n'est point interstitiel, M. Ollier a fait l'expérience suivante : il enfonce dans l'épaisseur d'un os long, sur un jeune lapin, deux clous séparés par une distance donnée. Au bout de quelque temps on constate que l'os a grandi, qu'il s'est allongé, mais que la distance entre les clous n'a pas changé.

L'expérience suivante montre que l'accroissement a lieu par le cartilage épiphysaire. Il enlève chez un jeune animal une rondelle de cartilage de conjugaison; l'accroissement de l'os s'arrête. Il enlève, au contraire, dans le corps même de l'os une rondelle considérable et jamais dans ce cas l'accroissement n'est entravé.

A l'appui de ces expériences physiologiques, M. Ollier rapporte les faits cliniques suivants :

Toutes les fois que dans l'ostéite l'inflammation vient à porter sur la diaphyse d'un os long, cet os s'allonge, par suite de l'exsudation plastique qui se fait autour de ce point. Cette exsudation plastique s'infiltre peu à peu d'ostéoplastes et devient osseuse; une nouvelle portion d'os se forme; l'os s'accroît en longueur et en épaisseur.

Mais si, au lieu de porter sur la diaphyse ou l'épiphyse, l'inflammation vient à porter sur le cartilage épiphysaire, ou même sur les parties osseuses qui lui sont immédiatement contiguës, l'accroissement de l'os s'arrête d'une façon absolue.

Restait à observer comment l'accroissement des os se fait d'une façon inégale, irrégulière, suivant la position qu'ils occupent, le membre inférieur ne se développant pas dans le même sens que le membre supérieur. Ainsi une expérience analogue à la précédente a démontré que, pour le membre supérieur, l'humérus se développe par son cartilage supérieur, le cubitus et le radius par leur cartilage inférieur, de sorte que le coude reste étranger au travail d'accroissement; tandis que dans le membre inférieur, au contraire, tout le travail se passe autour du genou, les cartilages supérieur, pour le fémur, et inférieur, pour le tibia et le péroné, n'y prenant aucune part.

La clinique vient aussi, de son côté, à l'appui de ces expériences physiologiques, en montrant que les résections du coude, chez les enfants, n'entraînent d'autre raccourcissement dans le membre que celui qui résulte de l'ablation des extrémités osseuses; celles du genou, au contraire, entraînent des raccourcissements énormes.

Variole, vaccine et inoculation post-vaccinale.

Du travail lu sur ce sujet, M. Papillaud conclut que la vaccine, qui a une vertu préservatrice suffisante contre la variole sporadique, devient insuffisante contre la variole épidémique. La revaccination elle-même donne une préservation qui n'est ni complète ni certaine, tandis que la variole apporte une préservation plus durable et plus complète. D'où le conseil de pratiquer l'inoculation variolique postérieurement à celle de la vaccine (inoculation post-vaccinale), qui, selon lui, complétant et corroborant l'action prophylactique de la vaccine, mettrait ainsi entièrement à l'abri des atteintes de la variole.

Température animale.

Dans le mémoire de M. Paul Dupuy, sur la température animale, la question est étudiée à trois points de vue :

1° Au point de vue des actions chimiques. — M. Dupuy combat la doctrine de Frankland, d'après laquelle le liquide sanguin serait le siége principal des combustions et de la chaleur animale, et il admet que les actions chimiques ont pour siége la profondeur intime des divers tissus.

2° Au point de vue de la transformation des forces.— Cette transformation se produirait dans deux conditions : *a* Conversion du mouvement moléculaire en mouvement de masse; — *b* Conversion du mouvement de masse en mouvement moléculaire.

3° Au point de vue des aliments dynamophores. — Les aliments dits dynamophores (alcool, café, thé, coca, etc.), jouissant de la propriété de développer particulièrement certaines fonctions, leur emploi diminue cependant les actions chimiques et la chaleur animale, ce qui devait être le contraire dans la théorie de l'équivalence mécanique de la chaleur, pour expliquer l'exagération de certaines fonctions sous leur influence; d'où cette conclusion que si les actions chimiques sont des conditions de l'activité cérébrale et de l'activité musculaire, il n'est pas démontré qu'elles en soient le principe.

Dynamisme comparé des hémisphères cérébraux chez l'homme.

M. de Fleury, partant comme d'une donnée acquise, du fait de la prééminence fonctionnelle de l'hémisphère cérébral gauche sur son congénère droit, a recherché quelle pouvait être la cause directe ou la détermination de cette inégalité fonctionnelle des grands centres nerveux. C'est dans l'étude de la disposition et de la structure du système artériel et veineux sus-aortique chez l'homme qu'il a cru la trouver. Les raisons qui l'ont porté à placer le développement inégal des lobes cérébraux sous la dépendance d'une disposition spécialement asymétrique du système sanguin cérébro-brachial, reposent sur ce fait que devait déjà faire prévoir la différence de disposition et de calibre du tronc brachio-céphalique à droite et de la carotide primitive à gauche, savoir : que des masses différentes de sang s'engagent dans des conditions d'intensité et de célérité également différentes, pour le bras droit et le cerveau droit, d'une part, et pour le cerveau gauche et le bras gauche, d'autre part.

La mensuratiou des aires des calibres du tronc brachio-céphalique, des deux sous-clavières et des deux carotides lui a donné les différences qui lui ont permis de formuler les déductions suivantes :

La carotide interne du côté gauche reçoit un peu plus de sang pour le même temps que la carotide interne du côté droit, dans le rapport de 35 à 31. La sous-clavière droite, au contraire, reçoit notablement plus de sang que la sous-clavière gauche, comme 49 est à 38, chez les individus qui exercent beaucoup le bras droit. De telle sorte que, le lobe gauche du cerveau qui doit commander au membre droit, est le plus richement hématosé, tandis que le tronc brachio-céphalique, qui porte plus de sang au bras droit, en donne moins au lobe droit.

Cette inégalité dans la distribution de l'hématose est spéciale aux lobes antérieurs du cerveau; pour la partie postérieure de l'encéphale la symétrie anatomique est rétablie.

Emploi de la vératrine dans les affections cardio-vasculaires non encore parvenues à la période cachectique.

Voici les conclusions du mémoire lu sous ce titre par M. le docteur Bitot :

« 1° La vératrine est un agent précieux contre les troubles cardio-vasculaires;

« 2° Elle convient surtout dans les troubles qui accompagnent l'hypertrophie fonctionnelle du cœur;

« 3° Par rapport au cœur, contrairement à la digitale, à dose physiologique, elle est atonique ou hyposthénisante;

« 4° A dose physiologique, elle n'est pas spoliatrice, comme la digitale. La continuité de son usage n'a donc pas les mêmes dangers;

« 5° Son rôle paraît être compensateur indirect. En suractivant la neurilité et la contractilité de la vie animale, elle fait taire la suractivité morbide du système nerveux et des fibres contractiles de la vie végétative;

« 6° Son action est très-distincte de celle de la digitale; quand donc cette dernière sera impuissante, il faudra en appeler à l'autre;

« 7° De même que la digitale, la vératrine est contre-indiquée dans la période ultime des affections cardio-vasculaires;

« 8° Il y a lieu de l'expérimenter dans toutes les maladies qui affectent le système nerveux de la vie végétative. »

Nous poursuivrons cette analyse dans l'un des prochains numéros.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. Guéniot

Suppléant M. le professeur Depaul.

(Leçon recueillie par M. le docteur G. Chantreuil, chef de clinique.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire compliquant une grossesse.

Messieurs, je désire vous entretenir aujourd'hui d'une femme qui est entrée dans nos salles avec un kyste volumineux de l'ovaire, compliquant une grossesse d'environ cinq mois. Ce fait est particulièrement instructif par les caractères insolites qu'il a présentés et par l'erreur de diagnostic qui s'en est suivie, erreur d'ailleurs presque inévitable, comme vous en jugerez vous-mêmes d'après l'observation.

La femme dont il s'agit est âgée de 36 ans, et déjà mère de trois enfants. Sa menstruation, ordinairement régulière, parut pour la dernière fois le 25 février dernier. Le 2 août, son ventre ayant acquis un volume et un poids considérables, qui ne lui permettaient plus de se mouvoir librement, elle vint à la Clinique réclamer notre assistance. D'après son dire (et sur ce point elle est très-affirmative), ce n'est que dans le courant de mai, lorsque la grossesse eut atteint environ deux mois et demi, que son abdomen prit tout à coup un développement inusité : jusque-là, tout s'était passé très-normalement, et jamais il n'y avait eu le moindre indice d'une tumeur pathologique dans le ventre.

Dès l'entrée de cette femme à l'hôpital, on put constater que son abdomen était beaucoup plus développé que dans une grossesse normale, même arrivée à terme. Les parois du ventre étaient lisses, tendues, ne se laissant point déprimer; par la palpation, on percevait, sur presque toute leur étendue, une sensation de flot, particulière aux grandes collections de liquide. La matité ne se déplaçait point, quelque position que l'on fit prendre à la malade.

Par le toucher, on constatait à travers le cul-de-sac antérieur du vagin, la présence d'un corps solide, que l'impulsion du doigt faisait ballotter avec facilité. C'était le fœtus, flottant dans une quantité surabondante de liquide. Notez bien, messieurs, cette circonstance, car c'est elle qui, jointe au développement si rapide de l'abdomen et aux renseignements très-explicites de la malade, (qui affirmait, avec un ton de parfaite sincérité, qu'avant la gestation, son ventre était plutôt diminué qu'augmenté), c'est cette circonstance, dis-je, qui, fortifiée par d'autres, nous fit admettre l'existence d'une grossesse morbide et formuler le diagnostic : *hydropisie de l'amnios*. Et remarquez que tous les hommes d'expérience qui ont examiné cette femme sont arrivés à la même conclusion, au même diagnostic.

Aucun symptôme ne commandait, d'ailleurs, une intervention quelconque. Malgré le volume du ventre, il n'existait que fort peu d'oppression; la malade ne se sentait gênée dans la respiration que pendant le décubitus horizontal; ses membres inférieurs étaient faiblement œdématiés; les fonctions digestives restaient en excellent état.

Pendant les journées du 11, du 12 et du 13 août, elle ressentit à diverses reprises des douleurs qui disparaissaient dès qu'elle reprenait le lit. Mais à une heure du matin, le 14, les choses changèrent : après quelques contractions utérines, les membranes de l'œuf se rompirent brusquement pendant des efforts de défécation. La quantité de liquide amniotique qui s'écoula ainsi fut évaluée à un litre ou un litre et demi ; et cette évacuation fut suivie aussitôt d'une perte d'environ trois cents grammes de sang. Le volume du ventre n'en fut pas sensiblement diminué et la palpation démontrait, comme auparavant, l'existence dans sa cavité d'une vaste poche fluctuante. S'agissait-il bien encore d'une hydramnios ?

Voici ce que nous pensâmes à cet égard. Ne renonçant pas à notre premier diagnostic qui nous semblait solidement établi, il nous parut probable qu'il existait deux œufs dans la matrice et que les membranes de l'un s'étaient seules rompues ; la collection de liquide devait siéger dans l'autre, dont les enveloppes restaient jusque-là intactes. On ne pouvait admettre, en effet, que la tête fœtale, engagée dans l'orifice, fermât si bien toute issue au liquide que celui-ci ne pût s'écouler dans l'intervalle des contractions, s'il eût rempli la cavité de l'œuf rompu. Or, depuis la première perte de liquide, il ne s'écoulait ni eau, ni sang des parties génitales.

Cependant, il nous fallut bientôt renoncer à cette hypothèse d'une grossesse gémellaire de même qu'au diagnostic primitif. L'accouchement terminé, je cherchai vainement l'apparition d'une seconde poche fœtale à l'orifice utérin ; aucun corps ne s'offrit à mon doigt, la cavité utérine me parut libre. Quels étaient donc le siége et la nature de la collection liquide qui remplissait l'abdomen ? Les parois de celui-ci ayant perdu de leur tension et la main pouvant les déprimer assez pour explorer la tumeur, il nous fut facile de constater dans celle-ci la présence de corps durs, irréguliers, très-peu mobiles, qui occupaient un point de sa périphérie et qui, à n'en pas douter, étaient formés par des masses fibro-cystiques : il s'agissait donc d'un *kyste multiloculaire de l'ovaire*.

Un mot, encore, sur la marche que présenta le travail. Après la perte d'eau et de sang dont je vous ai parlé et qui eut lieu au moment même de la rupture de l'œuf, les contractions utérines s'établirent avec une certaine énergie ; la malade en compta sept jusqu'à 5 heures du matin. A partir de ce moment, elles diminuèrent d'intensité et s'éteignirent vers 7 heures 1/2.

Au moment de la visite (9 heures du matin) le toucher permettait de sentir une petite tête fœtale engagée dans l'orifice utérin qui n'était pas encore franchi ; les choses restèrent dans le même état jusqu'au soir ; la malade n'accusa aucune douleur, et cependant il faut bien admettre qu'il se produisit des contractions, puisque je trouvai à 9 heures du soir, quand je vins examiner cette femme, la tête reposant sur le plancher du bassin. Je pus, alors au moyen du forceps, extraire un fœtus non viable, du poids de 690 grammes, qui mourut vingt minutes après sa naissance. La délivrance n'offrit de particulier qu'une perte de sang plus abondante qu'à l'ordinaire.

En résumé, Messieurs, vous voyez qu'il ne s'agissait nullement, comme nous l'avions pensé, d'une hydropisie de l'amnios, mais bien d'un kyste de l'ovaire compliquant la grossesse. Quels sont donc les phénomènes qui nous ont ainsi donné le change ? C'est ce qu'il importe de faire ressortir à vos yeux.

Je vous ai dit déjà, d'une part, que nous obtenions par le toucher vaginal un ballottement facile et très-marqué du fœtus ; que, d'une autre part, la malade, femme très-intelligente, ne faisait remonter le développement de son ventre qu'au troisième mois de la grossesse ; et enfin, que ce même développement avait offert une rapidité tout à fait insolite, puisque en moins de trois mois il avait atteint les proportions que vous connaissez (un mètre quinze centimètres de circonférence). Eh bien, ce sont là autant de particularités qui caractérisent l'hydropisie de l'amnios, tandis qu'elles sont pour ainsi dire inconnues dans l'évolution des tumeurs qui compliquent la grossesse.

J'ai vu déjà bon nombre de ces grossesses compliquées ; jamais je n'ai observé, dans leur cours, les phénomènes dont il s'agit. Toujours, le kyste préexistant à la gestation pouvait être distingué de la tumeur utérine. Le premier, en effet, refoulé en haut et du côté de l'ovaire d'où il émane, laisse percevoir à la palpation l'utérus gravide qui s'élève au dessus des pubis ; et cela d'autant mieux, que les parois utérines se contractant d'une façon intermittente révèlent leur présence par une augmentation de consistance appréciable à la main. Ces contractions indolores, ce durcissement des parois utérines constituent un fait précieux au point de vue du diagnostic, fait que vous ne sauriez trop vous rappeler lorsque vous aurez à différencier une tumeur formée par la matrice d'une autre appartenant à un organe voisin. Tout récemment je lisais qu'un auteur anglais a présenté ce signe comme une nouveauté de haute importance pour le diagnostic. Mais il est chez nous de pratique courante et depuis de longues années. M. Dubois l'avait déjà indiqué et M. Depaul ne manque jamais d'en faire ressortir la valeur. Or, ce signe révélateur, qui nous eût permis de distinguer l'utérus de la tumeur ovarienne, nous en avons été totalement privé chez la femme dont je vous entretiens. Le kyste, étalé dans l'abdomen, recouvrait de toutes parts la matrice et rendait cet organe inaccessible à la palpation sus-pubienne. Bien plus, les parois elles-mêmes de la tumeur ovarienne, que vous voyez aujourd'hui parsemées de saillies dures et inégales (indice certain à mes yeux de l'existence de masses fibro-cystiques) ne nous donnaient, pendant la grossesse, qu'une sensation uniforme de tension élastique ; les corps indurés que nous percevons si aisément depuis la déplétion de la matrice, échappaient auparavant à notre exploration ; et c'est ainsi que la paroi générale du kyste ovarique a pu être prise pour celle d'un utérus distendu et sans ressort.

Telles sont, messieurs, les différentes causes de notre illusion. Vous le voyez, d'une part, ce sont des signes positifs d'hydropisie de l'amnios ; et, d'autre part, l'absence de signes caractéristiques d'une tumeur ovarienne, qui nous ont conduit à méconnaître l'une au profit de l'autre.

Cette erreur mérita d'autant plus d'être signalée, qu'un clinicien consommé comme l'est M. Depaul l'a complétement partagée, et que nos deux chefs de cliniques, MM. Chantreuil et de Soyre y ont participé comme nous jusqu'au dernier moment. Si vous lisez les relations d'ovariotomie publiées en Angleterre, vous trouverez des exemples tout aussi singuliers de diagnostic inexact. Mais ici, l'erreur est inverse ; c'est la grossesse qui a été méconnue jusqu'à l'instant où la main du chirurgien, plongeant à travers une large incision dans la cavité abdominale, reconnaissait, à côté de la tumeur à extirper, la tumeur physiologique formée par l'utérus gravide.

Chose singulière, M. Spencer Wells, qui quatre fois opéra dans de telles circonstances, parvint à sauver plusieurs de ses malades ; et chez l'une, la grossesse put même continuer son cours jusqu'au terme normal.

Notre erreur à nous, messieurs, je me hâte de le dire, n'a été en rien préjudiciable à la malade et ne pouvait l'être. Mais con-

sidérée en elle-même, au point de vue purement scientifique, était-elle fatale, inévitable? Je n'oserais assurément le dire. Les détails qui précèdent suffisent d'ailleurs à vous édifier sur ce point.

Malgré les circonstances qui ont déterminé ce diagnostic fautif et qui, je dois le dire, le rendaient fort plausible, voici, après réflexion, les particularités qui, peut-être, eussent permis d'en suspecter l'exactitude.

1° Presque toujours, dans l'hydropisie de l'amnios, vous pouvez sentir, à travers la paroi abdominale antérieure, le fœtus se déplacer, subir sous l'action de votre main un véritable ballottement. Or, chez notre malade, nous n'avons jamais perçu ce ballottement abdominal. C'est seulement à travers le segment inférieur de l'utérus qu'on pouvait, par le toucher vaginal, sentir ce déplacement en masse du fœtus (ballottement vaginal, ballottement proprement dit).

2° La même exploration nous permettait, en outre, de constater que ce segment inférieur était plus épais qu'il n'eût dû l'être, s'il avait existé une distension de l'utérus par une grande quantité de liquide.

3° Enfin, le début de l'hydramnios est ordinairement plus tardif qu'il ne l'a été chez notre malade; au lieu d'apparaître vers deux mois et demi, cette hydropisie se produit vers quatre mois, quatre mois et demi et même cinq mois, c'est-à-dire quand les mouvements du fœtus commencent à être très-actifs. Notez en passant, messieurs, que notre malade n'a jamais senti les mouvements de son enfant; et cependant celui-ci vint au monde bien vivant, quoique non viable. Ce défaut de perception des mouvements actifs du fœtus pouvait encore faire soupçonner l'existence d'une tumeur séparant la paroi abdominale de l'utérus gravide. Mais, il faut bien l'avouer, ce signe, comme les précédents, n'a qu'une valeur secondaire; et même avec eux, une erreur de diagnostic serait parfois fort difficile à éviter.

Maintenant, messieurs, examinons quelle a été l'action du kyste sur les fonctions de la génération, et réciproquement de celles-ci sur le développement du kyste. Cet exemple vous prouve que si les tumeurs de l'ovaire rendent la conception difficile, du moins elles ne la rendent pas impossible. C'est d'ailleurs un fait qui n'a rien de surprenant, car on comprend à merveille que l'ovaire sain puisse accomplir sa fonction comme dans l'état normal. Bien plus, la portion restée saine de l'ovaire malade peut elle-même, d'après certaines observations, donner naissance à des ovules suceptibles d'être fécondés.

Relativement à la grossesse, nous voyons que la tumeur ovarique a exalté ces contractions latentes dont l'utérus est naturellement le siége dans le cours de la gestation, contractions sous l'influence desquelles l'avortement s'est produit. L'utérus, entravé dans son développement, et surexcité outre mesure par la présence du kyste, dut en effet expulser son contenu. Cependant, ne croyez pas qu'il en soit toujours ainsi. Parfois, au contraire, la résistance à l'avortement est des plus marquées. J'ai souvenir d'avoir vu, il y a quelques années, dans le service de Velpeau, une femme venue tout exprès de la province, pour se faire traiter d'un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse de quatre mois et demi. Une ponction du kyste avait donné issue à neuf litres de liquide. Des accidents formidables survinrent à la suite et causèrent la mort en l'espace de quatorze heures. Et, chose extraordinaire, aucun indice de travail ne se produisit dans le cours de ces accidents.

En réalité, ce qu'on observe le plus souvent dans les cas analogues à celui de notre malade de la Clinique, c'est la continuation de la grossesse jusqu'à terme ou jusque près du terme.

Quelle a été l'influence du kyste sur la marche du travail? Il est évident que celle-ci a été ralentie par la présence de la tumeur. Les douleurs ont été faibles, rares, inefficaces, puisque, vingt-deux heures après la rupture de la poche des eaux, nous avons été obligé d'user du forceps pour extraire un fœtus de si faible volume.

Quant aux suites de couches, elles ont été aussi régulières que possible; la santé générale de la femme est restée excellente pendant cette période, et aujourd'hui, 5 septembre, elle quitte la Clinique dans un état des plus satisfaisants. Depuis l'accouchement, son kyste nous paraît avoir diminué plutôt qu'augmenté, bonne raison pour différer toute intervention chirurgicale.

Réciproquement, l'influence qu'a exercée la grossesse sur le développement de la tumeur n'est pas moins évidente. Nous en trouvons la preuve dans l'accroissement subit de cette dernière deux mois et demi après la conception. Ce phénomène, du reste, n'est pas particulier aux kystes de l'ovaire. On le voit se produire quelquefois, pendant la gestation, dans les tumeurs liquides qui occupent la sphère des organes génitaux: grandes lèvres, vagin, partie supérieure des cuisses, etc.

Les tumeurs solides elles-mêmes, lorsqu'elles sont vascularisées, peuvent participer à ce travail d'hypertrophie qui envahit les parties voisines de l'utérus. e me garde toutefois d'assimiler à ces dernières les fibromes utérins durs et de date récente que j'ai trouvés tant de fois, sans aucune modification apparente, chez les nouvelles accouchées. Je sais que cette opinion n'est point celle qui est généralement adoptée, et particulièrement celle que professe mon savant maître, M. Depaul; mais, malgré une si puissante autorité, les faits multipliés qui sont passés sous mes yeux, soit dans les hôpitaux sur la femme vivante, soit à la Société anatomique sur des pièces pathologiques, m'ont convaincu de l'inexactitude de la doctrine régnante. Du reste, qu'il vous suffise de savoir que la question est à l'étude, et que sa solution définitive réclame de nouvelles données.

Quant à l'hémorrhagie qui a suivi la rupture des membranes, hémorrhagie qui eût pu devenir inquiétante, mais qui heureusement n'a pas eu de suites fâcheuses, je ne vous en parlerai pas aujourd'hui. Retenez seulement qu'elle a été provoquée par une déplétion trop brusque de la matrice et par un décollement consécutif d'une portion du placenta. C'est donc un accident qu'il faut savoir prévenir en ne rompant jamais les membranes que quand la femme est dans le décubitus horizontal.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 17 mai 1872 (1). — Présidence de M. Forget.

RAPPORT

Sur la candidature de M. le docteur Blumenthal au titre de membre titulaire.

M. le docteur Blumenthal a lu à la Société un travail sur l'affection décrite par M. Duchenne (de Boulogne) sous le nom de *paralysie glosso-labio-laryngée*. Dans ce travail, M. le docteur Blumenthal rapporte l'observation d'une malade qu'il a soignée, et chez laquelle il a pu suivre la marche de la maladie pendant près de trois

(1) Voir les numéros des 14, 17, 19, 21, 24 et 26 septembre 1872.

ans. Comme dans la plupart des cas, la malade a commencé par éprouver de la difficulté dans l'articulation des mots et dans la déglutition ; ces phénomènes ont augmenté progressivement et se sont bientôt accompagnés d'accès de dyspnée.

La marche de l'affection, au lieu d'être continue, s'est faite par une série d'exacerbations, accompagnées quelquefois de fièvre, et une fois d'érythème noueux des membres inférieurs. Cette progression de la maladie par accès est d'ailleurs très-fréquente dans d'autres affections chroniques du système nerveux.

Le fait important qui ressort de l'observation de M. Blumenthal est la cessation plus ou moins complète des accès de dyspnée par l'opération de la trachéotomie.

Les accès de dyspnée, pendant lesquels la malade devenait aphone, éprouvait une sensation de constriction du larynx et ne pouvait plus respirer, devenant de plus en plus fréquents et pouvant faire succomber la malade, la trachéotomie fut pratiquée au mois d'octobre 1871, et, depuis cette époque, l'affection, tout en continuant à progresser, ne détermine plus de dyspnée. M. Blumenthal a raison, à notre avis, de supposer que, d'après ce fait, on doit admettre une contraction spasmodique des muscles constricteurs de la glotte, au moins à cette période de la maladie.

M. Blumenthal n'insiste point sur la lésion anatomique de la paralysie glosso-labio-laryngée; il ne pense pas, dans tous les cas, qu'elle soit encore bien précisée. Nous croyons, quant à nous, que cette lésion est actuellement connue, et que la pathogénie de cette affection est éclaircie, grâce aux recherches de savants anglais, et, en France, de M. Duchenne et des médecins de la Salpêtrière.

La lésion principale consiste dans une altération plus ou moins profonde des cellules nerveuses qui porte sur les noyaux d'origine des différents nerfs paralysés, et principalement de l'hypoglosse, du facial, du spinal et du pneumogastrique. Ces lésions anatomiques expliquent si facilement tous les symptômes que l'on observe dans le cours de la maladie, que nous croyons inutile d'insister sur ce point.

Beaucoup de cas de paralysie glosso-labio-laryngée sont compliqués d'atrophie musculaire progressive des membres supérieurs; aussi, en même temps que l'atrophie ou la disparition des maux d'origine des nerfs hyperglosse, facial, spinal, pneumogastrique, on trouve encore des altérations des cellules nerveuses motrices de l'axe spinal.

Voici donc un premier fait qui paraît être bien établi : la paralysie glosso-labio-laryngée est une affection du système nerveux central, consistant dans l'atrophie ou la disparition des cellules nerveuses. Les phénomènes de paralysie et d'atrophie musculaire ne sont pas consécutifs à l'altération des cellules nerveuses.

Ces altérations, et c'est là un fait des plus importants, ont un caractère commun avec celles d'autres affections, et surtout avec l'atrophie musculaire progressive. Ces deux maladies sont, en effet, identiques dans leur développement et dans leur nature. La différence des symptômes n'est due qu'au siége différent de la lésion.

Dans l'atrophie musculaire progressive, comme dans la paralysie glosso-labio-laryngée, la lésion anatomique consiste dans l'atrophie et dans la disparition des cellules nerveuses motrices; dans l'une comme dans l'autre affection, les symptômes, peu tranchés au début, augmentent peu à peu et vont toujours en progressant, et, de plus, l'hérédité a souvent une influence très-grande dans la production de ces deux affections.

Nous avons également eu l'occasion d'observer un fait commun à ces deux maladies, et qui consiste dans une modification caractéristique de la contractilité électro-musculaire. Celle-ci, tout en persistant pour les courants induits, dans les cas d'atrophie musculaire progressive, est affaiblie et très-rapidement épuisée; tandis qu'à cette période les courants continus déterminent des contractions plus facilement que sur des muscles sains. Cette différence d'action des courants électriques est également une preuve certaine de l'altération primitive des nerfs qui, consécutivement, détermine les modifications trophiques des muscles. Dans un cas de paralysie glosso-labio-laryngée, que nous avons observé, nous avons constaté les mêmes faits, au point de vue de la contractilité des muscles paralysés et surtout des muscles de la face; ces muscles se contractent moins énergiquement que des muscles sains, sous l'influence des courants induits, tandis que, sous l'influence des courants continus, ils se contractaient avec un courant plus faible que celui qu'on était obligé d'employer pour déterminer la contraction des muscles sains homologues.

Un seul fait, sur lequel MM. Duchenne et Joffroy ont beaucoup insisté, semble différencier l'atrophie musculaire progressive de la paralysie glosso-labiale-laryngée. Pour ces auteurs, il y a deux formes dans cette dernière affection : celle dans laquelle la langue et les autres muscles, considérablement atrophiés, peuvent encore exécuter tous les mouvements, et celle où la langue, tout en conservant son état normal, est complétement paralysée.

MM. Duchenne et Joffroy s'appuient sur ces faits pour admettre la division des cellules nerveuses en cellules motrices et en cellules trophiques. L'altération des cellules motrices entraînerait la paralysie sans atrophie, tandis que l'altération des cellules trophiques déterminerait de l'atrophie sans phénomènes paralytiques.

Nous ne pouvons nous étendre ici sur toutes les objections que nous pourrions opposer à la théorie des nerfs trophiques; nous dirons seulement que cette théorie, qui a été imaginée pour expliquer certains cas pathologiques, n'est nullement nécessaire, car on p comprendre la cause des altérations trophiques à la suite des sions nerveuses, sans avoir recours à cette hypothèse.

Quant à la différence signalée par MM. Duchenne et Joffroy, elle est réelle, mais il nous semble qu'ils l'ont beaucoup exagérée, car il n'est nullement démontré qu'il existe des cas de paralysie complète de la langue sans aucune atrophie des fibres musculaires. Dans la plupart des autopsies rentrant dans ces cas, on n'a pas examiné l'état des muscles, ou au moins ne les a-t-on examinés que très superficiellement. De plus, il faut que l'atrophie de la langue soit bien prononcée pour qu'on s'en aperçoive ou qu'on en soit frappé. L'observation de M. Blumenthal nous en fournit un exemple remarquable; car ni les autres médecins qui ont vu la malade, ni lui-même, malgré sa grande et sérieuse expérience clinique, n'ont fait attention à ce symptôme. M. Blumenthal ne le relate pas, et il était convaincu qu'il n'existait pas. Notre confrère eut l'obligeance de nous faire examiner la malade, et nous pûmes constater qu'il y avait, en effet, un léger amoindrissement du volume de la langue et des contractions fibrillaires existaient, au dire de la malade, depuis bien longtemps.

Récemment encore, dans une conversation particulière, un de nos confrères me citait un cas de paralysie glosso-labio-laryngée, qu'il avait observé avec M. Duchenne. Je lui demandai s'il n'avait pas constaté d'atrophie de la langue, et sa réponse fut négative, mais il me dit néanmoins qu'il avait observé des contractions fibrillaires dans la langue plusieurs fois avant la mort. Or, je crois affirmer une chose exacte, en soutenant que tout muscle qui, pendan un temps plus ou moins long, présente des contractions fibrillaires, et même dès qu'il en présente, est un muscle dont la nutrition commence à s'altérer et qui va s'atrophier.

La conclusion que nous voulons tirer de cette critique est qu'il est impossible de distinguer d'une manière aussi nette les cas de paralysie glosso-labio-laryngée, accompagnée d'atrophie évidente, de ceux où elle n'est point apparente. Dans tous ces cas, il y a une altération des muscles, seulement celle-ci est plus ou moins rapide, plus ou moins ancienne.

Les différences qu'on observe peuvent être dues à la marche de la maladie, au siége de la lésion primitive, sans qu'il soit nécessaire de revenir à l'hypothèse de cellules nerveuses trophiques.

Nous disons que la marche de la maladie et le siége de la lésion primitive peuvent expliquer comment, dans certains cas, l'atrophie est prédominante, tandis que, dans d'autres cas, les symptômes paralytiques semblent exister seuls, parce que ces mêmes phénomènes et ces mêmes variétés existent également dans d'autres affections, et surtout dans l'atrophie musculaire progressive.

Récemment, M. Gombaut, interne de M. Charcot, a présenté à la Société de biologie une observation qui peut nous donner l'explication que nous cherchons. Il s'agit d'une femme atteinte de paralysie des membres compliquée d'atrophie musculaire; mais c'est la paralysie qui a débuté. A l'autopsie, on trouva une sclérose des cordons latéraux, ce qui explique la paralysie, et une atrophie des cellules motrices, c'est-à-dire la lésion constante de l'atrophie progressive.

La loi fondamentale qui semble ressortir de cette observation et des recherches modernes sur la pathogénie des maladies chroniques des centres nerveux est que les lésions des cordons, de la moelle, amènent de la paralysie sans atrophie musculaire, tandis que les altérations des cellules de la substance grise déterminent de l'atrophie musculaire et consécutivement, mais non d'emblée, des sypmptômes paralytiques.

Cette distinction existe pour toutes les régions de l'axe spinal, et il est illogique de l'admettre également pour les lésions du bulbe et de l'isthme encéphalique. Si donc, dans la paralysie labio-glosso-aryngée, la lésion débute par les régions renfermant les tubes nerveux, les symptômes primitifs sont des phénomènes paralytiques, et l'atrophie n'arrive que plus tard, et, en général, elle ne peut arriver à une période très-avancée, car la paralysie du spinal et du pneumogastrique détermine très-rapidement la mort. Au contraire, lorsque la lésion atteint primitivement les cellules nerveuses, le premier symptôme est l'atrophie des fibres musculaires en relation avec ces cellules, et la paralysie n'arrive que plus tard et comme conséquence de la disparition des éléments nerveux et de la fibre musculaire.

Nous ne pouvons nous étendre plus longuement sur tous ces faits et sur les lois générales qui, d'après les recherches modernes, semblent en ressortir; nous vous ferons seulement remarquer que, à mesure que les procédés d'investigation deviennent plus nombreux, la lumière se fait dans ces affections obscures que les médecins les plus célèbres considéraient, il y a encore fort peu de temps, comme des affections essentielles. L'honneur de ces découvertes et de ce progrès important revient en grande partie, nous sommes heureux de le constater, à des savants français qui non-seulement ont apporté dans ces travaux leur science et leur expérience personnelle, mais qui ont su, ce qui est le plus beau titre de gloire, faire travailler autour d'eux.

Certes, dans ces recherches, les cliniciens n'ont point un rôle secondaire, et nous devons tous concourir à cette œuvre commune, d'une part par la physiologie et l'anotomie pathologique, et d'autre part par l'observation clinique exacte. C'est ce dernier rôle qu'a rempli M. le docteur Blumenthal, et nous le félicitons d'avoir choisi un sujet si intéressant, où les détails même les plus insignifiants ont leur valeur, car ils servent de matériaux pour de nouvelles recherches.

Nous ajouterons que M. le docteur Blumenthal est un confrère très-humble et très-instruit. Il a été interne des hôpitaux de Paris, et sa thèse inaugurale, sur les hémothorax traumatiques qui peuvent nécessiter la thoracentèse, est un travail très-important et très-utile.

Au nom de la commission composée de MM. Charrier, Blachez et Onimus, rapporteur, nous vous proposons de renvoyer le travail de M. Blumenthal au comité de publication, et d'inscrire M. Blumenthal sur la liste des membres titulaires.

LE RAPPORTEUR propose d'inscrire M. Blumenthal sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et le rapport est renvoyé au comité de publication.

M. DUCHENNE (de Boulogne) demande que la discussion ne soit mise à l'ordre du jour que lorsque le travail de M. Blumenthal et le rapport de M. Onimus auront été publiés.

La séance est levée à 5 h. 1/4.

Le secrétaire annuel : Dr AD. TISSIER.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juillet 1872. — Présidence de M. MOISSENET.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. FÉRÉOL présente un malade atteint de lupus de la gorge.

RAPPORTS

M. BESNIER donne lecture du rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

M. Besnier, dans ce rapport, appelle l'attention de ses collègues sur ce qu'il désigne du nom de *catarrhe d'été* ou de grippe d'été. Il pense qu'il y a là un sujet d'étude qui ne manque pas d'un certain intérêt.

Rien d'ailleurs de bien particulier dans ce dernier trimestre, si ce n'est l'extrême bénignité de la constitution médicale.

M. BOURDON rappelle que lorsqu'il a fait connaître à la Société l'épidémie de fièvre puerpérale qui sévisssait à la Charité, M. Hervieux a pris la parole et s'est de nouveau félicité de l'excellent état de choses qui ne cessait plus de régner à la Maternité depuis les mesures sanitaires et hygiéniques auxquelles il s'astreignait et auxquelles il attribuait l'absence d'accidents puerpéraux dans cet établissement. Or, aujourd'hui, M. Bourdon apprend qu'une épidémie de fièvres puerpérales sévit à la Maternité, et il exprime le regret de ne pas voir M. Hervieux parmi ses collègues, car il l'aurait prié de donner à la Société quelques renseignements sur cette épidémie.

M. LORAIN succède à M. Empis à la Pitié. Il se trouve par conséquent avoir sous sa direction cette salle d'accouchements de la Pitié devenue célèbre par l'espèce de privilége dont elle paraissait jouir depuis longtemps déjà vis-à-vis de la fièvre puerpérale. M. Lorain s'est bien gardé de rien changer à ce qui existait : même bâtiment, même religieuse. Cet état de choses, signalé par M. Empis, était vraiment si surprenant qu'on se trouvait fort embarrassé pour l'expliquer, mais on ne saurait expliquer davantage le changement soudain qui vient de se produire dans cette même salle, où l'on est actuellement rentré dans l'ordre, c'est-à-dire dans la fièvre puerpérale.

M. CHAUFFARD rappelle avoir signalé à la Société l'épouvantable épidémie de fièvre puerpérale qui régnait à Necker depuis le mois de janvier. Sur la demande de M. Chauffard, ce service d'accouchement fut fermé, puis complétement nettoyé. Tout y fut changé. A peine fut-il ouvert de nouveau, que, sur six femmes qui entrent pour accoucher, deux meurent de fièvre puerpérale, et tous les accidents puerpéraux reparaissent de nouveau. M. Chauffard ne peut s'empêcher de rapprocher ces faits de ce qui se passait pendant le siége à la même époque, où l'on se trouvait dans de si mauvaises conditions à tous égards, et où on n'a pas observé d'accidents puerpéraux.

Quant à l'état de choses qui a lieu à la Maternité, M. Chauffard se joint au regret exprimé par M. Bourdon de ne pas voir M. Hervieux venir plus souvent donner à ses collègues des nouvelles de ce qui s'y passe.

M. MOISSENET s'engage à obtenir de l'administration tous les renseignements que l'on pourrait désirer.

M. CHAUFFARD propose d'adresser directement une demande à M. Hervieux. Cette proposition est adoptée.

M. GUÉRARD fait observer que ces oscillations ont existé de tout temps à la Maternité. Il y a plus de quarante ans que, remplaçant M. Cruveilher à la Maternité, il put s'en rendre compte par lui-même. Il y a donc, dans ce développement épidémique des fièvres puerpérales, quelque chose qui nous échappe, et c'est là une question qui doit toujours être maintenue à l'étude.

COMMUNICATION

M. VIDAL fait une communication relative aux accidents de la syphilis.

VARIÉTÉS

L'opinion publique est unanime sur la nécessité d'une réforme générale du service de santé de l'armée. La question est actuellement soumise à l'étude d'une commission spéciale dont nous serons bientôt à même de faire connaître les travaux. En attendant, voici une réforme partielle que le ministre de la guerre vient d'introduire, par mesure transitoire, dans l'organisation des services des hôpitaux militaires, auxquels concourront désormais, ainsi que cela se pratique en Prusse et en Belgique, les médecins militaires employés dans les régiments.

Voici le rapport du ministre :

« *Rapport au Président de la République française.*

Paris, le 24 septembre 1872.

« Monsieur le Président,

« Aux termes de l'article 18 du décret du 23 mars 1852, l'aptitude des médecins-majors de 1re et de 2e classe aux fonctions de médecin traitant dans les hôpitaux militatres est constatée par des épreuves dont le programme est rédigé par le conseil de santé des armées.

« Cette disposition, destinée dans le principe à présenter certaines garanties en ce qui concerne le traitement des militaires malades, n'a pas donné tous les résultats que l'on en attendait. Son application crée en temps de guerre des entraves et des difficultés qu'il importe d'éviter au moment où on a besoin du concours dévoué de tous les médecins militaires. En temps de paix, elle relègue au second plan de précieux auxiliaires rompus pour la plupart à la pratique de la médecine d'armée, et entretient dans le corps de santé une scission regrettable.

« J'ajouterai qu'un examen attentif de la situation actuelle du corps des officiers de santé militaires m'a donné lieu de constater que sur plusieurs points de France et d'Algérie, il devient très-difficile de pourvoir les établissements hospitaliers d'un nombre suffisant de médecins traitants, tandis que des corps de troupe, stationnés sur les lieux mêmes ou à proximité, offrent un effectif de médecins militaires dont une portion pourrait être utilisée avantageusement dans l'intérêt général.

« Après avoir étudié la question, j'ai reconnu qu'il était urgent de modifier un état de choses dont les anomalies se manifestent de jour en jour d'une manière plus frappante. En conséquence, et en attendant qu'une législation nouvelle, aujourd'hui à l'étude, ait déterminé les conditions précises dans lesquelles se trouvera placé le corps de santé, je n'hésite pas à vous proposer, comme mesure transitoire, l'abrogation pure et simple de l'article 18 du décret précité et l'admission dans les hôpitaux des médecins militaires employés dans les régiments.

« Toutefois, dans le but de sauvegarder le principe d'autorité, il demeurera entendu que les médecins militaires qui seront admis éventuellement à traiter les malades dans les établissements hospitaliers, continueront à appartenir à leurs régiments respectifs et que l'exercice de leurs profession dans les salles de malades ne devra les dispenser en rien des obligations du service réglementaire. Leur désignation pourra, selon les cas, être faite d'office par les généraux divisionnaires sur le rapport des intendants militaires.

« J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien sanctionner par votre approbation une mesure rendue indispensable et qui me paraît d'ailleurs devoir répondre à l'intérêt du service.

« Agréez, monsieur le Président, l'assurance de mon respectueux dévouement,

« *Le ministre de la guerre,*
« DE CISSEY.

« Approuvé :
« A. THIERS. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 22 juin dernier, le docteur Seure, de Saint Germain-en-Laye, a été nommé chevalier de l'ordre du Christ de Portugal.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 4 cotobre 1872, à 3 heures et demie très-précises, au *Cercle des Sociétés savantes, rue Neuve-des-Petits-Cahmps, n° 64.*

Ordre du jour : 1° Communication très-importante du bureau et du conseil d'administration;

2° Lecture du procès-verbal de la précédente séance;

3° Communications diverses.—Discussion sur la paralysie glosso-labio-laryngée.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance reprendra ses séances mercredi 9 octobre, à huit heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° De l'alimentation des enfants pauvres, alimentation naturelle, complémentaire ou artificielle, durant la première année, à Paris, par M. le docteur Baudoin; — 2° Rapport sur la candidature de M. le docteur Watelet; — 3° De la possibilité de suppléer au nouvel Hôtel-Dieu, en annexant à chaque maison de secours un petit asile-hôpital d'arrondissement de dix lits, et en améliorant le service médical à domicile, par M. le docteur Passant.

— A vendre bon marché une batterie Remak de 45 éléments, avec galvanomètre manipulateur.

S'adresser, 178, boulevard Haussmann.

Traité pratique et élémentaire de pathologie syphilitique ou vénérienne, par MM. les docteur L. BELHOMME et AIMÉ MARTIN. — In-18. Prix : 6 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Recherches expérimentales sur la circulation dans les artères coronaires, par le docteur REBATEL. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 115. — JEUDI 3 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 3 OCTOBRE 1872. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE.— SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL CIVIL DE BREST. De l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection, par le procédé de M. le professeur Duval. (fin). — Du traitement du choléra par l'administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses (20 litres et plus dans les 24 heures) (M. A. Netter). — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux (fin) (M. Mauriac).— ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Nouvelles. — Bibliographies.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance entière a été occupée par la lecture d'un travail de M. Briquet, sur la cinchonine, et par une communication verbale de M. Bouley, sur une épizootie de fièvre aphtheuse qu'il a eu l'occasion d'étudier récemment dans la Nièvre, — et, par surcroît, sur la peste bovine.

Le travail de M. Briquet n'ayant point été déposé au secrétariat, il nous a été impossible d'en prendre connaissance, et par conséquent d'en présenter une analyse à nos lecteurs. Ce ne sera que différé. Quant à la communication de M. Bouley, on en trouvera le sens au compte rendu.

Cela dit, nous revenons à la séance précédente.

Nous avons reçu, à l'occasion de cette séance, ou plutôt à l'occasion des quelques réflexions qu'elle nous avait suggérées, une lettre de M. le docteur Raimbert, de Châteaudun. M. Raimbert réclame, dans cette lettre, la priorité de la découverte de la contagiosité de la septicémie et de la virulence qu'acquiert la putréfaction en passant dans l'économie d'un animal vivant, découverte que nous aurions attribuée, à son détriment, à MM. Coze et Feltz.

Laissons parler M. Raimbert.

« Voici comment je m'exprimais, nous écrit-il, aux pages 12 et 13 de mon *Traité des maladies charbonneuses*, publié en 1859 :

« Poussant plus loin ces recherches (celles de Barthélemy et Dupuy, Gaspard, Leuret, Gendrin, Renault, sur l'inoculation de matières animales putréfiées), comme les expérimentateurs qui précèdent, nous avons fait périr des animaux (lapins, chats) par l'introduction de matières animales putréfiées dans leur tissu cellulaire sous-cutané; puis nous avons inséré successivement, d'un lapin à un autre, jusqu'au cinquième, du sang et des tissus pris à l'animal qui avait été le sujet d'une première inoculation. Nous avons ainsi répété avec des substances imprégnées d'un principe putride et provenant, au point de départ, de matières animales en putréfaction, les inoculations successives ou à plusieurs degrés faites par la commission de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, avec du sang et des tissus empruntés à des animaux morts d'affection charbonneuse; nos expériences ont eu le même succès que ces dernières et ont fait périr les lapins qui y ont été soumis. »

« Suit le résumé de huit expériences que je ne transcris pas pour ne pas allonger cette lettre.

« Mon but était, en instituant ces expériences, de rechercher si le principe septique, engendré dans les matières animales en putréfaction, se transmettait par inoculations successives, comme le virus charbonneux. Leur résultat m'a démontré, sous ce rapport une identité complète, et la contagiosité du principe développé par la putréfaction des matières animales. J'avais cru pouvoir en inférer « la nature putride des affections charbonneuses, du principe qui leur donne naissance et les constitue ». Je vous abandonne cette induction; mais en même temps je maintenais la spécificité de chacun de ces principes virulents.

« La propriété dont jouit ce principe délétère (charbonneux) de reproduire chez les animaux un état pathologique et des lésions anatomiques, toujours les mêmes, révèle sa spécificité. Cette spécificité ressort surtout des caractères spéciaux qu'il imprime à la maladie locale que son inoculation développe chez l'homme, et aux altérations des organes internes qui suivent son absorption et l'infection de l'économie.

« Les substances animales en putréfaction inoculées à l'homme ne produisent pas des effets tout à fait semblables; elle peuvent bien donner naissance à des phénomènes généraux graves et même mortels qui indiquent la putridité des humeurs, mais les lésions externes ou internes qui en sont la suite n'ont pas les mêmes caractères que celles déterminées par le virus charbonneux. De plus, ces lésions ne sont pas purement gangréneuses comme les dernières, elles sont au contraire, en général, phlegmoneuses et suppurantes ainsi que le prouvent les effets des piqûres anatomiques.

« Il résulte de ce qui précède, d'une part : que si le fait de la contagiosité de la septicémie a été étudié par MM. Coze et Feltz, je l'avais démontré avant eux; d'autre part, que j'avais établi entre les phénomènes locaux et généraux, produits chez l'homme par le virus charbonneux, des distinctions qui séparaient l'un de l'autre ces deux principes. M. Davaine par ses recherches sur des animaux, communiquées à l'Académie des sciences en 1869, a mis expérimentalement en relief leur spécificité.

« J'espère monsieur et très-honoré confrère, que votre justice, en rendant à d'illustres savants ce qui leur appartient dans l'étude de la septicémie et du charbon, ne refusera pas au modeste médecin de province ce qui est à lui.

« Veuillez agréer, etc.

« Docteur RAIMBERT (de Châteaudun). »

Cette légitime satisfaction donnée à M. Raimbert, nous n'avons qu'un mot à lui ajouter.

Dégageons d'abord la responsabilité de M. Davaine, qui semblerait, d'après les termes de la réclamation, avoir méconnu ou tout au moins négligé de citer les travaux de M. Raimbert. M. Davaine, dans ce travail, que nous n'avons fait que résumer, ne pouvant le reproduire textuellement, s'exprime ainsi dans le rapide exposé historique qu'il fait de la question : « L'un des points dont je me suis occupé dans ma communication à l'Aca-

démie des sciences, en 1869, est relatif à la contagiosité de la septicémie. J'ai rappelé alors que M. Raimbert, en 1859, a signalé la transmission à plusieurs animaux successivement d'une maladie déterminée par l'introduction de matières putréfiées dans l'économie du premier de ces animaux (*Traité des maladies charbonneuses*, p. 13 ; Paris, 1859). Toutefois, dans la pensée qu'il produisait une maladie charbonneuse, notre savant confrère n'a point suffisamment reconnu toute l'importance de son observation. »

Et M. Davaine ajoute : « La transmissibilité de la septicémie, expérimentalement produite, a été mise en évidence par les travaux de MM. Coze et Feltz, en 1866. » (*Recherches expérimentales, etc.*, Strasbourg, 1866.)

Pour nous, qui ne pouvions avoir la prétention de faire l'histoire de la question dans les quelques lignes que nous avons consacrées à ce sujet, nous avons cru devoir nous borner à citer seulement les travaux les plus récents ou ceux, du moins, dont les résultats paraissaient le plus explicites sur le point spécial, et qui se reliaient par conséquent plus immédiatement avec l'objet des nouvelles recherches de M. Davaine. M. Raimbert, dont tout le monde connaît d'ailleurs les belles recherches sur les maladies charbonneuses, a bien voulu nous fournir l'occasion d'édifier nos lecteurs sur la part qui lui revient dans cette partie de la question. Nous l'en remercions et pour eux et pour nous, et dans l'intérêt de l'histoire.

Dr Brochin.

HOPITAL CIVIL DE BREST. — M. Th. Caradec.

De l'amputation de la jambe au lieu dit d'élection, par le procédé de M. le professeur Marcellin Duval (1).

Nous en sommes resté dans le dernier article à cette partie du 2e temps de l'amputation de la cuisse, où, après la section du muscle couturier, on lie et on divise l'artère fémorale. Nous poursuivons la description de ce second temps.

Pratiquer alors, entre les bords externes des lambeaux, une incision longitudinale qui divise profondément le vaste externe en deux parties, dont l'antérieure appartient au lambeau antérieur et l'autre au lambeau postérieur. Cette incision se bifurque inférieurement. Chaque branche diverge et devient légèrement curviligne pour donner aux angles inférieurs et externes des lambeaux musculaires, une forme analogue à celle des incisions cutanées.

Couper alors transversalement la partie antérieure du vaste externe et le droit antérieur, puis achever la formation du lambeau antérieur.

3e temps : *section des muscles postérieurs et des muscles internes.* — Prendre un couteau à extrémité mousse, le porter par dessous le membre et diviser les muscles postérieurs en faisant marcher l'instrument vers soi; le porter ensuite par dessus le membre, l'extrémité en bas, pour la section des muscles internes, qu'on divise, comme les précédents, aussi profondément que possible.

Détacher, jusqu'à l'endroit où il doit être scié, les insertions des muscles au fémur, et spécialement à la ligne âpre.

4e temps : Placer le rétracteur et scier l'os.

Je regrette de ne pouvoir reproduire ici la description du procédé (également à deux lambeaux) pour la désarticulation coxo-fémorale, opération que M. Duval a faite en 1858 devant l'École de Brest.

(1) Fin. — Voir les numéros des 19, 24 et 26 septembre 1872. (On avait mis le mot *fin* par erreur au précédent article.)

Après avoir divisé transversalement le couturier, comme dans l'amputation du tiers moyen, il lia la fémorale superficielle et la profonde. L'opéré ne perdit pas plus de 30 grammes de sang artériel.

Désarticulation huméro-cubitale : Procédé elliptique avec lambeau antérieur cutané et musculo-vasculaire.

Extrait de la description de l'auteur.

Bras gauche. L'opérateur est en dedans, donc le membre est dans la rotation en dedans ou en pronation. On se place en dehors pour le bras droit.

Mensuration. Prendre, au niveau de l'épitrochlée, la circonférence du membre. Dans l'hypothèse où elle serait de 24 centimètres, on mesure, en plaçant verticalement le ruban métrique sur la partie antérieure et médiane de l'avant-bras, 12 centimètres au-dessous de l'épitrochlée. C'est là que se trouvera l'extrémité antéro-inférieure de l'ellipse dont l'extrémité postéro-supérieure est à 5 ou 6 centimètres au-dessous de l'épitrochlée. Marquer successivement, d'un petit trait, en avant et en arrière, l'endroit où s'arrête la mensuration.

On trace l'ellipse à l'encre ou au crayon, en procédant de haut en bas et d'arrière en avant, c'est-à-dire de l'extrémité postéro-supérieure vers l'antéro-inférieure. Le scalpel suivra la même marche pour la section et la dissection de la peau ; rien de plus simple par conséquent.

Opération. — 1er temps : *section et dissection de la peau.* — On la dissèque à une hauteur suffisante pour permettre de remonter jusqu'au sommet de l'olécrâne. Cette hauteur varie aussi suivant la longueur qu'on veut laisser aux muscles compris dans le lambeau. On retrousse la manchette cutanée aussitôt que possible.

2e temps : *formation du lambeau musculo-vasculaire* — On n'a plus à s'occuper de la couche cutanée, puisque la manchette est disséquée et retroussée et que la peau adhère partout aux tissus sous-jacents.

Pratiquer deux incisions longitudinales de 5 ou 6 centimètres qui serviront à constituer les bords latéraux dont l'un est externe, l'autre interne. L'incision externe rase la partie externe du bord postérieur du cubitus et détache les insertions de l'anconé et du cubital postérieur. L'incision interne longe la partie interne et divise les insertions du cubital antérieur à la crête de l'os, ainsi que celles du fléchisseur profond à sa face interne. Ces deux incisions sont réunies par une troisième, légèrement curviligne, à convexité inférieure, et qui coupe profondément les muscles. On dissèque le lambeau jusqu'au niveau de l'articulation; il comprend (en outre des principaux vaisseaux et nerfs) les muscles de la région anti-brachiale postérieure et superficielle; de la région radiale (moins le court supinateur); de la région anti-brachiale antérieure et supercifielle ; enfin, le long fléchisseur du pouce et le fléchisseur profond des doigts.

Ce lambeau musculaire, dont les bords interne et externe ont 4 ou 5 centimètres, offre en avant une longueur de 8 centimètres environ. Comme on l'a dit, elle peut être modifiée selon les circonstances.

3e temps : *désarticulation.* — Entrer hardiment dans l'article huméro-radial par sa partie postéro-externe, après avoir divisé le court supinateur et le ligament latéral externe ; couper le tendon du biceps, le brachial antérieur et le ligament antérieur, puis le ligament latéral interne ; pénétrer alors dans l'articulation huméro-cubitale en contournant le bec de l'apophyse coronoïde avec la pointe du scalpel, qui décrit une ligne courbe à convexité supérieure.

On exerce de légères tractions sur l'avant-bras; les surfaces

articulaires s'écartent, et l'on termine en coupant le tendon du triceps.

En 1861, j'ai pratiqué une amputation dans la continuité du bras par le procédé de M. Duval ; guérison le vingt-troisième jour. De même que pour la désarticulation du coude, l'ellipse est oblique de haut en bas et d'avant en arrière.

L'obliquité de l'ellipse est la même que pour la désarticulation scapulo-humérale, c'est-à-dire de haut en bas et de dehors en dedans, lorsqu'on ampute au-dessus de l'insertion deltoïdienne (amputation intra-deltoïdienne qui a fourni au professeur Dubrueil le sujet d'un excellent mémoire).

J'ai parlé, il y a déjà longtemps, dans ce même journal, du procédé concernant la désarticulation de l'épaule, qui a été pratiqué pour la première fois en Crimée, et qui compte, sur 7 opérations, 4 et peut-être 5 succès (le résultat définitif de l'amputation faite en Crimée étant resté inconnu).

Afin de prévenir le retour de certains oublis qui étonnent et affligent, nous considérons comme un devoir de rappeler encore que M. Maréchal, dans sa thèse soutenue à Paris, en 1868, et le professeur Dubrueil, dans son *Manuel opératoire*, ont décrit le procédé de M. Duval, par conséquent la marche à suivre pour arriver sûrement à découvrir le faisceau vasculo-nerveux et « lier, pendant l'opération, l'artère axillaire après la section du tendon du grand pectoral, du muscle coraco-brachial et de la courte portion du biceps. »

Plusieurs années auparavant, M. Duval avait démontré ce mode opératoire et ses autres procédés en présence de deux éminents chirurgiens, MM. Péan et B. Anger, alors prosecteurs des hôpitaux, et de leurs nombreux élèves de Clamart.

En résumé, nous dirons avec beaucoup de chirurgiens, élèves de M. Duval, que les procédés de notre trop modeste maître sont très-remarquables par la précision des détails anatomiques, la méthode qui dirige toujours l'instrument, la netteté de la section des parties molles, la sécurité à l'endroit de l'hémorrhagie et de la gangrène ; enfin par la bonne conformation des moignons, dont la plupart ont été revus, photographiés et moulés plusieurs années après l'amputation.

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA

PAR L'ADMINISTRATION, COUP SUR COUP, D'ÉNORMES QUANTITÉS DE BOISSONS AQUEUSES (20 LITRES ET PLUS, DANS LES VINGT-QUATRE HEURES), PAR M. A. NETTER.

(Mémoire lu à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.)

Il y a dix ans, en 1862, j'ai publié, sous ce titre, une brochure extraite de la *Gazette médicale de Strasbourg*, et dans laquelle j'ai annoncé qu'en 1858, à l'hôpital militaire de cette ville, j'avais fait ces essais sur quatre cholériques sérieusement atteints et qui, ayant bu chacun une dizaine de litres de tisane dans les vingt-quatre heures (eau gommeuse), s'étaient très-promptement rétablis. Or, depuis cette époque, cette médication m'a toujours réussi, dans tous les cas que j'ai rencontrés, notamment dans les circonstances que voici :

En 1864, au camp de Châlons, dans le courant du mois d'août, pendant que je faisais ma visite du matin, on apporta dans mes salles, sur des brancards, quatre cholériques qui avaient tous les symptômes de la maladie. Pris subitement de diarrhée dans la nuit, ils n'avaient pas tardé à avoir les vomissements, et présentement ils sont froids, cyanosés, souffrant vivement des crampes ; les vomissements continuent. Aussitôt, je fais chercher à la pharmacie une quantité considérable de pots d'eau gommeuse, et j'ordonne à un nombre suffisant d'infirmiers de se placer devant les malades et de leur verser à boire sans cesse. Cela s'exécute. L'infirmier remplit un gobelet, le malade boit ; le gobelet est rempli de nouveau, le malade boit, et ainsi de suite, coup sur coup. La soif étant inextinguible, comme d'ordinaire dans ces cas, les malades se prêtent on ne peut mieux à cette médication.

Au bout d'une heure, voulant m'assurer si mes ordres étaient exécutés, je reviens et je trouve les malades ayant des vomissements d'une violence telle, que j'en suis effrayé. Je prescris alors simultanément de l'eau gazeuze ; le mélange se fait dans les gobelets mêmes, que l'on remplit moitié de ce liquide, moitié d'eau gommeuse, et l'administration est continuée comme précédemment. On laisse les malades vomir, et, dès qu'ils paraissent avoir fini, le traitement est repris ; je le répète, ils se prêtaient admirablement au traitement. Cela dura ainsi jusqu'au soir. Alors la réaction est établie, et le lendemain, la convalescence commença.

Quatre autres malades me furent apportés encore sur des brancards, indice de la gravité des cas, le surlendemain de l'entrée des premiers : même traitement, même succès.

Ces faits ne firent point d'impression sur mes confrères, qui les considérèrent comme des choléras *nostras*, et, disaient-ils, facilement curables par n'importe quel moyen ; mais des personnes étrangères à l'art médical s'en entretinrent, et un général, alors à Paris, en ayant eu connaissance, me fit demander ma brochure ; après l'avoir lue, il m'écrivit une lettre, dont j'extrais le passage suivant, qui constitue une nouvelle preuve en faveur de la méthode.

« J'ai vu le choléra bien souvent, m'écrit-il, et j'en ai été gravement atteint en 1851.

« Depuis six heures jusqu'à une heure après minuit, les moyens ordinaires, c'est-à-dire cataplasmes, sinapismes, frictions, éther, opium, ne modifiaient en rien les douleurs d'estomac et d'intestins qui me tuaient.

« A une heure du matin, mes médecins changèrent leur traitement et m'administrèrent *deux litres* de lavage d'émétique et *deux litres* de sulfate de soude.

« A 4 heures, les torsions des intestins s'affaiblissaient, et à 5 heures du matin, les intestins étaient débarrassés et au repos. A 6 heures, je dormais. La convalescence était commencée.

« Votre brochure est venue donner un corps, une raison d'être à ce qui a eu lieu à mon égard, et que je ne m'expliquais pas du tout. »

On le voit, les médecins avaient attribué la cure à l'émétique et au sulfate de soude, tandis qu'elle pouvait être uniquement due à l'excipient, aux quatre litres d'eau ingurgités dans le court espace de trois à quatre heures.

De 1864 à 1867, à l'hôpital militaire de Strasbourg, et depuis, dans d'autres établissements, cette méthode m'a réussi d'une manière constante, notamment pendant notre dernière guerre, à l'hôpital militaire de Rennes, sur un enfant de troupe âgé de 12 ans. A 10 heures du matin, on me rappelle en toute hâte à l'hôpital, que je venais de quitter. Le jeune garçon, qui, pendant la nuit, à la caserne, avait été pris successivement de diarrhée et de vomissements, est présentement tellement amaigri que les yeux sont enfoncés dans les orbites, et la face est, comme on dit,

hippocratique. J'institue le traitement. A 5 heures du soir, l'enfant avait déjà bu, au milieu de ses vomissements, *dix* litres du mélange d'eau gommeuse et d'eau gazeuse. Maintenant, la réaction est établie, et le lendemain il est convalescent.

Notons que chez tous ces malades, l'amaigrissement a été rapidement remplacé par une sorte d'embonpoint ou turgescence des tissus, *avant toute alimentation*, preuve évidente qu'une grande portion de l'eau ingurgitée a été absorbée et est entrée dans la circulation.

Tels sont les faits de ma pratique personnelle, et tout à l'heure je montrerai de semblables succès obtenus dans le cours des plus graves épidémies par divers médecins, mais qui, n'ayant pas compris le mécanisme de la guérison, ont la plupart présenté les choses de faux points de vue. Auparavant, je dois faire remarquer que ce n'est pas moi qui ai découvert la méthode.

Il y a deux mille ans, Celse, après avoir décrit les symptômes du choléra et avoir dit qu'ils pouvaient faire périr promptement, s'est exprimé ainsi : « Il n'est point de maladie à laquelle on remédie *avec moins d'apprêt*. Quand les symptômes commencent à paraître, il faut *boire beaucoup d'eau et vomir*. Mais quand même on ne vomirait pas, c'est toujours un avantage que de mêler une nouvelle matière avec celles qui sont corrompues dans l'estomac. »

Dans le dix-septième siècle de notre ère, Sydenham a dit : « Le malade boira, *coup sur coup*, plusieurs grands verres de cette décoction tiède (eau de poulet), et on lui donnera plusieurs lavements de la même décoction. » Et Sydenham a désigné cette pratique sous le nom caractéristique de *lavage*.

Tous les successeurs de Sydenham ont reconnu l'efficacité de la méthode : Cullen, Colombier, Monro, Lind, Thiou de la Chaume, etc., tous affirment que la maladie est promptement mortelle, à moins qu'on ne recoure au lavage, moyen sûr de guérison.

A la vérité, Sydenham, après avoir procédé au lavage *pendant trois à quatre heures*, faisait prendre de l'opium ; « un narcotique, dit-il, doit terminer la cure ; » mais en 1784, un médecin de Besançon, *Rougnon de Magny*, a publié, sur le traitement du choléra, une notice dans laquelle il n'est nullement question de narcotique, mais uniquement des boissons en quantité énorme. Le liquide administré par ce médecin était de l'*eau de veau* (une once de rouelle de veau pour deux pintes d'eau, mesure de Paris). « J'exhorte mes confrères, dit-il, à faire attention à ce traitement du choléra-morbus, autrement appelé *trousse-galant*, eu égard à sa mortalité très-prompte... Mais je les avertis que quelques malades ont presque bu *un seau d'eau de veau dans les vingt-quatre heures*. Le pouls se relève par là ; les vomissements et les déjections diminuent, la chaleur naturelle se rétablit et le malade *se sent renaître* à mesure *qu'il se donne la question* avec cette boisson, prise au degré de chaleur de l'atmosphère. »

Cependant, avec cette médication, les vomissements ne diminuèrent pas tout de suite ; au contraire, avant de se calmer, ils étaient d'une violence extrême : « J'ai vu quelquefois des malades tant boire et vomir de cette eau, que leur chambre *ressemblait en quelque sorte à un lac*, et qui ont guéri très-parfaitement en peu de jours, *sans prendre aucune drogue*.

« J'atteste que depuis plus de vingt ans j'ai eu le même succès dans le traitement de cette maladie terrible, n'en ayant vu mourir personne. »

La pratique de Rougnon de Magny diffère de celle de Sydenham, en ce que le narcotique terminal est laissé de côté, et sous le rapport de la température des boissons : tandis que Sydenham, comme déjà auparavant Celse, les prescrivait tièdes, le médecin de Besançon les administrait à la température ambiante, c'est-à-dire assez fraîches pour être vivement désirées par les malades, et cependant pas trop froides, ce qui pourrait enrayer brusquement les vomissements.

C'est que nos prédécesseurs, traitant le choléra, ne redoutaient nullement ces évacuations par en haut, et, si je ne me trompe, de tout ce qui précède on peut déjà sûrement conclure que dans le choléra, du moins dans sa forme sporadique, les vomissements n'ont pas plus d'importance que ceux du mal de mer.

Maintenant la question est de savoir si dans le cours de nos violentes épidémies modernes, le traitement réussirait de même.

(La suite prochainement.)

MÉMOIRE

SUR LES AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES DU SYSTÈME OSSEUX (1)

Par Charles Mauriac, médecin de l'Hôpital du Midi.

VIII

Les déterminations syphilitiques sur le système osseux, dans les conditions que je viens d'indiquer, c'est-à-dire, apparaissant deux, trois ou quatre mois après le début du chancre, sont loin d'être communes, puisque, en trois ans, je n'en ai observé que quelques cas sur les milliers de syphilis que j'ai soignées. Aussi, suis-je étonné de trouver dans le mémoire du docteur Suchanek, que la syphilis des os s'est montrée à Prague 7 fois sur 100 dans le cours même de la marche des ulcères primitifs, et 93 fois sur 100 après leur guérison !

Évidemment, cette statistique ne peut pas s'appliquer à la syphilis telle qu'on l'observe à Paris. Les lésions osseuses, soit anciennes soit récentes, ne s'y présentent pas avec cette effrayante proportion. Si, sur 100 vérolés, 93 étaient atteints de périostoses ou d'exostoses, les hôpitaux n'y suffiraient pas.

Les données que nous possédons relativement à l'influence que les conditions géographiques et ethnographiques exercent sur l'apparition plus ou moins précoce de tel ou tel ordre de manifestations syphilitiques, sont trop peu nombreuses, trop incertaines pour qu'on en puisse tirer des conclusions rigoureuses. Je renvoie au travail de M. Daga, que j'ai cité plus haut.

D'après les recherches de M. Mantegazza, la syphilis évoluerait avec une grande rapidité dans l'Amérique du Sud, et se manifesterait dès le début, non-seulement par des lésions superficielles cutanées et muqueuses, mais par des lésions osseuses et même la destruction des os du nez, presque immédiatement après l'apparition du chancre et toujours avant sa cicatrisation.

En somme, quand on s'en tient à ce qui se passe dans notre climat, et spécialement à Paris, on voit que les lésions osseuses précoces, dans la limite de temps que je leur ai fixées d'après mes observations, c'est-à-dire entre quinze jours et quatre mois à partir du début du chancre, se montrent assez rarement.

Un jeune médecin, qui avait suivi pendant plusieurs mois la

(1) Fin. — Voir les numéros des 10, 13, 15, 17, 20, 22, 24, 27, 29 août, 3, 12, 19, 21, 24, 26 et 28 septembre 1872.

clinique du professeur Sigmund (de Vienne), me disait que cet éminent syphiliographe regardait comme un phénomène assez ordinaire la coïncidence des accidents dits secondaires et des affections osseuses du tibia. A supposer que cette manière de voir soit authentique, je ne sais pas quelles conclusions M. Sigmund a tirées de ce fait ni quelle interprétation il en a donnée. J'ignore s'il a publié un travail sur cette question. Je ne l'ai point trouvé mentionné dans les recueils que j'ai consultés.

J'ai fait remarquer plusieurs fois que le processus de ces lésions périosto-osseuses était toujours résolutif; elle n'ont jamais suppuré ni subi la régression nécrobiotique dans les observations qui me sont propres, ni dans celles qui se rapprochent des miennes par la date de la détermination morbide. Si donc on les considère en elles-mêmes, c'est-à-dire dans leurs symptômes, leur marche, leur durée, etc., on doit conclure qu'elle n'ont pas une grave signification pronostique. Dans un cas cependant, elles ont montré un grande tendance à récidiver et ont été réfractaires au traitement par l'iodure de potassium ; mais, en général, elles cèdent très-vite quand on administre ce sel même à petites doses. Je dirai même d'elles ce que j'ai dit des périostites péricrâniennes, c'est qu'elles ont une tendance spontanée à la guérison, comme, du reste, un grand nombre des premières manifestations de la syphilis.

Le mode inflammatoire aigu, douloureux, n'a pas prédominé dans leurs symptômes. Aussi ai-je mieux aimé appeler ces tumeurs *périostoses* que *périostites*. Cette sorte d'indolence est peut-être plus apparente que réelle ; leur allure, en effet, comme durée, a toujours été assez vive.

Quant à leur siége, c'est évidemment le périoste. Mais l'os sous-jacent ne prend-il aucune part à leur développement ; et s'il y prend part, dans quelle mesure le fait-il ? Telles sont les questions qui se présentent naturellement à l'esprit quand on se trouve en face de ces sortes de tumeurs; questions très-difficiles à résoudre dans la plupart des cas. Sur quels signes se fonderait-on pour y répondre : la consistance, la dureté osseuse ? Mais on a vu que la petite tumeur du maxillaire (obs. XIII) qui présentait ce caractère, s'est fondue avec une rapidité qui exclut, ce me semble toute idée d'exostose. Ces sortes de tumeurs sont peut-être mixtes, mais je crois que l'hyperplasie du périoste en constitue l'élément principal. Elles appartiennent donc à cette catégorie d'exostoses que les anciens syphiliographes appelaient *fausses* ou *batardes*, par opposition aux exostoses *vraies* ou *légitimes*. Les premières, d'après eux, étaient un peu molles, cédaient quelquefois à la pression du doigt, et causaient des douleurs vives et lancinantes ; elles provenaient uniquement de la tuméfaction du périoste. Les secondes étaient absolument dures, rémittentes et ne causaient que peu de douleurs, etc. Au surplus, ce diagnostic n'est pas d'une grande importance.

Si on considère que ces périostoses précoces peuvent se développer sur tous les points du squelette ; qu'après avoir été guéries, elles ont une certaine tendance à récidiver ; qu'elles résistent quelquefois à un traitement mixte bien dirigé et suivi avec persévérance ; que, par leur siége et en comprimant des organes tels que le cerveau, par exemple, elles peuvent compromettre plus ou moins gravement des fonctions de premier ordre, etc., etc. ; si on tient compte de toutes ces circonstances, on est forcé de leur trouver une signification grave au point de vue du pronostic de la syphilis qui les produit.

Les indications thérapeutiques procèdent de l'état local et de la cause générale qui tient sous sa dépendance toutes les manifestations. Il faut, en outre, se préoccuper de quelques circonstances accessoires. Le traitement mixte est celui qui réussit le mieux ; mais il faut que l'iodure de potassium soit donné à des doses relativement beaucoup plus fortes que l'hydrargyre. Le mode symptomatique de la tumeur décidera de l'opportunité de telle ou telle médication locale, etc., etc.

CONCLUSIONS

J'en ai fini avec les affections syphilitiques précoces du système osseux, et je puis maintenant tirer du travail qui précède les conclusions suivantes :

I

1° Les périostites épicrâniennes constituent une des premières manifestations de la syphilis. Elles surviennent quelquefois peu de jours après le chancre infectant, et même avant l'apparition des accidents dits secondaires.

2° Elles paraissent siéger exclusivement dans le périoste du crâne, et, s'il existe une lésion hypérémique ou inflammatoire du tissu osseux, elle est pour ainsi dire accessoire et reste subordonnée à la périostite.

3° Les périostites épicrâniennes procèdent d'un vrai travail inflammatoire, d'un processus irritatif ou actif, ainsi que l'indiquent l'acuité de leurs symptômes et l'allure rapide de leur marche.

4° Chez l'adulte, dans la syphilis acquise, ces sortes de tumeurs du périoste crânien ont une tendance décidée à la résolution soit spontanée, soit provoquée par un traitement approprié. Elles disparaissent assez vite, sans laisser de traces.

5° Chez les enfants, dans la syphilis héréditaire, le processus des tumeurs péricrâniennes ne prend pas ou quitte vite le mode irritatif et résolutif pour le mode nécrobiotique et suppuratif.

6° Les périostites péricrâniennes sont le siége de douleurs fixes et le point de départ de douleurs irradiantes à forme névralgique.

7° Elles sont discrètes ou confluentes et occupent principalement la moitié antérieure du crâne. Leur durée varie entre quatre et six semaines quand elles sont abandonnées à elles-mêmes. Un traitement approprié peut les faire disparaître plus tôt.

II

8° Il peut se produire, au début de la syphilis, des périostites sur les côtes, les cartilages costaux et le sternum.

9° Comme les périostites péricrâniennes, ces périostites sterno-chondro-costales sont inflammatoires et résolutives, et elles deviennent le siége de douleurs fixes et le point de départ d'irradiations névralgiques.

10° C'est comme foyer de douleur qu'elles jouent un rôle considérable dans la dyspnée des premières phases de la syphilis. Cette sorte d'asthme syphilitique a, du reste, beaucoup d'autres causes.

III

11° Des périostoses et des exostoses peuvent se développer sur d'autres points du système osseux, dès les premiers jours de l'infection constitutionnelle.

12° En prenant pour point de départ de l'incubation de ces lésions osseuses le début des chancres infectants, on trouve que l'incubation la plus courte a été de 15 jours et la plus longue de 120 jours.

13° Ces périostoses peuvent se montrer plusieurs jours avant l'apparition des accidents cutanés et muqueux dits secondaires;

elles surviennent spontanément et sans l'intervention d'une cause provocatrice.

14° Elles paraissent procéder d'un mode syphilitique dans lequel le rôle du virus est moins actif que celui de l'individu.

15° Les périostoses du tibia sont de beaucoup les plus fréquentes.

16° Ces lésions osseuses précoces sont plus communes et plus graves dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, chez les Arabes d'Afrique et les habitants de l'Amérique du Sud que dans nos climats.

17° Les périostoses précoces, dans la syphilis acquise, sont presque toujours résolutives et s'expriment par un mode inflammatoire plus ou moins accusé. Le processus des périostoses des membres est en général moins irritatif que celui des périostoses péricrâniennes.

18° Elles peuvent guérir spontanément ; mais elles disparaissent beaucoup plus vite sous l'influence d'un traitement mixte hydrargyrique et ioduré, et d'un traitement local antiphlogistique.

19° Elles aggravent le pronostic de la syphilis, bien qu'elles coïncident la plupart du temps avec des manifestations légères du côté des autres organes, et qu'elles n'impliquent aucune malignité dans les processus locaux ou dans les tendances générales de la maladie constitutionnelle.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er octobre 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1871, dans les départements des Vosges, de la Meuse, de la Meurthe, de la Moselle, du Doubs, de l'Oise, de Saône-et-Loire, dans l'arrondissement de Belfort;

2° Le rapport final de M. le docteur Picard sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Thoury (Loir-et-Cher) (comm. des épidémies);

3° Le rapport de M. le docteur Jaubert, médecin inspecteur des eaux minérales de Gréoux, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1870. (Comm. des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de M. Pillet, médecin aide-major du 34e régiment de marche (armée des Vosges), qui s'étonne que M. Legouest, dans son rapport sur les corps étrangers dans les plaies, n'ait pas accordé une place plus favorable à la méthode proposée par M. Favre (de Marseille) et réalisée dans ces derniers temps par l'appareil de M. Trouvé, méthode qui, comme on sait, consiste dans l'exploration électrique des corps étrangers. (Renvoyée à M. Legouest.)

2° Une lettre de M. le docteur Monot, sur le traitement du choléra par l'administration, coup sur coup, d'une grande quantité d'eau. (Comm. du choléra.)

PRÉSENTATIONS

M. LARREY, à l'appui de la candidature de M. Grellois, médecin principal de première classe, au titre de membre correspondant, dépose sur le bureau une série de travaux et l'exposé de ses titres scientifiques.

LECTURE

Sulfate de cinchonine. — M. BRIQUET, lorsqu'il y a douze ans, il entendit dire à la tribune de l'Académie par MM. Bouchardat, Michel Lévy et Moutard-Martin que le sulfate de cinchonine était un agent détestable, toxique même et devant être abandonné, protesta en lui-même contre ces assertions, et se promit, lorsque l'occasion se présenterait, de protester publiquement, et appuyé d'un grand nombre d'observations. Le moment est venu aujourd'hui, et M. Briquet fait connaître à l'Académie les résultats qu'il a obtenus depuis un certain nombre d'années avec le sulfate de cinchonine. (Nous reviendrons sur cette communication).

COMMUNICATION

Fièvre aphtheuse. — M. BOULEY donne de vive voix les renseignements suivants sur l'épizootie de fièvre aphtheuse qu'il a observée dans la Nièvre : la fièvre aphtheuse (cocotte) est une épizootie essentiellement contagieuse; non-seulement elle se transmet à différentes espèces animales, mais même à l'espèce humaine. Le véhicule de la contagion se trouve dans la bouche, dans les espaces interdigitaires, dans la mamelle, dans le lait. Celui-ci est altéré dans sa qualité, diminué dans sa quantité; il a des caractères de virulence tels que les jeunes animaux nourris à la mamelle ou seulement avec du lait, succombent dans l'espace de quelques jours, en poussant des cris qui jettent la terreur dans les fermes.

Dans un récent voyage que M. Bouley fit dans la Nièvre, il a pu constater une mortalité considérable de jeunes veaux. Mais un fait d'une grande importance, c'est que cette maladie, qui atteint si cruellement les veaux, respecte les adultes. M. Bouley, depuis son retour, s'est fait envoyer du sang; ce sang, examiné au microscope et expérimenté physiologiquement, pour ainsi dire, n'a présenté aucun caractère charbonneux.

Un autre fait, digne aussi d'être noté, c'est que les animaux atteints de cette affection, même ceux qui en meurent, ne présentent aucune éruption.

Ce qui prouve bien les caractères virulents du lait des vaches atteintes, et ce qui montre que c'est bien par le fait seul d'avoir bu de ce lait qu'un grand nombre de veaux ont été frappés de cette maladie, c'est que, comme l'a très-heureusement fait un vétérinaire, si on soumet le lait à l'ébullition, il perd les caractères virulents, et c'est ainsi que ce vétérinaire est parvenu à éteindre en grande partie la mortalité. Ce lait, absorbé incuit, ne rend pas malades seulement les veaux, mais aussi les hommes; les hommes, en effet, qui boivent ce lait sont atteints de la maladie; ils ont une fièvre aphtheuse caractérisée par des éruptions dans la bouche, dans le pharynx; bien plus des vétérinaires de Berlin se la sont donnée volontairement, expérimentalement. Cette affection, d'ailleurs, ne présente chez l'homme aucune gravité. Toutefois le lait venant des pays où règne cette épizootie est dangereux.

Voilà donc un certain nombre de faits d'une réelle importance, savoir: l'inoculation de cette maladie à l'homme; l'inoculation de la mère aux jeunes veaux et, tandis que chez la mère, elle ne présente pas une réelle gravité, elle tue les jeunes veaux auxquels elle a été transmise; enfin, en supprimant la cause connue, constatée, c'est-à-dire en faisant bouillir le lait, on supprime les effets, on supprime la transmission.

Cependant l'un des caractères les plus graves de cette affection, c'est que les vaches et les bœufs affectés de la cocotte, par suite des ulcérations, des lésions dont diverses parties deviennent le siége, en arrivent à ne plus pouvoir se nourrir, d'où des troubles des organes digestifs.

Un autre fait d'une certaine importance, c'est la mort subite des convalescents. Ce fait a été tout particulièrement signalé à M. Bouley par un grand éleveur, M. le comte de Pazis. Ce fait trouve son explication dans la paralysie du pharynx; un peloton de matières alimentaires, un véritable bol alimentaire obstrue le pharynx et l'animal meurt asphyxié.

M. Bouley ne doute pas qu'on se rendra maître de cette épizootie comme on s'est rendu maître de la peste bovine.

On sait que la peste bovine a reparu récemment. Elle a été importée dans la Flandre orientale par l'achat de taureaux que la Belgique a fait à l'Angleterre. De même, la fièvre aphtheuse a été importée de la Corrèze à Nevers par un troupeau de 150 bœufs.

Il est bien regrettable qu'on ait tant de peine à faire accepter aux autorités les mesures sanitaires qu'il y aurait à prendre.

Il faudrait, dans ces cas-là, que tous les pays atteints eussent l'intelligente initiative qu'a montrée la Nièvre à l'époque où elle a été envahie par la peste bovine.

La peste bovine a reparu en Angleterre; elle a même osé, quelle honte pour la puissance du gouvernement impérial allemand! se montrer à Berlin et dans quelques autres parties de l'empire.

Mais si la peste bovine est, de toutes les maladies, la plus contagieuse et la plus mortelle, c'est aussi la maladie dont il est le plus facile de se rendre maître.

Extinction du foyer par l'extinction de l'animal malade et de ceux qui l'ont approché, telle est la seule marche à suivre.

Déjà l'Angleterre a pris de grandes précautions; elle a eu soin de séparer les animaux indigènes des animaux exotiques; elle a acheté de vastes terrains où elle parque les animaux qui arrivent.

Il ne faut pas hésiter à recourir à des mesures énergiques, mesures toujours efficaces.

M. J. GUÉRIN demande à M. Bouley quelles sont les causes, selon lui, qui font que cette épizootie de fièvre aphtheuse a montré ce caractère de gravité spéciale.

M. BOULEY répond par la question même, en demandant à son son tour à M. Guérin pourquoi la dernière épidémie de variole s'est montrée aussi grave. Il est impossible de répondre à de semblables questions.

La séance est levée à cinq heures.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

300. Moussaud. De la périostite phlegmoneuse.
301. Gorecki. Indications et emploi des verres en ophthalmologie.
302. Vouters. De l'opération césarienne sur la femme vivante pratiquée à la campagne.
303. Moreau. Influence des diathèses (scrofule et syphilis) en chirurgie.
304. Renou. Des concrétions fibrineuses des bronches dans la pneumonie.
305. Blaquart. Étude critique sur la digitaline au point de vue chimique et physiologique.
306. Marais. Essai pratique des urines et des calculs urinaires par l'analyse micro-chimique.
307. Saurel. Essai sur le genou en dedans.
308. Couecou. Des rétentions du placenta.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 21 au 27 septembre 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	»	»	»	2
Rougeole	7	»	7	6
Scarlatine	1	2	3	3
Fièvre typhoïde	16	6	22	20
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	4	4	8	8
Bronchite aiguë	20	4	24	19
Pneumonie	23	10	33	31
Dysentérie	10	4	14	16
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	31	1	32*	28
Choléra nostras	1	1	2	2
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	7	3	10	6
Croup	5	2	7	13
Affections puerpérales	4	4	8	7
Autres affections aiguës	192	53	245	259
Affections chroniques	229	91	320**	373
Affections chirurgicales	29	19	48	66
Causes accidentelles	9	2	11	16
Totaux	588	206	**794**	875

LONDRES. — Population, 3,311,298 h. — Décès du 15 au 21 septembre 1872 1,106

Variole, 5. — Rougeole, 10. — Fièvre scarlatine, 12. — Fièvre typhoïde, 21. — Coqueluche, 31. — Bronchite, 94. — Pneumonie, 56. — Diarrhée, 95. — Choléra nostras, 7.

* Dont 22 enfants au-dessous de 6 mois, 4 de 6 mois à un an, 5 de 1 an à 2 ans.
** Sur ce chiffre de 320 décès, 159 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

Étude sur le sulfate de quinine, par le docteur FORTIN. — In-4° 1872. Prix : 3 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

Des difformités congénitales et acquises des doigts et des moyens d'y remédier, par le docteur J.-A. FORT. — In-8° avec figures. Prix : 1 fr. 50 au lieu de 4 francs. — Paris, A. Coccoz.

Anatomie et physiologie du poumon considéré comme organe de sécrétion, par le docteur FORT. — Grand in-8° avec figures. Prix : 1 fr. 25 au lieu de 2 fr. 50. — Paris, A. Coccoz.

De l'eucalyptus globulus, par DEBRAY. — In-8°. Prix : 2 francs — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

DRAGÉES DE GÉLIS ET CONTÉ
AU LACTATE DE FER

Approuvées par l'Académie de médecine de Paris, qui deux fois, à vingt ans d'intervalle, a constaté leur supériorité sur tous les autres ferrugineux solubles et insolubles. Elles sont généralement employées dans le traitement de la chlorose, de l'anémie, de l'aménorrhée, de la leucorrhée, et dans tous les cas où les ferrugineux sont indiqués.

Paris, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*), et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Dragées Chantrel au bromure de potassium, *chimiquement pur* (*sans trace d'iode*)

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Epilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez Desnoix et Cᵉ, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

VIN DE CHASSAING
A LA PEPSINE et DIASTASE
contre les
AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES
Paris, 2, rue de la Coutellerie.

TAMAR INDIEN
Fruit laxatif rafraîchissant
Contre LA CONSTIPATION

Et les affections qui l'accompagnent, telles que la **Congestion cérébrale**, les **Hémorrhoïdes**, la **Migraine**, etc. — Prix de la boîte : 2 fr. 50. GRILLON, pharm., 25, rue de Grammont, Paris.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER
(GOUDRON ET MONOSULFURE DE SODIUM INALT.)

Prescrit avec le plus grand succès dans la **Bronchite chronique**, le **Catarrhe**, l'**Asthme**, la **laryngite** et dans la **tuberculose**, quand l'expectoration est très-abondante.

Dépôt — 7, rue des Filles-Saint-Thomas.

VIN DE LA TREILLE
CORDIAL, STIMULANT L'APPÉTIT
ET FACILITANT LA DIGESTION

Nota bene. — « Les affections de l'estomac et des intestins, les maux de cœur, les coliques et les attaques de choléraine ne résistent pas à l'efficacité de son action. » (*Extrait d'un rapport du Dr Laurans*). 3 fr. 50 le flacon de 500 grammes. Echantillon : 1 fr. 50. — Expédition contre remboursement. *Remises aux intermédiaires.* — 3, rue Laffitte.

LA CONSTIPATION

guérie en quelques jours sans purger par les pilules de Podophylle Coirre, 24, rue du Regard, Paris. — 3 fr. la boîte. — Pour en faciliter l'essai, envoi *franco* aux médecins contre 50 centimes.

VINS DE QUINA TITRÉS
Diastasés) **D'OSSIAN HENRY** (*Diastasés*)
Membre de l'Académie de médecine.

VIN DE QUINQUINA TITRÉ SIMPLE.
VIN DE QUINQUINA TITRÉ IODÉ.
VIN DE QUINQUINA TITRÉ FERRUGINEUX.

Richesse incomparable en principes actifs; composition constante et chimiquement définie; conservation illimitée; goût très-agréable du vin blanc d'Alicante. — 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

VIN DE GILBERT SEGUIN
Tonique et fébrifuge.

Aucune autre préparation de quinquina ne se recommande par une aussi longue expérimentation, une efficacité aussi certaine.

« *Ce vin contient tous les principes actifs du quinquina et se conserve indéfiniment.* » (Bouchardat.)

Paris, pharmacie G. SEGUIN, 378, r. St-Honoré
Exiger sur l'étiquette la signature G. SEGUIN.

PILULES DU Dr BLAUD
Au proto-carbonate de fer inaltérable.

Insérées au nouveau Codex, elles sont employées avec le plus grand succès depuis plus de 40 ans par la plupart des médecins, pour guérir l'anémie, la chlorose et toutes les affections chlorotiques.

Comme preuve d'authenticité, le nom de l'inventeur est gravé sur chaque pilule.

BLAUD

A Paris, 8, rue Payenne, et dans chaque pharm.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de Henri Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop Henri Mure contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. Henri Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation *mixte* maternelle; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire

---

DISSOLUTION DU FER DANS L'HUILE DE FOIE DE MORUE
Présentée à l'Académie de médecine le 4 décembre 1866.

HUILE DE FOIE DE MORUE FERRÉE
Dosée au 100ᵉ — **AU BENZOATE DE FER** — Dosée au 100ᵉ

De E. GODIN, Pharmacien des hôpitaux.

1. Le benzoate de fer permet d'unir dans une seule préparation les deux principaux reconstituants : *le fer et l'huile de foie de morue.*

2. L'huile ferrée au benzoate de fer *complétement désinfectée* ne donne pas de renvois, et réussit merveilleusement aux enfants, aux personnes faibles et lymphatiques, aux phthisiques dont elle calme la toux, dans la scrofule, *et dans tous les cas où l'huile de foie de morue convient.*

VIN TRIDYNAMIQUE
du docteur **GOURVAT**, pharmacien, lauréat des hôpitaux de la Faculté.

QUINA, COCA ET CACAO AU MALAGA

Ce vin renferme les principes actifs des trois plus puissants toniques de la matière médicale; d'une saveur douce et agréable, il est éminemment stimulant, fortifiant et réparateur. On peut dire qu'il accumule les forces dans l'économie. 1 à 2 cuillerées à bouche chaque fois. — 25, *rue Paul Lelong. Paris.*



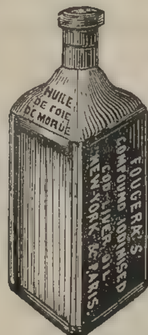
MÉDICATION DIASTASÉE
FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital la **Diastase**, développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUERTTROT) et dans toutes les pharmacies

---



HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-BROMO-PHOSPHORÉE
De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :

A MM. G. Mathey et Clin, r. Racine, 14; Hottot, aven. Victoria, 7; Grimault et Cᵉ, r. Vivienne, 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats de poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1857 institue en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 1,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Etudiants qui n'en peuvent payer le prix entier

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. .	30 —	

SOMMAIRE. — Transfèrement de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE. — Maladies de l'oreille, par M. J. Toynbee, F. R. S. (traduction de M. Darin). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Paris, 3 octobre 1872.

Transfèrement à Nancy de la Faculté de médecine et de l'Ecole supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Le Gouvernement vient de faire un grand acte d'utilité publique et de réparation à la fois, en décrétant le transfèrement à Nancy de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, et en maintenant dans leurs chaires et dans leurs fonctions respectives les anciens professeurs et agrégés de ces deux écoles. La suppression de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, conséquence nécessaire de ce transfèrement, eût laissé en souffrance des intérêts et des droits acquis également respectables. Ces intérêts et ces droits ont été respectés, au profit de l'enseignement lui-même, en appelant quelques-uns des professeurs les plus distingués de cette Ecole aux chaires vacantes ou nouvellement créées de la Faculté et en créant pour les autres, à titre transitoire, des places de professeurs adjoints dont les fonctions consisteront à doubler les chaires les plus importantes.

La composition de la Faculté de Nancy est, à nos yeux, un sûr garant de son avenir et des services qu'elle est appelée à rendre à la science et à l'enseignement.

Nous mettons sous les yeux de nos lecteurs le texte du décret en date du 1er octobre, publié dans le *Journal officiel* d'hier, 3 octobre.

Dr BROCHIN.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

Vu les dispositions de la loi de finances du 21 mars 1872, relatives au transfèrement à Nancy de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg;

Vu la délibération du conseil municipal de Nancy, en date du 15 juillet 1872, qui affecte à l'usage de la Faculté :

1° Pour la construction de nouveaux bâtiments, une subvention de 300,000 fr. et une partie des terrains du jardin de l'Académie;

2° La maison précédemment occupée par l'École supérieure de garçons;

Vu la délibération du conseil général du département de Meurthe-et-Moselle, qui met à la disposition de l'État, pour le même objet, une allocation contributive de 50,000 fr.;

Considérant que les édifices existants ne permettent pas, quant à présent, d'attribuer aux services de la Faculté et de l'École supérieure des locaux distincts;

Considérant, d'autre part, qu'en maintenant aux anciens professeurs et agrégés de la Faculté et de l'École supérieure de Strasbourg les titres dont ils étaient en possession, il importe également de tenir compte aux professeurs de l'École de Nancy de leurs droits acquis;

Considérant les motifs urgents d'intérêt public qui rendent nécessaire l'ouverture des cours et exercices dans le plus bref délai,

Décrète :

TITRE PREMIER

Art. 1er. La Faculté de médecine et l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg sont transférées à Nancy.

Le doyen de la faculté est provisoirement chargé de l'administration de ces deux établissements.

Art. 2. Sont maintenus dans leur chaire :

MM. Stoltz (doyen), Rameaux, Tourdes, Rigaud, Hirtz, Michel, Coze, Bach et Morel, anciens professeurs de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Sont nommés professeurs titulaires :

M. Simonin, directeur honoraire de l'école de médecine et de pharmacie de Nancy; MM. Victor Parisot et Blondlot, anciens professeurs à la même école;

MM. Hergott, Hecht, Engel, Beaunis et Feltz, anciens agrégés en exercice à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Sont nommés professeurs adjoints :

MM. Roussel, Demange, Béchet, Grandjean, Xardel, Poincarré, Émile Parisot et Lallement, anciens professeurs à l'école de Nancy; Ritter, ancien agrégé en exercice de la Faculté de Strasbourg.

Sont maintenus dans leurs fonctions les agrégés en exercice de la Faculté de Strasbourg dont les noms suivent :

MM. Aronsohn, Sarazin, Monoyer, Schlagdenhauffen, Bouchard, Gross, Bernheim et Fée.

Sont maintenus dans leurs fonctions de suppléants près la Faculté :

MM. Delcominète, Bertin et Valentin, anciens suppléants à l'école de Nancy.

Art. 3. Le personnel de la Faculté de médecine de Nancy et l'enseignement attribué à chacun de ses membres sont, en conséquence de l'article qui précède, constitués comme il suit :

Doyen : M. Stoltz, ancien doyen de la Faculté de Strasbourg.

Anatomie générale descriptive et topographique (ancienne chaire d'anatomie). — Professeur titulaire, M. Morel; professeur adjoint, M. Lallement.

Physiologie. — Professeur titulaire, M. Beaunis; professeur adjoint, M. Poincaré.
Anatomie et physiologie pathologiques (ancienne chaire de pathologie et de thérapeutique générales). — Professeur titulaire, M. Feltz.
Pathologie générale interne (ancienne chaire de pathologie interne). — Professeur titulaire, M. Hecht; professeur adjoint, M. Demange.
Pathologie externe. — Professeur titulaire, M. Bach; professeur adjoint, M. Béchet.
Accouchements et maladies des enfants (chaire créée). — Professeur titulaire, M. Hergott; professeur adjoint, M. E. Parisot.
Médecine opératoire. — Professeur titulaire, M. Michel.
Matière médicale et thérapeutique. — Professeur titulaire, M. Coze; professeur adjoint, M. Grandjean.
Botanique et histoire naturelle médicale. — Professeur titulaire, M. Engel.
Chimie médicale et toxicologie. — Professeur titulaire, M. Blondlot; professeur adjoint, M. Ritter.
Physique et hygiène. — Professeur titulaire, M. Rameaux.
Médecine légale. — Professeur titulaire, M. Tourdes.
Cliniques externes (2 chaires). — Professeurs titulaires, MM. Rigaud et Simonin.
Cliniques internes (2 chaires). — Professeurs titulaires, MM. Hirtz et Victor Parisot; professeur adjoint, M. Xardel.
Clinique obstétricale et gynécologique (ancienne chaire d'accouchements et clinique d'accouchements). — Professeur titulaire, M. Stoltz (doyen); professeur adjoint, M. Roussel.

Art. 4. Les assemblées de la Faculté sont composées de professeurs titulaires.

Les professeurs adjoints sont appelés de droit à y siéger individuellement, toutes les fois qu'il s'agit de modifier dans quelqu'une de ses parties l'enseignement qui leur est confié.

Art. 5. Les agrégés de la Faculté de médecine de Nancy sont classés en six sections différentes, suivant les spécialités pour lesquelles ils auront concouru.

1re section. — Sciences physiques et chimiques et histoire naturelle.

2e section. — Sciences biologiques, comprenant l'anatomie normale, l'hystologie et la physiologie normale.

3e section.— Sciences médicales : pathologie et thérapeutique générales, pathologie interne, clinique interne.

4e section. — Sciences chirurgicales : pathologie externe, clinique externe, médecine opératoire.

5e section. — Sciences gynécologiques : accouchements, maladies des femmes et des enfants nouveau-nés.

6e section. — Sciences médicales appliquées : médecine légale, épidémies, hygiène publique et privée.

Il peut ère établi des concours pour *plusieurs sections à la fois.*

Art. 6. Les agrégés et suppléants en exercice peuvent ouvrir des cours, soit dans des locaux particuliers, soit, après avis de l'assemblée des professeurs, dans le local même de la Faculté.

Ces cours peuvent figurer dans les programmes officiels de la Faculté, après avis de l'assemblée. Ils peuvent être rétribués par les étudiants qui les suivent, sans que le secrétaire agent comptable de la Faculté puisse toutefois intervenir dans la perception des droits fixés par les suppléants et agrégés.

Les agrégés et suppléants sont appelés par le doyen à remplacer les professeurs temporairement empêchés. Dans tous les cas où le remplacement doit se prolonger au delà d'une quinzaine de jours, le ministre est averti par le recteur et décide, sur son avis, des conditions de la suppléance.

Le ministre conserve, à l'égard des suppléants et agrégés, maintenus en exercice par le présent décret, l'autorité qui lui est attribuée par les lois et règlements en vigueur.

Art. 7. Il n'est rien changé aux traitements fixes et éventuels des professeurs titulaires.

Le traitement fixe des professeurs adjoints sera de 1,500 fr.; celui des agrégés est maintenu à 1,000 fr.

Le traitement éventuel des professeurs adjoints et des agrégés sera de 1,000 fr. par abonnement.

Cette dernière disposition financière s'applique exclusivement aux anciens agrégés en exercice de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 8. Les emplois de professeurs adjoints et de suppléants, mentionnés au présent décret, seront supprimés au fur et à mesure des extinctions.

Art. 9. Les cours complémentaires et conférences précédemment institués à la Faculté de Strasbourg, seront réorganisés par le ministre sur la proposition de l'assemblée des professeurs et après avis du recteur.

Il pourra être pourvu, pour la première fois, aux emplois auxiliaires vacants à la Faculté, par voie de présentation directe.

TITRE II

Art. 10. Sont maintenus dans leur chaire les anciens professeurs de l'École supérieure de pharmacie dont les noms suivent : MM. Oberlin, Jacquemin et Schlagdenhauffen.

Ces professeurs font partie de droit de l'assemblée mentionnée à l'article 4.

Est maintenu dans ses fonctions, M. Fleury, ancien agrégé à l'École supérieure de Strasbourg.

Art. 11. Il sera ultérieurement pourvu aux chaires vacantes de l'École supérieure ou à leur transformation par des décrets spéciaux.

Art. 12. Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er octobre 1872.

A. THIERS.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts,

JULES SIMON.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Applications pratiques de la thermométrie au diagnostic et au pronostic des maladies de l'enfance (1).

L'exploration thermométrique est encore plus nécessaire chez les enfants que chez les adultes, pour trancher certaines difficultés de diagnostic. Il est d'autant plus important de s'assurer par le thermomètre si la température est exaltée chez les nouveau-nés, qu'un état de santé parfaite peut s'allier quelquefois chez eux avec des désordres apparents de la circulation et de la respiration. Les oscillations normales du pouls variant d'ordinaire de 80 à 120, et le nombre des mouvements respiratoires pouvant, chez des sujets tout à fait sains, monter à 50 et même à 60, comme celui des pulsations jusqu'à 140, on n'admettra l'existence positive de la fièvre que si en même temps la chaleur est supérieure à 38°.

Le thermomètre annonce qu'il y a fièvre ; mais il n'indique pas la nature de cette fièvre. Ainsi des *maxima* identiques peuvent se montrer dans des maladies différentes. D'un autre côté les données thermométriques n'ont ni une constance ni un degré de précision assez absolus pour être érigées en lois et four-

(1) Voir la Revue de samedi dernier.

nir des signes certains de diagnostic. Mais ces réserves faites pour prémunir contre des exagérations qui n'ont pas toujours été évitées, nous allons parcourir avec M. Roger les cas dans lesquels la constatation de la température, rapprochée d'autres phénomènes séméiologiques, a pu aider au diagnostic.

La dothinentérie est la seule maladie de l'enfance dans laquelle M. Roger ait vu une forte chaleur coïncider avec une accélération modérée du pouls : d'où, si l'on voit chez un enfant la température s'élever jusqu'à 40° et 41°, alors même qu'on ne compterait pas plus de 100 à 112 pulsations, on peut, d'après ce seul désaccord entre la caloricité et l'activité circulatoire, prononcer presque sûrement que l'on a affaire à une fièvre typhoïde. — L'accroissement plus brusque de la chaleur, la fréquence extrême du pouls et de la respiration pourront faire distinguer certaines pneumonies à forme typhique de la dothinentérie. On comprend l'utilité de ce signe dans les cas où les signes fournis par l'auscultation et la percussion viennent à faire défaut.

Les indications thermométriques peuvent aider quelquefois aussi à distinguer, au début, une fièvre typhoïde d'une entérite d'apparence typhique, la caloricité étant à peine exaltée dans l'entérite (de 38° à 39°), tandis qu'elle est toujours très-élevée dans la dothinentérie (40° à 41°).

Le thermomètre peut décider quelquefois aussi entre une méningite et une fièvre typhoïde à forme cérébrale. Si la chaleur est très-élevée et durable (40° à 41°), le pouls ne dépassant pas 110, il y a toute probabilité que l'on a affaire à une fièvre typhoïde, tandis que si les mêmes *maxima* de chaleur coïncident avec un nombre de pulsations supérieur à 130, on devra pencher vers l'idée d'une méningite.

L'abaissement de la température, intermédiaire à deux périodes d'exaltation, peut être considéré comme un signe pathognomonique de méningite tuberculeuse.

Lorsqu'il y a lieu d'hésiter entre une bronchite capillaire et une pneumonie lobulaire commençante, si le thermomètre ne dépasse pas 39°, la probabilité est pour la bronchite, tandis qu'il y a presque certitude pour une pneumonie si le thermomètre s'élève à 40° ou 41°.

Ce même chiffre, élevé de 40° ou 41°, constaté 24 ou 36 heures seulement après le début d'une affection thoracique aiguë, doit faire penser à une pneumonie lobaire plutôt qu'à une pleurésie.

L'œdème algide et le choléra épidémique étant les seules maladies où la température générale subit un abaissement considérable, les indications thermométriques fournissent dans ces deux cas des données extrêmement utiles.

— Au point de vue du pronostic, on est presque toujours en droit de déclarer qu'il y a péril plus ou moins imminent toutes les fois que le thermomètre marque 41°, 41°,50 (la fièvre intermittente exceptée cependant).

Dans les pyrexies et principalement dans les fièvres éruptives, les cas où la caloricité s'exalte davantage sont généralement ceux qui offrent le plus de gravité.

Ainsi, chez un enfant présentant les prodromes d'un exanthème, une chaleur excessive devra faire redouter ou une éruption très-abondante, ou une forme irrégulière de la maladie, ou quelque complication.

De même une chaleur de 40°,50 à 41° constatée au début d'une dothinentérie, annonce une forme grave de l'affection.

Dans les phlegmasies aiguës, l'accroissement de la chaleur devient la mesure de la gravité du mal.

Dans la coqueluche, la prédominance de l'élément catarrhal s'accuse par une exaltation proportionnelle de la caloricité. De même pour le croup.

Dans les affections aiguës qui sont très-fébriles dès l'invasion, le maximum de chaleur se montrant presque toujours à la première période, on peut déjà tirer quelque induction favorable du seul décroissement de température qui survient plus tard. Ces indications varient d'ailleurs beaucoup suivant le genre de maladie : dans la pneumonie, par exemple, la défervescence est le plus souvent brusque, et la guérison s'annonce par un notable abaissement du thermomètre (1 degré et demi et même 2 degrés en vingt-quatre heures), alors que les signes physiques persistent. D'autres fois, la chute de la colonne mercurielle s'effectue lentement, et il faut plusieurs journées pour que la chaleur redevienne normale (exemple : la fièvre typhoïde).

Le refroidissement, même quand il est partiel et borné à la périphérie, a une grande valeur pronostique. Une réfrigération de la périphérie et des extrémités accompagne le collapsus de certaines fièvres typhoïdes qui vont se terminer par la mort. Ainsi de celle des maladies septiques, des péritonites par perforation, des entérites cholériformes, des hydropisies froides, du mal de Bright scarlatineux ou primitif.

Dans les sphacèles, dans les paralysies chroniques et surtout dans la paralysie infantile, la réfrigération partielle est un signe qu'on ne saurait négliger.

Le refroidissement général a une importance plus grande encore au point de vue du pronostic : une diminution de deux degrés seulement, dans la température prise à l'aisselle, constitue presque toujours un état grave (à moins, bien entendu, que cette diminution ne se lie à la défervescence). Avec un abaissement de quatre ou cinq degrés, la vie des enfants est déjà compromise, et au-dessous de 33°,50, la guérison ne semble plus possible.

Applications thérapeutiques.

La thérapeutique est encore moins puissante chez les enfants que chez les adultes à modifier la température morbide. Elle n'est guère modifiée d'une manière effective par les médicaments antiphlogistiques que lorsqu'ils sont administrés à doses toxiques.

La digitale, dont M. Roger fait un fréquent usage dans presque tous les états fébriles, dès qu'il y a une assez grande accélération du pouls, et qui constitue, à ses yeux, une ressource précieuse dans les phlegmasies pulmonaires chez les jeunes sujets, a une action beaucoup moins efficace sur la caloricité que sur la circulation. Il a trouvé souvent que le thermomètre baissait à peine de quelques dixièmes, alors que la nombre des pulsations était notablement abaissé. Quelquefois même, alors que l'action de la digitale était très-sensible sur le pouls, elle s'est montrée nulle sur la chaleur.

Les expériences thermométriques de M. Roger, relatives à l'action déprimante des émissions sanguines dans les phlegmasies aiguës chez les enfants, concordent avec celles qui ont été faites chez les adultes. Si parfois il est arrivé que la température restât sans changement après la saignée, le plus fréquemment il y a eu, à la suite de la saignée, une différence au moins d'un demi-degré, bien que la soustraction du sang eût été très-modérée. Il y a eu dans tous ces cas soulagement immédiat.

L'action tempérante de l'eau froide en boisson, en lotions, affusions ou bains a été également expérimentée. Sous l'influence de bains frais à 25° et à 27°, de douches froides à 10° et 8°,

d'irrigations et affusions, d'enveloppement général ou partiel avec un drap ou des compresses mouillées, il s'est fait un refroidissement de un demi-degré, de un et même de plusieurs degrés. Cette soustraction de calorique, répétée plusieurs fois par jour, a, dans certains cas, amené finalement la guérison, ou du moins y a grandement contribué.

Il est d'un grand intérêt pour la thérapeutique de posséder les notions précises que le thermomètre peut seul fournir sur la réfrigération générale du corps, sur la quotité de ce refroidissement et sur le danger qui résulte pour l'organisme d'une perte de quelques degrés. Avec un froid de 3° ou 4° au-dessous de la moyenne normale, l'existence de l'enfant est très-gravement compromise, abstraction faite des autres éléments morbides : de là, chez les très-jeunes sujets surtout, la nécessité d'opposer promptement à un symptôme funeste des moyens en rapport avec son intensité; et c'est d'après les indications du thermomètre que le praticien devra recourir aux agents de réchauffement et en accroître ou en modérer l'action.

MALADIES DE L'OREILLE (1)

Par M. J. Toynbee, F. R. S.

(Traduction de M. Darin.)

CONDUIT AUDITIF EXTERNE

CORPS ÉTRANGERS

Obs. I. — *Crayon d'ardoise dans l'oreille d'un enfant.*

J. S., âgée de 7 ans, me fut amenée au dispensaire de Saint-George et Saint-James le 28 novembre 1849; la mère raconte que l'enfant s'était introduite un bout de crayon d'ardoise dans l'oreille droite. La petite fille ne se plaignait d'aucune souffrance et avait bien dormi. L'examen, à l'aide du spéculum et de la lampe permit de voir un morceau rugueux de crayon d'ardoise reposant sur le plancher du conduit auditif et appuyant évidemment par une extrémité sur la M. T., tandis que l'autre était tournée vers l'orifice du méat. Éloigné facilement à l'aide d'injections d'eau chaude, il avait environ 12 millimètres de longueur sur 6 de largeur. La M. T. était rouge, les vaisseaux sanguins de la couche dermoïde étaient distendus. La malade n'accusait aucune douleur, et, au bout de peu de jours, la M. T. avait repris son état normal.

Obs. II. — *Capsule dans l'oreille pendant quinze ans.*

C. E., âgée de 26 ans, fut admise à Sainte Mary's Hospital en novembre 1852. Elle dit se sentir depuis peu légèrement sourde des deux oreilles. A l'examen, on observe comme une masse de cire durcie près de l'orifice du conduit auditif gauche. Chassée au moyen de la seringue, cette masse se trouva être une capsule entourée de cérumen. La malade dit qu'elle se rappelait s'être introduit, vers l'âge de 11 ans, une capsule dans l'oreille, mais qu'elle la croyait sortie et qu'elle n'y avait jamais repensé depuis. La M. T. était concave, la trompe d'Eustache naturelle et le pouvoir auditif à peu près perdu.

Oreille droite. — Distance de l'audition : 18 centimètres (2). M. T. terne, concave; trompe d'Eustache normale. Il semble que l'épaississement de la M. T. du côté droit a dû déterminer récemment une dureté de l'ouïe de ce côté; l'oreille gauche était sans doute sans usage depuis quelque temps; mais tant que l'autre oreille était demeurée parfaite, le défaut du côté gauche n'avait pas été remarqué. *Des poils* s'amassent assez volontiers dans le méat, provenant soit de petits morceaux qui y pénètrent lorsqu'on fait couper les cheveux, soit des poils qui poussent à l'entrée du méat; ces corps provoquent beaucoup d'irritation.

Obs. III. — *Collection de poils dans le méat externe.*

N. S., âgé de 69 ans, se plaignait d'un craquement extrêmement désagréable dans l'oreille droite chaque fois qu'il remuait la tête ou l'oreille. Ce symptôme datait de deux mois et était survenu à la suite de bains de mer; quelques années auparavant, il avait eu une attaque semblable, qui avait disparu spontanément. La distance de l'audition était de 75 millimètres. La seringue chassa de l'oreille une masse volumineuse de poils courts; aussitôt disparut ce symptôme de craquement, et la distance de l'audition s'étendit à 60 centimètres.

Un autre gentleman était tourmenté de démangeaisons excessives par une cause semblable.

Obs. IV. — *Épingle fixée fortement dans le méat.*

A. B., domestique, âgée de 35 ans, vint tout effrayée et souffrant un peu, disant qu'en se curant l'oreille gauche avec une épingle, elle l'avait laissé tomber dans l'oreille sans pouvoir la retirer. Je vis la tête de l'épingle tout près de la M. T., à sa partie inférieure; la pointe paraissait insérée dans le méat membraneux. La seringue échoua, je fus donc obligé de l'enlever avec la pince rectangulaire, instrument bien utile quand la substance étrangère ne peut être extraite d'une autre façon. En essayant de retirer l'épingle, je m'aperçus que sa pointe était fixée solidement dans le derme, et que la seule manière de la dégager, était de la saisir par le milieu et de la repousser doucement en dedans contre la M. T., puis de la retirer aussitôt.

Ouate. — Dans un cas, un tampon de ouate avait séjourné dix ans dans l'oreille droite sans produire d'autre symptôme qu'un sentiment de plénitude. Dans l'observation suivante, où pareille substance reposait sur la M. T., des symptômes semblables à ceux de la compression cérébrale apparurent très-manifestes.

Le révérend O. M., âgé de 55 ans, me consulta en 1849. Il avait un écoulement de l'oreille gauche, datant de son enfance et consécutif à une attaque de rougeole; il avait l'habitude de s'introduire du coton dans le méat; dans les derniers temps, il avait éprouvé des vertiges et une sensation de pesanteur sur la tête; ces symptômes furent rapportés par les médecins qu'il avait consultés à un trouble de l'estomac, parce qu'ils s'aggravaient d'une manière évidente pendant des attaques de dyspepsie. L'examen fit constater dans le méat une masse volumineuse de coton en contact avec la M. T.; ce bouchon avait été évidemment poussé jusque-là par des masses ajoutées successivement. Le coton fut extrait à l'aide de la seringue, et l'on constata qu'il avait fermé un orifice de la M. T. La masse enlevée, les attaques de vertige cessèrent complétement. Sur une pièce, représentée dans la figure 16, je trouvai un tampon d'ouate dans le méat, où il séjournait probablement depuis nombre d'années; il avait tellement dilaté le méat osseux, que l'index pouvait pénétrer jusqu'à la M. T.

Obs. VI. — *Coquillage dans le méat, extrait à l'aide d'instruments; paralysie du nerf facial.*

Miss A., âgée de 14 ans, me consulta en mai 1853, pour une surdité complète de l'oreille droite et une paralysie du côté droit de la face. Son père me dit que, huit mois auparavant, elle s'était, en jouant, introduit dans l'oreille un petit coquillage; que le chirurgien, en essayant de l'extraire, l'avait enfoncé plus avant [dans l'oreille, en le brisant et en déterminant une douleur intense. Son extraction fut suivie d'un écoulement abondant de l'oreille, et au bout de peu de jours, les muscles du côté droit de la face avaient perdu leur action et ne l'avaient plus retrouvée.

A l'examen, nulle trace de la M. T.; la muqueuse de la caisse était très-épaisse et très-rouge, et il ne restait aucun vestige de la faculté auditive.

---

(1) (Suite). — Voir les numéros des 26 mars, 16 avril, 3 et 19 septembre 1872.

(2) La distance normale de la montre d'épreuve de l'auteur était d'environ 0m,914 (3 pieds anglais).

OBS. VII. — *Tabac dans le méat; céphalalgie et engourdissement cérébral; stupéfaction partielle; impossibilité de marcher dro t.*

M. B. S., âgé de 50 ans, vient me demander du soulagement en 1853; il dit éprouver, depuis quatre mois, de la douleur et une sensation d'engourdissement dans le côté droit de la tête, sensations qui s'exaspèrent beaucoup de fois à autres. Il se plaint aussi de vertiges, et dans la chambre il marche parfois en titubant; d'autres fois, il est obligé de s'asseoir, se sentant tout à fait oppressé et stupéfié. Il a souffert aussi d'indigestion. Un médecin, consulté, le traita par des ventouses, des purgatifs, etc., mais sans succès. L'examen du conduit externe droit fit découvrir une quantité considérable de matière noire, qui fut aisément retirée; on constata que c'était du tabac imprégné d'humidité et mélangé de cérumen et de poils. Le lendemain, grande atténuation dans les symptômes cérébraux; ils disparurent complétement en peu de jours, et le malade en fut débarrassé. Le tabac avait été introduit dans le méat peu avant l'attaque, pour un mal de dents. La masse était molle et si peu serrée qu'il paraît plausible de rapporter les symptômes aux principes narcotiques du tabac, plutôt qu'à la pression de cette substance sur la M. T. D'ailleurs, quand les symptômes sont dus à la compression, ils disparaissent aussitôt la cause enlevée, tandis que dans le cas actuel ils cédèrent lentement.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 août 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Bordeaux médical*; — le *Bulletin médical du nord de la France*; — le *Journal de médecine de l'Ouest*; — le *Journal d'ophthalmologie de Paris*; — le *Bulletin de la Société des sciences médicales du grand-duché de Luxembourg*.

DISCUSSION

Sur le lymphadénome. — M. PANAS. L'étude du sujet qui nous occupe est de date toute récente. Bien des points restent encore obscurs, et pour quelque temps encore notre rôle principal devra consister à recueillir scrupuleusement les faits cliniques et anatomo-pathologiques, tels qu'ils se présentent à nous, sans prétendre en tirer des déductions absolues.

Avant les travaux de Virchow et Bennet sur la leucémie, parus en 1845, on ne connaissait des affections ganglionnaires non spécifiques que le cancer, l'adénite et le ganglion tuberculeux, à quoi l'on ajoutait souvent, par voie d'hypothèse, la strume, et je dis par voie d'hypothèse, attendu que beaucoup d'individus prétendus strumeux étaient absolument exempts de tout ce qui constitue l'habitus des scrofuleux.

Ce fut donc un véritable progrès que la découverte de la leucémie, caractérisée par le développement progressif des ganglions lymphatiques, avec hypertrophie de la rate, et production de leucocytes en quantité anormale dans le sang et ailleurs, le tout aboutissant au marasme et à la mort.

Mais ici, de nouvelles difficultés devaient surgir.

On ne tarda pas à s'apercevoir que nombre d'individus affectés de la sorte, ne présentaient pas le caractère réputé fondamental de la leucémie, à savoir le développement exagéré de globules blancs dans le sang, et force a été de créer une nouvelle entité morbide (ce fut le fait de Trousseau) : l'*adénie*. L'observation de Bonfils en 1856, qui est la première en date et celles postérieures de Pavy, Patin, Perrin, Cossy, Hallé, Lardet, Trousseau, Hérard, Grizolle et quelques autres, rentrent manifestement dans cette catégorie.

Les progrès incessants de l'anatomie pathologique sont venus démontrer, d'autre part, que l'élément morbide affecte non-seulement le système ganglionnaire lymphatique, mais qu'il peut envahir la rate, les amygdales, les follicules gastro intestinaux, les poumons, le foie, l'ovaire, la peau et jusqu'aux os, auxquels cas le tissu lymphoïde se comporte cliniquement comme le ferait le vrai cancer, avec lequel on a dû le confondre pas mal souvent, même à l'autopsie.

L'observation suivante, qui nous est propre, et qui offre un exemple type de lymphadénome de l'amygdale, n'aurait pas manqué d'être rangée dans les cancers de cet organe, sans l'examen microscopique du tissu amygdalien dont je vous présente ici une belle préparation, faite par mon interne, M. Valtat, qui a aussi recueilli l'observation.

R.., Louis, ferblantier, âgé de 46 ans, entre le 21 octobre 1871, dans le service de M. Panas à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe n° 3, pour une tumeur volumineuse qu'il porte dans la gorge depuis 3 mois et demi environ.

Jusqu'à cette époque il a toujours joui d'une bonne santé, et dans sa famille, il ne connaît rien qui, de près ou de loin, ressemble à sa maladie.

Le début de cette dernière s'annonça par un sentiment de gêne dans la gorge, marqué surtout pendant la déglutition; en même temps, l'ouïe s'affaiblissait à gauche et la région parotidienne de ce côté était le siége d'une tuméfaction notable. En se regardant dans une glace, il vit que son amygdale gauche était grosse et un peu rouge; il consulta un médecin qui lui prescrivit des insufflations d'une poudre blanche, mais sans résultat. Son affection fit des progrès rapides, le gonflement de la région parotidienne envahit bientôt toute la moitié gauche du cou et, au bout de trois mois, la tumeur de l'amygdale avait acquis un tel développement que l'isthme du gosier était obstrué presque complètement. La déglutition devint alors très-pénible; la voix, nasonnée au début, s'affaiblit de jour en jour, et bientôt il ne put articuler que des sons voilés et inintelligibles. En même temps survint un écoulement continuel de salive par la bouche entrouverte, et un amaigrissement rapide. C'est alors que le malade se présenta à l'hôpital :

A son entrée, on constate, outre une maigreur très-accusée, une décoloration complète des téguments, dont la blancheur mate, transparente rappelle l'aspect de la cire vierge. La moitié gauche du cou, surtout au niveau de la région parotidienne, est le siége d'une tumeur énorme, multilobée et de consistance élastique. En certains points la peau, très-amincie, est violacée et adhérente. L'amygdale du même côté est remplacée par une masse considérable de tissu grisâtre, très friable, identique comme aspect à la substance grise cérébrale. Cette tumeur repousse très-fortement le voile du palais en avant, et descend assez bas dans le pharynx, pour qu'avec le doigt on ne puisse atteindre sa limite. Ajoutons que jamais elle n'a donné lieu au moindre écoulement de sang, et que les douleurs y sont peu marquées, même au toucher.

Le 11 janvier 1872, une opération partielle est pratiquée dans le but de soulager le malade dont la respiration est devenue très-pénible. La tumeur ne résistant pas aux pinces, est morcelée avec les doigts, et une quantité assez notable de tissu morbide est enlevée du pharynx. Le lendemain, le malade garde le lit; il a la fièvre et des douleurs vives dans la gorge; le cou est le siége d'une tuméfaction considérable en même temps que d'une rougeur assez vive. Cet état dure quelques jours, et le 20 janvier, apparaît un point fluctuant qui est incisé et donne issue à une grande quantité de pus épais et rougeâtre.

Peu après, je fis l'examen de la tumeur qui m'avait été confiée, et je pensai qu'il s'agissait d'un lymphadénome. J'eus recours d'ailleurs à l'extrême obligeance de M. Ranvier à qui je soumis de nombreuses préparations, et le savant maître confirma ce résultat.

(Voir plus loin le détail de cet examen).

27 janvier. — L'exploration du système lymphatique fut faite alors avec soin et permit de constater les particularités suivantes : de chaque côté, surtout à gauche, les ganglions inguinaux sont le siége d'une tuméfaction notable, dure et indolente, que n'explique d'ailleurs aucun état local. Le malade, en effet n'a pas d'ulcération aux parties génitales, et il n'a jamais eu qu'une chaude-pisse il y a quinze ans. Les ganglions lombaires sont pris aussi, et la palpation permet de reconnaître un empâtement très-manifeste dans cette région. Dans l'aisselle gauche, il existe un ganglion mobile et indolent, du volume d'une noix; enfin la rate, qui dépasse en bas les fausses côtes de trois travers de doigt, forme une masse à grand axe dirigé de haut en bas et de dehors en dedans, et mesurant 18 centimètres dans ce sens, sur 12 de diamètre transversal. La percussion, à ce niveau, ne cause aucune douleur. Le foie parait plus petit que d'habitude, enfin les urines sont normales et la vue est bonne.

28 janvier. — L'examen microscopique révèle dans le sang la présence d'un nombre assez considérable de globules blancs (50 à 70 dans le champ du microscope grossissant 280 diamètres.)

Quant à la tumeur du cou, elle continue de suppurer abondamment sans pour cela perdre de son volume.

Le 6 février, une nouvelle exploration permet de constater que la rate a diminué beaucoup et qu'elle a repris ses dimensions normales; en outre les ganglions inguinaux sont à peine sensibles. Malgré cette amélioration apparente dans l'état local, le malade s'affaiblit de jour en jour et reste confiné au lit.

8 février. — Une seconde opération partielle est pratiquée et une notable portion de la tumeur pharyngienne enlevée avec les doigts. Mais le soulagement qu'elle procure est de courte durée. Bientôt la respiration et la déglutition sont de nouveau gênées, et la tumeur du cou s'ulcère en plusieurs points qui donnent issue à un liquide sanieux et fétide.

Le 8 avril dans la nuit, le malade est pris de suffocation, et le lendemain à 5 heures la trachéotomie est pratiquée d'urgence.

Le 10, on constate des signes évidents de compression du grand sympathique. La pupille gauche est très-resserrée, l'ouverture palpébrale est sensiblement diminuée, enfin il existe une congestion peu marquée, mais non douteuse de la conjonctive. La respiration se fait assez facilement grâce à la canule. Le malade, affaibli au dernier point, reste immobile dans son lit, plongé dans une sorte de torpeur.

20 avril et jours suivants. — Il rejette par la canule une grande quantité de mucosités filantes; tous les jours la tumeur du cou augmente et s'ulcère davantage. Il survient alors de la diarrhée; des eschares se montrent au sacrum et aux trochanters et le malheureux arrive au dernier degré du marasme.

12 mai. — Nouvel examen du sang, aussi concluant que le premier; peut-être même les globules blancs ont-ils augmenté, on en compte de 60 à 80 dans le champ du microscope à 280 diamètres.

Examen histologique. — Les fragments de cette tumeur, après avoir séjourné deux jours dans l'alcool, sont plongés dans une solution très-faible d'acide chromique où ils se durcissent rapidement.

Des coupes fines sont alors pratiquées dans tous les sens, puis colorées avec la solution ammonicale de carmin, traitées par l'acide acétique et conservées dans la glycérine.

Le microscope y décèle la présence d'un tissu réticulé dont les mailles sont remplies de cellules rondes embryonnaires.

Ce réticulum, que l'on voit très-nettement sur les bords des préparations, et mieux encore sur des coupes traitées par le pinceau, prend naissance sur les parois des capillaires qui renferment de nombreux leucocythes colorés par le carmin; il est très-accusé et parait plus épais qu'à l'état normal.

Les cellules qui remplissent les mailles du réticulum sont rondes, à un noyau et mesurent de 8 à 9 millim. pour la plupart; à côté de ces derniers on voit quelques cellules de dimensions plus grandes, et mesurant jusqu'à 15 millimètres.

Quant aux capillaires, ils sont nombreux et leurs parois sont très-larges. Comme nous l'avons dit plus haut, ils contiennent de nombreux globules blancs. Ajoutons que sur plusieurs préparations, on retrouve la muqueuse tapissant la tumeur, et ne présentant d'ailleurs aucune particularité.

Les quelques détails qui précèdent justifient pleinement la dénomination de lymphadénome appliquée à cette tumeur. Elle représente, en effet, le type parfait du tissu lymphatique. Une seule production pourrait être confondue avec elle, c'est le lymphadéno-sarcome. Il n'est pas inutile, à ce propos, de rappeler que certains auteurs regardent comme très-difficile, sinon impossible, la distinction *histologique* de ces deux espèces.

Quoi qu'il en soit, c'est seulement avec un lymphadéno-sarcome mou que l'on pourrait confondre notre tumeur. Or la multiplicité des éléments cellulaires, leurs dimensions plus grandes, en général, la finesse du réticulum, qui semble disparaître au profit des cellules, sont des signes qui nous paraissent suffisants pour séparer le lymphadéno-sarcome mou du tissu qui nous occupe. Ajoutons, du reste, que, pour le cas particulier, la présence dans les capillaires de nombreux leucocytes suffit, à elle seule, pour lever tous les doutes.

Trousseau a été certainement trop absolu lorsqu'il a voulu tracer une démarcation absolue entre la leucémie et l'adénie, se fondant sur ce que, dans le premier cas, il y a toujours augmentation des globules blancs du sang, tandis qu'il n'y en aurait jamais dans l'adénie.

Non-seulement dans un certain nombre de cas on a omis l'examen du sang, ou on ne l'a fait qu'après la mort, mais il est positif que, dans le fait emprunté à Pavy (*ease of anæmia lymphatica*), les globules blancs étaient surabondants, bien qu'en vérité l'auteur attribue cet excès à la diminution des globules rouges.

Dans le courant de cette année, il s'est présenté à Saint-Louis un individu atteint d'adénite cervicale unilatérale de nature manifestement strumeuse, ainsi que l'indiquait l'impétigo naso-labial existant chez lui depuis longtemps, et les autres attributs du tempérament lymphatique. Nul engorgement de la rate, rien autre de général. Malgré cela, l'examen du sang démontra une augmentation considérable des globules blancs du sang.

Voici cette observation, telle qu'elle a été recueillie par M. Laurey, interne du service.

Obs. II. — *Adénite cervicale. — Leucémie sans augmentation du volume de la rate.*

Le nommé L... (Charles), âgé de 45 ans, employé, tempérament lymphatico-sanguin, constitution assez bonne; entré le 9 février 1872, salle Saint-Augustin, lit n° 8.

Rien dans les antécédents de sa famille. Aucune maladie antérieure grave. Pas d'affections chirurgicales. Pas de syphilis. Une blennorrhagie il y a quinze ans, parfaitement guérie.

Il y a une dizaine d'années, ce malade a eu quelques maux de gorge traités et guéris par le docteur Guibout, à l'aide de gargarismes au sirop de mûres et à l'alun. Au mois de mars 1871, il fit une chute sur le dos, d'une hauteur de 5 à 6 mètres, et éprouva, à la suite de cet accident, des douleurs lombaires fort vives qui reçurent les soins du docteur Guibout.

A la même époque, environ, le malade remarqua dans la région sous-maxillaire antérieure droite une tumeur, grosse comme un œuf de pigeon, et due à la préseuce d'un ganglion hypertrophié.

Iodure de potassium, badigeonnages multiples de teinture d'iode, frictions avec la pommade iodurée.

Cependant, malgré le traitement, du mois de mars au mois de juin, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux se prennent et constituent, en s'hypertrophiant, une tumeur considérable. En même temps, le malade sent qu'il perd ses forces, quoique son appétit se soit bien conservé et quoique ses fonctions s'accomplissent régulièrement. Depuis le mois de juin, rien ne s'est modifié.

État actuel. — La tumeur s'étend du menton à la nuque, et de l'oreille à la base du cou : elle mesure 22 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur, 15 centimètres dans son diamètre vertical. Elle est recouverte d'une peau légèrement rosée; elle est dure, mamelonnée, non douloureuse au toucher. Toute la partie

latérale droite du cou est donc déformée; le lobule de l'oreille est rejeté fortement en haut. La région mastoïdienne est elle-même envahie par de nombreux ganglions hypertrophiés. La tête, dans son ensemble, est déviée à gauche; il y a un véritable torticolis pathologique.

Les mouvements de déglutition sont conservés normaux.

La respiration, au contraire, est gênée; mais cette difficulté respiratoire n'est pas permanente. Elle vient par crises, pendant la nuit.

Lorsqu'il est levé, le malade a une respiration facile, sans gêne aucune; mais, pendant la nuit, il lui arrive quelquefois de se réveiller suffoqué. Il est obligé de se mettre immédiatement sur son séant. Cette anxiété respiratoire dure en moyenne une demi heure.

De même l'oreille droite a ses fonctions compromises. L'oreille gauche elle-même, par instant, n'a plus son acuité; le malade prétend qu'il lui arrive quelquefois d'être sourd complétement pendant une heure ou deux. Cette surdité s'accompagne de bourdonnements, de tintements de cloche, de mouvements de balancier dans la tête, tous phénomènes dus, sans doute, à une compression des vaisseaux du cou.

La vue est normale; elle a conservé toute son acuité. Les pupilles, à droite comme à gauche, n'offrent rien à signaler.

Aucun ganglion hypertrophié dans l'aisselle. Au pli de l'aine, on sent une véritable pléiade ganglionnaire, mais d'un volume peu considérable.

La rate est normale et conserve ses rapports avec les 9e, 10e et 11e côtes gauches.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes correspondantes.

L'amygdale gauche n'a rien de remarquable, mais la droite est énorme, volumineuse, mamelonnée et très-dure au toucher. Elle arrive jusqu'à la ligne médiane à la luette, qu'elle refoule en haut et à gauche. Malgré cela, le malade n'éprouve aucune difficulté de déglutition.

Cette amygdale droite hypertrophiée serait-elle le point de départ de l'hypertrophie ganglionnaire énorme du côté correspondant du cou? Cela est d'autant moins probable qu'un état impétigineux chronique de la lèvre et du nez expliquent bien mieux l'hypertrophie des ganglions.

L'examen microscopique du sang, fait par M. Valtat, révèle la présence d'une quantité relativement considérable de globules blancs. Sous le champ du microscope, on en constate de 80 à 90 (grossissement de 280 diamètres).

Tout ce qu'on peut dire, dans l'état actuel de la science, c'est que la leucémie tantôt accompagne l'altération en question des ganglions, et d'autres fois pas, sans que nous sachions à quoi attribuer cette différence et sans qu'il nous soit permis d'y voir deux entités morbides entièrement distinctes.

L'observation suivante, recueillie dans notre service par M. Valtat, est un exemple, parmi beaucoup d'autres, d'adénie sans trace de leucémie, ni même du gonflement de la rate. (*A suivre.*)

Errata. — Dans le rapport de M. Onimus sur la candidature de M. Blumenthal au titre de membre titulaire de la Société de médecine, publié dans le numéro de notre journal du mardi 1er octobre, il s'est glissé plusieurs fautes d'impression que nous croyons devoir signaler, parce qu'elles faussent complétement le sens primitif.

Au lieu de : « Les phénomènes de paralysie et d'atrophie ne sont *pas* consécutifs à l'altération des cellules nerveuses; » *lisez :* « Les phénomènes de paralysie et d'atrophie ne sont *que* consécutifs à l'altération des cellules nerveuses. »

Au lieu de : « Cette distinction existe pour toutes les régions de l'axe spinal, et il est *illogique* de l'admettre également pour les lésions du bulbe et de l'isthme encéphalique; » *lisez :* « Cette distinction existe pour toutes les régions de l'axe spinal, et il est *logique* de l'admettre. »

Au lieu de : « Confrère très-*humble*, » *lisez :* « très-*honorable*; » et à la phrase : « L'honneur de ces documents revient en grande partie à des savants français, » *ajoutez :* « et principalement à M. Charcot. »

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 117. — MARDI 8 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 8 OCTOBRE 1872. — N° 117.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Hôpital des Enfants-Malades. De la myocardite et de l'endocardite dans la diphthérite, dans l'angine couenneuse et dans le croup (M. Bouchut). — Du traitement du choléra par l'administration, coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses (20 litres et plus dans les 24 heures) (suite). (M. A. Netter). — Association française pour l'avancement des sciences (suite). — Nouvelles.

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. Bouchut.

De la myocardite et de l'endocardite dans la diphthérite, dans l'angine couenneuse et dans le croup.

Pendant tout le cours de ma clinique, cette année, vous avez pu voir, dans le croup, plusieurs exemples d'*endocardite*, de *myocardite* et de thromboses cardiaques ayant produit des infarctus pulmonaires ou cutanés et consécutivement la mort. En voici deux exemples qui viennent s'ajouter à ceux que M. Labadie-Lagrave, mon interne, et moi avons communiqués à l'Académie des sciences le 22 juillet 1872. C'est un sujet de la plus haute importance. Il commence à être étudié par d'autres personnes dans les hôpitaux et vous en entendrez parler ailleurs que dans mon service. Depuis notre communication à l'Institut, il a même été présenté une thèse qui touche un peu à la question. A tous ces titres, il ne peut être que très-intéressant pour vous de voir dans les cas soumis à votre observation la preuve de l'exactitude de nos affirmations et ensuite de la justesse de mes conclusions doctrinales.

Vous y observerez :

1° L'anesthésie de la peau que j'ai fait connaître en 1858 et qui, dès qu'elle commence, permet de distinguer le passage de la deuxième période du croup à la troisième. Ici l'anesthésie étant complète indiquait le plus haut degré d'asphyxie. Comme je l'ai démontré, elle résulte d'une insuffisance d'hématose produisant la rétention de l'acide carbonique dans le sang.

2° La leucocytose aiguë dont j'ai indiqué l'existence dans la diphtérite il y a quelques années dans une communication à la Société de biologie, et qui, par ses degrés, donne la mesure de la gravité du mal.

3° L'albuminurie diphtérique que mon collègue Empis et moi nous avons fait connaître en 1858.

4° Enfin, l'endocardite et la myocardite avec leurs infarctus multiples pulmonaires consécutifs qui sont l'objet des recherches nouvelles que nous avons entreprises avec M. Labadie-Lagrave, l'un des plus instruits de nos internes.

Ici, c'est une chose presque nouvelle et inconnue en France. On connaissait depuis mes recherches publiées dans mon *Traité des maladies de l'enfance*, aux articles croup, angine couenneuse et diphtérite, la présence des noyaux d'apoplexie pulmonaire ou infarctus du poumon, des abcès métastatiques pulmonaires et cutanés, ce que je considérais comme des preuves anatomiques de résorption diphtéritique analogue à la résorption purulente. C'était tout. Maintenant, si vous ajoutez à ces premières notions les faits d'endocardite, de myocardite et de thromboses cardiaques que M. Labadie-Lagrave et moi avons si souvent rencontrés dans la diphtérite, vous comprendrez pourquoi, dans cette maladie, se produisent ces infarctus pulmonaires et cutanés dont je parle depuis dix ans. En effet par suite de l'endocardite il se produit de petits dépôts de fibrine décolorée, plus ou moins adhérente aux bords des valvules malades ou entre les colonnes charnues du cœur, et lorsque ces petits fragments de fibrine viennent à se détacher pour courir, avec le sang, dans les artères du poumon si elles viennent du cœur droit, ou dans les artères du corps si elles proviennent du cœur gauche, il en résulte des embolies artérielles pulmonaires viscérales ou cutanées. Ce sont ces embolies qui occasionnent les noyaux ou infarctus d'apoplexie pulmonaire, les infarctus sous-cutanés et les abcès qui peuvent résulter de ces infarctus ramollis en voie de regression.

Maintenant que vous connaissez le but de cette conférence, écoutez la description du fait que vous avez sous les yeux, et dans les détails mêmes de ces observations vous trouverez la confirmation de tout ce que je viens de vous dire.

Obs. I. *Croup. — Angine couenneuse. — Trachéotomie pratiquée au cinquième jour. — Mort au septième jour. — Endocardite valvulaire mitrale et tricuspide. — Thrombose cardiaque. — Infarctus cutané.*

Observation recueillie par M. Labadie-Lagrave, interne du service.

B. T..., âgée de 4 ans, est entrée le 28 août 1872 à l'hôpital des Enfants malades (service du docteur Bouchut), salle Sainte-Catherine, n° 22.

Cette enfant pâle et blonde, de constitution lymphatique, ne présente d'autres antécédents morbides qu'une coqueluche violente dont elle a été atteinte il y a dix-huit mois et qui a persisté pendant près de huit mois.

Sa mère nous dit qu'il y a trois jours, au milieu de la santé la plus parfaite, l'enfant a été prise d'un léger mal de gorge. Les deux jours suivants l'angine a fait des progrès.

Dans la journée suivante la voix s'est tout à fait éteinte, et il n'y pas encore eu d'accès de suffocation. Elle n'a pris aucun vomitif.

Au moment de son entrée, la toux était rauque et croupale, le tirage modéré, la sensibilité cutanée conservée, l'engorgement des

ganglions cervicaux et sous-maxillaires très-léger; le sifflement laryngotracheal nul; le murmure vésiculaire était encore perceptible dans toute l'étendue de la poitrine, mais il avait notablement perdu de son amplitude. La percussion du thorax faisait constater une résonnance parfaite dans tous les points, exagérée même ou plutôt d'unet onalité plus aiguë sur la partie antérieure, ce qui tient à de l'emphysème du bord antérieur produit probablement par la coqueluche antécédente.

Pouls régulier, modérément accéléré, 120; température, 38°,2; respiration, 46.

Traitement. Tartre stibié vingt-cinq milligrammes (à prendre en une seule fois à dose vomitive).

29. Le tartre stibié, a produit d'abondants vomissements sans expulsion de fausses membranes; deux évacuations alvines.

La nuit a été bonne. Pas d'accès de suffocation.

Le tirage est à peine marqué. La toux est éteinte aussi bien que la voix. La sensibilité reste intacte. Le murmure vésiculaire est encore nettement entendu.

Absence complète de râles bronchiques ou trachéaux. Le pouls est cependant très-fréquent, 140, quoique la température soit relativement très-peu élevée 38°.

Traitement. Injections au coaltar saponifié dans l'arrière-gorge. Potion au chlorate de potasse, quatre grammes.

Après sa première injection pharyngienne, l'enfant a expulsé une fausse membrane qui reproduit exactement le moule de la cavité laryngienne.

Soir. La toux est plus grasse ce soir. Le tirage moins intense. L'enfant est plus gaie. Elle est assise sur son lit, jouant avec sa poupée. Son facies est meilleur et ne révèle pas la moindre anxiété. La respiration est calme, trente-six inspirations par minute. Le pouls a diminué considérablement de fréquence, 120. La température s'élève peu au dessus du taux normal, 37°,8. Cette amélioration ne fut malheureusement que de courte durée. La nuit suivante fut mauvaise, et l'enfant très-agitée.

30 août. A la visite du matin, nous la trouvons en proie à une dyspnée intense, quoique l'infirmière de veille nous assure qu'elle n'a eu dans la nuit aucun accès de suffocation. La petite malade est assise sur son lit, sa tête appuyée sur son oreiller, la respiration est anxieuse, serratique, fréquente, 48. Le tirage marqué, le sifflement laryngotrachéal bruyant. Le pouls vif et fréquent, 148. La température modérément élevée, 38°,4. Le murmure vésiculaire n'est plus entendu. La sensibilité cutanée est notablement émoussée, l'analgésie est surtout très-marquée.

Le visage est violâtre. La cyanose très-accusée sur les lèvres. L'opération est jugée urgente et pratiquée sur-le-champ sans accidents immédiats. Quelques instants après l'indroduction de la canule, le sang apparait sur les lèvres de la plaie et coule assez abondamment. Cette hémorrhagie purement veineuse est promptement arrêtée par l'introduction d'une canule d'un plus gros calibre et par l'application de lamelles d'amadou superposées comprimant doucement le bord inférieur de la plaie.

31 août. La trachéotomie, après avoir produit un amendement notable des phénomènes asphyxiques, n'a pas amélioré d'une façon manifeste l'état général de l'enfant qui semble s'être aggravé ce matin. La respiration est toujours très-fréquente, 52. Mais l'air expiré sort attiédi et même presque froid par la canule. Le murmure vésiculaire est voilé par de gros rhonchus trachéaux et bronchiques. L'anesthésie persiste malgré l'ouverture artificielle de la trachée.

Le pouls est d'une extrême fréquence, 168.

La température s'élève sensiblement, 39°6.

L'auscultation de la région précordiale pratiquée avec soin les jours précédents n'avait fait constater aucun souffle anormal; les bruits du cœur sont tumultueux, irréguliers et paraissent voilés, mais sans souffle perceptible.

1er septembre. Morte à 10 heures du matin.

Autopsie faite le 2 septembre à 10 heures 1/2 du matin.

Rigidité cadavérique très-prononcée.

Larynx tapissé de fausses membranes jaunâtres, solides et adhérentes en certains points, diffluentes et ramollies en d'autres, surtout sur les amygdales. Atélectasie complète du poumon gauche. Pas d'infarctus ni de thromboses veineuses dans ces organes. La trachée et les bronches sont tapissées de détritus de fausses membranes ramollies. Les deux poumons sont insufflables et ne présentent aucun noyau de pneumonie lobulaire ni vésiculaire.

Le *cœur* conserve son volume normal. Sa fibre musculaire est rouge et ferme. Ses cavités gauches et droites sont remplies de caillots moitié fibrineux, moitié cruoriques. Ces derniers se retrouvent dans les ventricules enchevêtrés dans les mailles des colonnes charnues et des cordages tendineux. Le double thrombus cardiaque offre un collet rétréci correspondant aux orifices auriculo ventriculaires. Celui du cœur droit se prolonge par une extrémité effilée dans le tronc de l'artère pulmonaire jusqu'à son point de bifurcation et présente au niveau de l'orifice situé au sommet de l'infundibulum trois renflements latéraux correspondant exactement aux nids de pigeon formés par les valvules sigmoïdes.

Les *valvules mitrale et tricuspide* portent sur la face supérieure de leurs bords libres la série festonnée de végétations rouge vif jointe à l'épaississement de leurs lames caractéristiques de l'*endocardite aiguë végétante*. (Cette inflammation de l'endocarde est confirmée par l'examen microscopique fait après macération et durcissement des pièces dans l'alcool, qui révèle l'hyperplasie des élements conjonctifs de l'endocarde.)

Les autres organes: cerveau, foie, rate, intestins, ne présentent aucune lésion appréciable. Les reins seuls sont congestionnés; leur substance corticale est tuméfiée, les colonnes de Bertin sont augmentées de volume comparativement aux pyramides de Malpighi. Cette lésion rénale, qui pendant la vie avait produit une albuminurie légère à partir du 30 août doit être attribuée, ainsi que le microscope nous a permis de le constater, à une néphrite catarrhale avec tuméfaction trouble des cellules épithéliales des tubes urinifères.

Une dernière lésion intéressante est la présence d'une *ecchymose circonscrite siégeant sous la peau de la face interne de la cuisse gauche*, à 4 centimètres au-dessus du condyle interne du fémur.

Cette tache ecchymotique qui persiste après la mort offre un point noir violacé à son centre, rouge sur ses bords. En incisant avec précaution la peau à ce niveau, on reconnaît aisément que ce point hémorrhagique siége dans le tissu cellulaire sous-cutané, où il forme un petit noyau de la grosseur d'un grain de chenevis. Une dissection attentive fait découvrir ses relations intimes avec un petit vaisseau artériel sur le trajet duquel il est situé et dont il est difficile de le séparer. Un plus ample examen à la loupe permet enfin de reconnaître sa véritable nature, que l'analogie nous avait déjà fait soupçonner.

Il est en effet constitué par un *véritable infarctus* hémorrhagique produit très-probablement par la migration d'un de ces innombrables coagula fibrineux qui surmontent comme des stalactites les végétations miliaires de la valvule mitrale.

Voici l'autre fait, qui vous montrera les mêmes lésions et les mêmes phénomènes généraux.

Obs. II. — *Angine couenneuse et gangréneuse. — Diphtérite. — Leucocytose. — Lésions cardiaques : Endocardite végétante légère, myocardite avec extravasations sanguines capillaires, thrombose cardiaque. — Thromboses veineuses multiples (veine-porte méningée, lésions de la dure-mère). — Infarctus cutanés. — Mort d'infection diphthéritique.*

(Observation recueillie par M. Labadie-Lagrave, interne du service).

L... (Estelle), 6 ans, entrée le 16 juillet 1872, salle Sainte-Catherine, n° 4 (hôpital des Enfants malades, service du Dr Bouchut).

Enfant blonde, chairs molles, teint pâle, constitution lymphatique, sans attributs de la diathèse scrofuleuse. D'une bonne santé

habituelle. N'a pas fait de maladies graves dans sa première enfance. Son frère, beaucoup plus jeune qu'elle (il est âgé de 13 mois), a été pris le premier d'angine couenneuse. Trois jours après, elle a été atteinte à son tour de cette maladie pour laquelle sa mère l'amène à l'hôpital.

Samedi dernier (13 juillet), après avoir eu de la fièvre pendant la nuit précédente, elle s'est plainte, à son réveil, de mal à la gorge et de gêne dans la déglutition. Sa mère, effrayée par le spectacle de la maladie de son plus jeune fils, avertie, d'un autre côté, par le récent mais heureux exemple de sa petite nièce qui, un mois auparavant, avait été opérée du croup avec succès, précisément dans la salle Sainte-Catherine, sa mère, disons-nous, appelle un médecin en toute hâte. Celui-ci administre aussitôt un vomitif. Le lendemain il cautérise au crayon de nitrate d'argent le fond de la gorge. Le surlendemain, l'enfant est prise, dans la nuit, d'un accès de suffocation Ses parents, épouvantés, l'apportent à l'hôpital à 6 heures du matin, et dès son arrivée dans la salle Sainte-Catherine, on lui administre *vingt-cinq* milligrammes de tartre stibié. Au moment de la visite, à 8 h. 1/2, nous constatons les phénomènes suivants :

La voix est encore conservée, l'enfant ne tousse pas, l'oppression est cependant assez considérable. La respiration, fréquente et légèrement serratique. La déglutition est encore assez facile et paraît peu douloureuse. Sensibilité cutanée intacte.

A l'inspection de l'arrière-gorge, on aperçoit, sur les amygdales et sur le voile du palais, de larges plaques pseudomembraneuses jaunes-grisâtres, noirâtres même en certains points, surtout au niveau de la luette, qui se trouve ainsi enveloppée de cette gangue diphtéritique.

T. 38°4.

Il s'écoule par les narines un liquide séro-purulent chargé de détritus sanieux.

Traitement. Emétique, *vingt-cinq* milligrammes Vin, potages gras.

16 juillet (soir). Nous trouvons, ce soir, la malade beaucoup plus abattue. La peau est sèche (T. 39°4) et mordicante. Le pouls, fréquent et dépressible. La récurrence radiale est presque éteinte ; la face est pâle et livide. Les battements du cœur sont à peine perceptibles à la main; ils sont sourds, faibles et lointains à l'auscultation.

L'engorgement des ganglions sous-maxillaires, déjà très-volumineux la veille, a fait de notables progrès, et il atteint aujourd'hui les dimensions d'une orange. On voit se dessiner, sur les parties latérales du cou, un abondant réseau veineux bleu-violâtre.

Les pupilles sont moyennement dilatées et peu sensibles à la lumière. La contraction du sphincter irien est lente et paresseuse. L'orifice externe des fosses nasales laisse échapper incessamment une sérosité jaunâtre et très-fétide tenant en suspension des détritus pseudo-membraneux.

L'haleine est fade et nauséuse.

Sur la face antérieure de l'abdomen, on aperçoit une douzaine de petits points rouge foncé analogues à des taches de purpura et qui pourraient bien être de simples piqûres de puces.

L'analgésie cutanée est presque absolue à la face et sur le front, mais l'anesthésie est moins marquée et moins complète.

A l'auscultation de la poitrine, les poumons respirent faiblement, et l'on entend, au sommet gauche, un retentissement plus grand du cri.

Il n'y a pas de différence, à la percussion, dans les deux côtés de la poitrine.

L'urine extraite par le cathétérisme est peu abondante, claire (couleur n° 2 de l'échelle de Vœgel). Réaction acide. — Fortement albumineuse.

Le sang, examimé au microscope, présente une augmentation vraiment considérable des globules blancs. Leur nombre, évalué comparativement à celui des hématies, est comme 1 : 10 environ, c'est-à-dire trente fois plus grand qu'à l'état normal.

La dyspnée n'est pas relativement plus forte qu'hier, mais l'état général empire sensiblement, et l'infection diphtéritique étend ses ravages.

17 juillet. Ce matin, l'enfant est encore plus affaissée que la veille. Sa face semble même un peu bouffie. La dyspnée est extrême.

Les extrémités froides, l'haleine glacée et toujours fétide, le collapsus profond, le pouls insensible (T. 38°8). En découvrant le corps de l'enfant, nous apercevons des taches ecchymotiques bleuâtres sur les membres : l'une est située à la face interne du genou droit et donne sous le doigt l'impression d'une petite nodosité sous cutanée; l'étendue de l'extravasation sanguine, qui nous paraît devoir se rattacher à un infarctus cutané, est d'environ 1 centimètre 1/2. On retrouve un noyau infarctueux analogue au niveau du bras droit et sur sa face interne.

L'examen ophthalmoscopique nous montre le fond de l'œil de coloration gris-rosé très-pâle. La région péripapillaire est presque exsangue. Les vaisseaux émergents de la papille sont à peine perceptibles. Cette décoloration générale de la rétine tient-elle à un œdème sous-rétinien, à une anémie de la choroïde, ou bien doit-on la considérer comme une rétinite commençante liée à la leucocytose? La teinte un peu jaunâtre du fond de l'œil, jointe à l'extrême abondance des globules blancs dans le sang, plaiderait en faveur de cette dernière hypothèse ; mais, d'autre part, la période ultime de la maladie et la mort imminente de l'enfant, suffisent à expliquer cette apparence anormale, qui n'est autre qu'un phénomène organique.

L'enfant succombe dans l'algidité, à 2 h. 1/2 du soir.

Autopsie faite le 19 juillet, trente-six heures après la mort.

Les fosses nasales et l'isthme du gosier sont remplis de détritus noirâtres et gangréneux.

On trouve, sur l'épiglotte, des fausses membranes qui s'étendent jusque sur les cordes vocales.

La trachée renferme quelques mucosités épaisses qui s'étendent jusque dans les grosses bronches. La muqueuse de ces canaux est parfaitement saine et ne présente pas la moindre exulcération.

Poumons. — Le poumon droit adhère, par toute sa surface externe, à la plèvre costale. Il est impossible, également, de détacher sa base sans déchirer son parenchyme.

Le tissu du poumon n'offre aucun noyau sensible à la palpation. Sur sa surface, on ne peut découvrir ni ecchymoses ni infarctus. A la coupe, le parenchyme n'est induré en aucun point.

Les veines pulmonaires sont gorgées de sang liquide. Il n'y a pas de thrombose sur le trajet.

La cavité péricardique contient 60 grammes de sérosité sanguinolente.

Cœur. — Le cœur offre une mollesse caractéristique. A sa surface, et au niveau du sillon coronaire, on aperçoit deux ou trois petits points ecchymotiques qui, examinés soigneusement, présentent les caractères suivants :

Suffusion sanguine dans le tissu cellulaire du sillon auriculaire ; point central noirâtre sur le trajet d'un vaisseau, probablement au niveau de la rupture de ce conduit.

En disséquant cette partie centrale, elle apparaît sous forme d'un petit noyau adhérant, en deux de ses points, au vaisseau correspondant.

Dans la trame du tissu cardiaque, on retrouve une quantité considérable de lésions analogues. Ces ecchymoses interstitielles sont-elles dues à des infarctus capillaires, à des suffusions sanguines simples, ou bien à des endartérites capillaires proliférantes, ou bien enfin à l'altération même des parois musculaires de ces petits vaisseaux? C'est ce qu'il est impossible de déterminer actuellement.

Mais les lésions du tissu musculaire du cœur viennent éclairer cette question de pathogénie obscure *à priori*. En effet, la fibre charnue du cœur, surtout dans la cloison interventriculaire, est pâle, jaunâtre et offre l'aspect de la cire vieillie; elle est friable, molle, et

conserve l'empreinte du doigt. En un mot, elle présente tous les caractères assignés à la myocardite parenchymateuse.

L'examen microscopique a plus tard confirmé nos prévisions, en nous révélant les altérations suivantes : les fibrilles musculaires du cœur offrent une infiltration abondante de granulations, et, en certains points, on observe sur de fines coupes pratiquées sur la cloison ventriculaire, après durcissement préalable dans l'alcool, cet état vitreux signalé par Zenker, Waldeyer et Hayem. Nous n'avons pu, en aucun point, constater la multiplication des noyaux décrits par ce dernier observateur comme le deuxième degré de la myosite.

En examinant le tissu cardiaque sur une coupe pratiquée au niveau des points hémorrhagiques précédemment décrits, nous avons retrouvé, sur le petit vaisseau qui avait été le point de départ de l'extravasation, une lésion que nous avions eu, il y a trois ans, l'occasion d'observer avec notre excellent ami le docteur Hayem. C'était une endardérite proliférante capillaire, qui avait entraîné l'accumulation des globules sanguins, par suite de l'oblitération presque complète de la lumière du petit vaisseau, dont la tunique interne était considérablement épaissie, et consécutivement sa rupture en amont de l'obstacle. C'est ainsi que doivent être compris et interprétés ces petits foyers hémorrhagiques ponctués dont le muscle cardiaque est parsemé.

Le *ventricule droit* est rempli d'un gros caillot fibrineux jaunâtre et très-consistant. Il est ferme et homogène à la coupe; on ne retrouve pas de vacuoles à son centre ni d'amas de leucocytes. Son aspect et sa dureté permettent d'affirmer qu'il n'est pas évidemment d'origine agonique. On retrouve aussi, dans le réseau des colonnes charnues de deuxième et de troisième ordre, des coagulations fibrineuses épaisses et résistantes, enchevêtrées dans ses innombrables mailles.

Les *valvules* offrent une coloration rouge lie de vin, surtout la valvule mitrale, sur la partie marginale et supérieure de laquelle on retrouve le liséré de végétations que nous avons déjà tant de fois observées en pareille circonstance. Mais, dans ce cas, l'endocardite aiguë est très-limitée et peu intense, tandis que les lésions myocardiques dominent ici la scène morbide.

Cerveau. — Augmentation de volume de la masse encéphalique et issue du cerveau à travers une éraillure artificielle de la dure-mère, après l'ouverture de la boîte crânienne. Cette augmentation de volume est due dans ce cas à l'œdème cérébral et ventriculaire, et cette hydropisie interstitielle et cavitaire est elle-même produite par des thromboses multiples des veines méningées, qui renferment çà et là dans leur cavité de petits caillots fibrineux cylindriques jaunâtres, que l'on fait mouvoir dans la lumière des vaisseaux en exerçant sur eux une très-légère pression.

L'œdème rétinien constaté pendant la vie était sans doute dû à une pareille coagulation développée dans la veine ophthalmique.

A la coupe, le cerveau est ramolli et rempli de sérosité qui infiltre son parenchyme. On trouve un pointillé très-abondant produit par des vaisseaux dilatés et d'où l'on peut aisément faire sourdre de petits thrombus cylindriques rouge noirâtre.

Les cavités ventriculaires contiennent une certaine quantité de sérosité claire.

Les sinus de la dure-mère, et en particulier les sinus droit, longitudinal, latéraux, sont remplis de coagula en partie fibrineux jaunâtres, en partie cruoriques et rougeâtres, qui peuvent aisément se détacher de l'intérieur de ces conduits par une légère traction exercée sur le thrombus qui remplit le pressoir d'Hérophile.

Viscères abdominaux. — Tout le système de la veine-porte offre une stase sanguine considérable ; le tronc de ce vaisseau, au niveau de la bifurcation dans le foie, présente une thrombose très-accusée, qui s'étend jusqu'à la première division des vaisseaux hépatiques.

A la surface du foie, on aperçoit un abondant réseau sanguin correspondant à chacun des lobules de la glande, probablement dû à la stase du sang dans les veines sus-hépathiques; celui-ci ne recevant plus l'impulsion de la vis a tergo de la veine-porte.

Pareille stase veineuse se retrouve dans le tissu cellulaire du péritoine pelvien, sur l'intestin et dans la rate.

Reins. — Sensiblement normaux. Il n'y a pas de vestiges d'infarctus d'aucun genre. Les deux substances offrent leurs rapports habituels et leur coloration ordinaire.

Les *muscles* ne sont pas en apparence altérés. La fibre du muscle grand droit de l'abdomen est rouge, ferme et naturelle.

Le muscle sterno-mastoïdien qui recouvre les ganglions engorgés des régions sous-maxillaire et cervicale est noirâtre, ramolli et infiltré de sang,

Les ganglions engorgés offrent à la coupe une coloration rouge grisâtre et une consistance lardacée très-remarquable.

Les *rétines* sont saines en apparence. On ne trouve à leur surface ni tubercules, ni granulations. La papille et la région circonvoisine semblent infiltrées de sérosité.

La *peau*, dans certains points des membres inférieurs et supérieurs, présente des ecchymoses sous-cutanées que l'on pourrait prendre *à priori* pour de petites embolies capillaires, et qui doivent, d'après l'examen microscopique que nous en avons fait à l'aide de coupes fines, de dissection très-attentive et après durcissement dans l'alcool rectifié, être rattachées au même processus que les ecchymoses interstitielles du cœur, c'est-à-dire à l'endartérite capillaire proliférante ayant entraîné la rupture du vaisseau par son excès de réplétion sanguine.

Le *liquide sanguin* est noirâtre, épais, un peu gelée de groseille dans les voies vasculaires qui ne sont pas le siége de thromboses.

En résumé : Angine couenneuse gangréneuse. — Endocardite végétante légère. — Myocardite très-accusée avec extravasations sanguines interstitielles. — Thrombose cardiaque. — Thromboses veineuses multiples : veine-porte, veines méningées, sinus de la dure-mère. — Endartérite capillaire proliférante disséminée. — Altération diphtéritique très-probable.

(*A suivre.*)

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA

PAR L'ADMINISTRATION, COUP SUR COUP, D'ÉNORMES QUANTITÉS DE BOISSONS AQUEUSES (20 LITRES ET PLUS, DANS LES VINGT-QUATRE HEURES), PAR M. A. NETTER (1).

(Mémoire lu à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine.)

II

Est-ce que ce traitement réussirait également dans le cours de graves épidémies? Déjà je me suis fait cette question en 1862, et m'étant mis dès lors à rechercher si parmi les mille et un moyens essayés, quelques tentatives n'auraient pas été faites dans ce sens aussi, j'ai ouvert les classiques ; or voici ce que j'ai trouvé :

« Nous voulons, disaient MM. Monneret et Fleury, terminer en indiquant le traitement par l'*eau chaude*, que l'on a particulièrement mis en usage en Pologne, à Varsovie, dans le quartier des juifs, et qui consiste à administrer aux malades, *en deux heures*, de 12 à 16 verres d'eau ordinaire, à une température aussi élevée qu'il est possible de la supporter. Chez les juifs de Varsovie, ce traitement a compté de nombreux succès. »

12 à 16 verres d'eau très-chaude en deux heures, c'est évidemment le lavage de Sydenham, à part la modification apportée dans la température de la boisson ; tandis que le médecin anglais faisait prendre de l'eau tiède, déjà peu attrayante pour les personnes qui ont soif, ici on donnait de l'eau presque brûlante, mais il paraît que les juifs de Varsovie ont été assez intelligents pour passer sur ce désagrément. De fait, il y a eu jusqu'à un certain point administration coup sur coup, et nonobstant la modération dans la quantité, on voit que des succès notables ont été obtenus.

(1) Voir le numéro du 3 octobre.

Après le *Compendium*, j'ai pris Valleix, et j'y ai lu :

« Le docteur Berres préconise l'eau *froide* à l'intérieur, Muller et Gilcrest administraient cette boisson en grande abondance. M. Peyron allait jusqu'à en faire boire 15 et même 20 litres en vingt-quatre heures. D'autres médecins se sont contentés de faire fondre dans la bouche de petits fragments de glace, ou bien d'en faire avaler une petite quantité. »

J'ai dû rapporter ce passage pour montrer comment, dans la question on confond deux choses fort distinctes, à savoir la *température* des boissons, préoccupation principale, et la *quantité* abondante des boissons, condition dont on fait si peu de cas, que dans le passage rapporté, un médecin tel que Valleix fait intervenir les petits morceaux de glace qu'on laisse fondre dans la bouche. Réchauffer les cholériques avec de l'eau chaude, calorification directe, ou bien avec de l'eau froide, calorification indirecte, dite hydrothérapique, voilà ce qui absorbe l'attention; quant à l'eau nécessaire pour liquéfier le sang épaissi, afin que le sang puisse circuler et amener partout la chaleur, personne n'y pensait. Cependant Valleix ne disant mot des résultats obtenus dans ce mélange de pratiques, force m'a été de me reporter aux auteurs qu'il cite, et voici ce que j'ai trouvé dans la *Gazette médicale* de Paris, année 1832 :

« Observations de choléra-morbus, traité avec succès par le *froid* (compte rendu du traitement de M. Muller, de Vienne).

« Sitôt que les malades présentent les signes du choléra *décidé*, tels que vertiges, vomissements, crampes, etc., *il faut boire de l'eau* froide *en abondance*, laver le corps ou au moins appliquer des compresses sur le front et l'épigastre. Si l'on éloigne en même temps les substances alcooliques, les aromates, etc., *on sera sûr d'arrêter le cours de la maladie.* »

C'est ce qu'avait dit Celse il y a deux mille ans, moins les ablutions hydrothérapiques.

Je passe à un autre : « On devrait savoir, dit M. Gilcrest, que plusieurs praticiens de Londres *permettaient* à leurs malades, pendant la période la plus grave du choléra (sans doute dans celle de la cyanose généralisée), et lorsque la soif était très-vive, de boire des quantités énormes d'eau *froide*, peut-être 20, 30, 40 pintes, ou même davantage dans les vingt-quatre heures.

C'est sous l'influence de ce traitement que l'on a vu guérir un nombre considérable de malades bien digne de fixer l'attention.

A l'occasion de la communication de M. Gilcrest, un médecin français, M. Peyron, écrit à la *Gazette*, que lui aussi a traité des cholériques de cette manière. Sur 12 cas graves, dit-il, la guérison a eu lieu 8 fois; les 4 cas mortels ont été des cas foudroyants (comme je le dirai ultérieurement, les anciens, dans les cas de choléras *secs*, modifiaient le traitement, en ce qu'avant de procéder au lavage, ils provoquaient les vomissements au moyen de l'émétique). M. Peyron termine sa lettre à la *Gazette*, par le reproche d'avoir reproduit le travail de M. Gilcrest sans commentaire aucun : la rédaction répond que, n'ayant pas vérifié, elle ne peut pas apprécier.

Pourquoi n'a-t-on pas vérifié depuis? Pourquoi? Parce que les épidémies venant à cesser, personne ne veut s'en occuper, de sorte qu'au retour du fléau, les problèmes ne sont pas mieux posés qu'auparavant, et l'on retombe chaque fois dans les mêmes errements.

En me livrant à ces recherches, chemin faisant, j'ai vu que M. Halma-Grand a aussi vu réussir la méthode (*Gaz. méd.*, Paris, 1832).

A ces premiers documents, déjà rapportés dans ma brochure de 1862, viennent maintenant se joindre les suivants, venus à ma connaissance.

Tout d'abord, je dois citer le mémoire de Tourrette, publié en 1853, sous le titre trop vague de : *Traitement du choléra-morbus.* Paris, Labé, éditeur. C'est, à mon avis, un travail fort remarquable, signalant, sur 32 expérimentations, 32 succès obtenus la plupart pendant l'épidémie de 1849. Mais comme Tourrette, ainsi que je le montrerai, a faussé la médication dans un de ses points les plus importants, ce qui, plus tard, en 1865, le fera échouer à Marseille, sa brochure devra être examinée à part, d'autant plus qu'elle est fertile en enseignements ; en attendant, enregistrons les 32 succès sur 32 essais.

Un jour, compulsant les recueils de thèses de la Faculté de Strasbourg, j'en trouve une sur le *choléra indien*, remontant à 1823, et j'y vois que dans l'Inde, en 1817, un médecin de la marine française, Gravier, a appliqué la méthode.

Je transcris : « Quatre malades que j'enfermai chez moi, dit Gravier, ne burent que de l'eau et ne prirent que des lavements. Les vomissements et les selles diminuèrent. Le lendemain, les malades prirent de *l'eau de poulet* et de la crème de riz. Le sixième jour, ils étaient guéris. » Gravier ajoute qu'un médecin indien a déclaré avoir toujours réussi de cette manière, quand toutefois il avait été appelé à temps, et avant que les malades eussent reçu les *cachayes* (mélange de gingembre et de chili), drogue alors en vogue.

En 1854, Legroux fait la remarque que voici : « Dans les campagnes, bon nombre de cholériques privés de secours et n'ayant pour apaiser leur soif que l'eau de leur sceau, sont parfaitement guéris. » (*Gaz. hebd.*) Si ce fait ne s'est pas présenté partout dans les mêmes conditions (car, certes, il eût éveillé l'attention générale), c'est que les cholériques, au milieu de leurs crampes et de leurs vomissements, ou bien prostrés dans la cyanose, ne peuvent pas aller au puits se chercher l'eau ni même se la verser des pots dans les verres. Aussi, au camp de Châlons, m'a-t-on vu placer des infirmiers en permanence devant les malades pour leur donner ces soins.

Une autre fois, à Strasbourg, à l'occasion d'un succès obtenu par cette méthode, un assistant me signala une thèse soutenue en 1854 par M. Richelet ; j'y lis :

« J'ai pu moi-même vérifier trois fois les bons effets de l'eau ; chez trois malades, une répugnance insurmontable à prendre les médicaments que j'avais conseillés, m'a forcé de condescendre aux vœux qu'ils exprimaient de boire de l'eau en grande quantité. Mon autorisation accordée, ils burent toute la journée, au moins *trente* litres d'eau, et quand je retournai les voir, *les vomissements et les déjections s'étaient modérés, et le surlendemain ils étaient tous trois hors de danger.* »

Pendant l'épidémie de 1865, je n'ai cessé d'appeler l'attention sur la méthode dans trois numéros de la *Gazette de Strasbourg*; enfin, en novembre, la *Gazette médicale* de Paris a produit la lettre suivante, de M. Jacquer :

« Donnez en abondance de l'eau pure et fraîche. Les cholériques la réclament ; ils la boivent avec délices, avec gloutonnerie. Ils en remplissent leur estomac, et alors les vomissements surviennent ; puis immédiatement, ils reviennent à l'eau avec la même avidité pour la vomir de nouveau, et ainsi de suite, de sorte qu'au bout de six heures, ils en avaient avalé et rendu 20 litres.

« Ce simple et facile traitement (*seul et sans autre évacuant*) sauva beaucoup de malades, quand dans les mêmes temps et

sur les mêmes lieux, les autres méthodes en perdaient plus des deux tiers. »

J'ai souligné les mots : *même seul et sans autre évacuant*, parce que, dans ma conviction, fondée sur tout ce qui précède, si la médication n'avait pas été plus ou moins souvent compliquée d'autres remèdes, M. Jacquer n'aurait pas que sauvé beaucoup de malades, il les aurait sauvés tous, oui, tous, parce que toute drogue ajoutée à l'eau empêche ou gêne l'absorption du liquide.

Et maintenant, je reviens à la brochure de Tourrette, qui renferme 5 observations détaillées. « Les 32 observations étant, dit-il, quant, au fond, toutes à peu près semblables, je choisis quelques-unes d'entre elles comme type des autres. » Or, ces observations rapportées montrent que Tourrette n'est arrivé auprès des malades que tardivement, alors que la période des vomissements touchait à sa fin ou était déjà passée, et les cholériques se trouvaient dans la période de l'algidité généralisée. C'est dans cette période, comme on se le rappelle, que M. Lorain a fait sa brillante expérience, et conséquemment il est d'un vif intérêt de savoir ce que donne, dans ces cas, l'eau versée abondamment dans le tube digestif comparativement à l'injection de l'eau dans les veines. On se rappelle l'expérience de M. Lorain. Un jour, pendant la visite du matin, il trouve un cholérique ayant tous les symptômes de la cyanose complète, et déjà la voix est *éteinte*. Sur-le-champ, M. Lorain injecte 400 grammes d'eau dans une veine. Aussitôt le cœur bat plus fort, un peu de force revient, et instantanément le malade parle : *J'ai soif*, dit-il. Lui a-t-on donné à boire dès ce moment? C'est probable, mais l'observation n'en dit rien. Peu importe du reste ici. L'amélioration progresse de minute en minute. Au bout de deux heures, à 11 heures du matin, le malade vomit abondamment; la cyanose se dissipe graduellement. Le lendemain, le sujet peut rester assis dans un fauteuil ; la convalescence s'établit, et l'homme, entré moribond à l'hôpital, en sort guéri neuf jours après.

Veuillez maintenant lire l'observation suivante, extraite de la brochure de Tourrette, et relative à un cas semblable de cyanose généralisée, mais qui a été traité par l'eau abondante administrée simplement en boissons.

B... (François), âgé de 54 ans, manouvrier, atteint de diarrhée blanche depuis le 23 juin (1849) jusqu'au 25, époque à laquelle il a été pris de vomissements, de crampes, et obligé de s'aliter.

Je ne le vois qu'à 7 heures du soir dans l'état suivant : décubitus dorsal, face très-altérée, voix *éteinte*, peau froide et humide, cyanose très prononcée des extrémités inférieures et du tronc. Les selles, qui étaient d'abord fréquentes et copieuses, sont devenues de plus en plus rares, au point même qu'il y a trois ou quatre heures, au dire de la garde-malade, qu'il n'a pas évacué par bas. Quant aux vomissements (sans doute les matières vomies qu'on avait conservées), ils ne contiennent d'autres matières que le cidre, qu'il boit à chaque instant pour combattre la soif dont il est dévoré, et refuse l'eau de menthe, l'eau de groseilles qu'on a voulu lui faire prendre avant mon arrivée. Le pouls est filiforme et fréquent, la langue ratatinée et bleuâtre, l'haleine froide ; mouvements du cœur tumultueux, sensation de brûlure à l'épigastre.

Il me semble arrivé à la dernière extrémité ; je ne sais si je dois essayer mon traitement; pourtant, je me ravise, et je lui fais boire un demi-verre d'eau très-froide sortant du puits, et qu'il prend sans difficulté, tant sa soif est extrême. Près d'un quart d'heure s'étant écoulé sans envie de vomir, je lui donne de nouveau un second demi-verre d'eau froide, et je me disposais à attendre le résultat de cette seconde ingestion, lorsqu'on accourt me chercher pour visiter d'autres malades. Avant de sortir, j'insiste auprès de la garde-malade pour défendre l'usage du cidre et recommander l'eau répétée très-souvent, en ayant soin toutefois de ne pas trop surcharger l'estomac.

Je ne le revis que le lendemain, à 8 heures du matin. Il avait reçu l'extrême-onction la veille, à 9 heures du soir ; le bruit courait même dans Chambly qu'il était mort. Quel ne fut pas mon étonnement en retrouvant mon malade dans l'état suivant : la chaleur est générale, le pouls fort et régulier ; la voix est encore un peu voilée, mais pourtant on entend assez distinctement les paroles qu'il prononce ; presque plus de soif ; le malade a bu 8 à 10 litres d'eau, au dire de la garde-malade, qui n'osait pas d'abord satisfaire sa soif, mais qui, voyant à la fin les bons effets se produire depuis qu'il boit de l'eau, s'est décidée à lui en donner en plus grande quantité. Plus de chaleur brûlante à la région épigastrique, disparition presque complète de la cyanose ; les urines ne reparaissent toutefois que le soir, vers les cinq heures. Plus de soif.

Le 27 juin, le mieux se soutient, le malade désire prendre quelques aliments. Prescription de bouillons froids et d'eau vineuse légère.

Le 28 et le 29, les aliments ont été encore augmentés, car, à partir de ce dernier jour, la guérison peut être considérée comme arrivée à son terme.

(*A suivre.*)

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1)

Lymphosarcome

M. Trélat fait une communication sur le lymphosarcome ou lymphadénome, sorte de tumeur caractérisée par l'hypertrophie du tissu lymphoïde décrit par Hiss, qui se trouve dans les ganglions, le thymus, le corps thyroïde, le poumon, le foie, la rate, les follicules clos de l'intestin, etc.

Les faits d'adénie auxquels se rattache cet état morbide paraissent être de deux ordres : les uns dans lesquels les individus cachectiques, portent des tumeurs multiples et meurent dans un laps de temps assez court; les autres où l'on voit des individus vigoureux, avec toutes les apparences d'une bonne santé, ayant des tumeurs multiples dans diverses régions. C'est sur ces derniers faits que M. Trélat a voulu appeler l'attention, faits intéressants au point de vue du diagnostic, parce qu'ils donnent la clef du pronostic et du traitement qui consiste à s'abstenir de toute intervention chirurgicale.

Ces tumeurs ont un siége de prédilection, qui est le cou.

A l'examen anatomique, ces tumeurs se distinguent des ganglions strumeux parce qu'elles ne sont pas envahies par la dégénérescence granulo-graisseuse ni par la granulation tuberculeuse.

Elles se présentent sous deux aspects :

Dans certains cas qu'on désigne sous le nom de *forme molle*, le tissu en est rougeâtre, presque semblable à la rate ; dans d'autres, *forme dure*, la masse est composée d'une substance blanchâtre, avec îlots grisâtres, comme squirrheux, mais sans suc.

Ces tumeurs n'ont pas de tendance aux ulcérations ; mais bien à l'hémorrhagie, qui se fait dans les parois du cœur, dans le cerveau, dans la moelle.

La forme molle paraît moins grave que la dure ; elle est pour ainsi dire simplement hyperplasique et à moins de tendance à la généralisation, à la métastase; la forme dure est plus maligne, par

(1) Voir le numéro du 30 septembre 1872.

sa grande tendance à la généralisation. Cette forme dure est pire que le carcinome au point de vue de la tendance à la généralisation hétérotopique ; des tumeurs semblables à celles des ganglions se produisent en effet dans tous les points où se trouve du tissu lymphoïde de Hiss, foie, rate, poumon, corps thyroïde, intestin, os, et jusque sous la peau de la cuisse.

La leucocythémie coexiste avec ces tumeurs; il y a des tumeurs sans leucocythémie, et enfin des cas dans lesquels la leucocythémie ne se montre que très-tard.

On les a classées à tort dans les cancers; il n'y a pas d'analogie au point de vue de la structure.

La maladie présente deux périodes : un stade hyperplasique et un stade métastatique.

Le premier dure de deux mois à un an. Le ganglion pris ressemble à une petite adénite chronique : puis tout à coup apparaît l'invasion des complications métastatiques, et le mal évolue rapidement. Livrée à elle-même, cette maladie se termine toujours de la même façon : il y a un affaiblissement marqué, une teinte cachectique, une anémie profonde, quelquefois des signes de tuberculose pulmonaire ou de dégénérescence amyloïde.

On ignore l'étiologie de cette maladie.

Les hommes y sont plus exposés que les femmes, et c'est surtout l'âge moyen de la vie qui en fournit le plus grand nombre de cas.

Le diagnostic du lymphosarcome est difficile, mais il y a cependant quelques données qui laissent des probabilités d'arriver juste. Ainsi ce sont des tumeurs qui siégent principalement au cou, qui n'ont pas de tendance à l'ulcération, mais qui, en revanche, montrent un caractère de généralisation très-marquée. Aussi quand un sujet se présentera désormais au chirurgien avec une petite tumeur ganglionnaire du cou présentant ces caractères, le chirurgien devra se tenir sur ses gardes : il devra explorer avec soin tous les organes et toutes les régions où siégent des productions semblables ; et s'il découvre quelque chose d'anormal dans le poumon, un développement du foie ou de la rate, ou du corps thyroïde, ou des ganglions mésentériques ou autres, il devra s'abstenir de toute intervention active sous peine de nuire à son client, par une opération intempestive et contre indiquée.

Suppléance de la motilité et de la sensibilité après les sections nerveuses.

M. Létiévant (de Lyon) a fait une communication sur la suppléance de la motilité et de la sensibilité après les sections nerveuses. On sait qu'il est des cas dans lesquels, après la section d'un nerf mixte qui devra amener une paralysie complète dans le département d'innervation de ce nerf, il persiste après cette section une motilité et une sensibilité très-évidentes. On a eu recours, pour l'expliquer, soit à la régénération, soit aux anastomoses nerveuses. M. Létiévant, d'après quelques faits de section nerveuse qu'il a eu l'occasion d'observer, se croit fondé à en donner une autre.

Il explique la persistance de la motilité par l'habitude et l'usage des muscles suppléants; la persistances de la sensibilité par la perception des sensations au moyen des filets voisins.

En un mot, il considère comme établi qu'après la section des nerfs mixtes, la sensibilité et la motilité ne sont pas absolument éteintes; elles persistent, quoique émoussées, et se perfectionnent par l'usage.

Les conséquences que M. Létiévant déduit de ses études sur cette question, sont les suivantes :

1° On peut faire des réserves dans l'admission de la régénération nerveuse après les sections de nerfs ayant laissé persister motilité et sensibilité.

2° Les chirurgiens seront moins timides lorsqu'ils se trouveront en face de cas qui demandent la névrotomie, puisqu'ils sauront que, malgré la section du nerf, la motilité et la sensibilité persisteront et pourront acquérir par l'usage un haut degré de perfection.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La suppléance de la chaire d'accouchements étant vacante à l'École de médecine d'Angers, l'École a décidé que l'ordre de présentation des candidats sur la liste envoyée à M. le recteur et désignée au choix de M. le ministre, *serait déterminé par le concours.*

Les épreuves commenceront à Angers, le lundi 25 novembre 1872.

— *Cours d'anatomie.* M. le docteur Fort recommencera son cours annuel le mardi 22 octobre 1872, et le continuera tous les jours aux mêmes heures, jusqu'à la fin de mars.

Le cours se composera de 260 leçons; deux leçons auront lieu tous les jours : la première à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'école pratique, et la seconde à quatre heures, dans l'amphithéâtre de M. Auzoux, rue Antoine-Dubois, n° 2.

Ce cours sera complet et comprendra *l'anatomie descriptive, l'histologie, les principales régions*, et des notions de physiologie.

MM. les élèves seront dirigés dans les dissections.

On s'inscrit pour ce cours, rue Caumartin, 12, de 9 à 11 heures.

— L'ouverture officielle de la Faculté de médecine de Paris aura lieu le 15 octobre. Les examens pourront être passés à partir du 22, et les cours commenceront le 4 novembre.

— M. Vulpian, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur de pathologie comparée et expérimentale près la même Faculté.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. — HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. De la myocarditeet de l'endocardite dans la diphthérite, dans l'angine couenneuse et dans le croup (M. Bouchut). — Kystes synoviaux tendineux (M. Henry Berthelot). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Davaine a communiqué, dans la séance d'hier, la suite de ses recherches sur la septicémie. Elles ont provoqué un commencement de discussion qui paraît devoir prendre du développement. M. Collin a retenu la parole pour la séance prochaine. Les expériences se continuent d'ailleurs en ce moment sur les grands animaux. Nous tiendrons nos lecteurs au courant et des résultats des expériences qui se poursuivent et de la suite de la discussion elle-même.

Dr B...

HOPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. BOUCHUT.

De la myocardite et de l'endocardite dans la diphthérite, dans l'angine couenneuse et dans le croup (1).

Comme vous le voyez, l'endocardite et la myocardite, avec les concrétions fibrineuses qu'elles engendrent, de façon à produire assez souvent des embolies pulmonaires et cutanées, sont chose importante à connaître. Elles n'ont pas encore été signalées à ce point de vue. Werner, en Autriche ; Winkler, en Allemagne ; Richardson, en Angleterre ; Meigs, en Amérique, etc., Robinson en France, ont parlé des thromboses cardiaques ou caillots du cœur, qui, dans la diphtérite, obstruent les cavités ventriculo-auriculaires et produisent la mort, par *circulation obstruée*, selon Richardson ; mais aucun médecin jusqu'ici n'a mentionné les concrétions fibrineuses de l'endocardite diphtéritique engendrant les embolies artérielles et les infarctus ou abcès pulmonaires et cutanés. Or, c'est là le point sur lequel j'appelle aujourd'hui votre attention en vous montrant le cœur de l'enfant qui vient de succomber, et que M. Labadie-Lagrave a montré à la Société anatomique, dans la séance du 28 juin 1872.

Chez la plupart des enfants qui succombent à l'angine couenneuse, au croup ou aux autres formes de la diphtérite, et dans les septicémies en général, la substance du cœur et les valvules sont malades. On y trouve tous les caractères de la myocardite et de l'endocardite, avec des petits dépôts de fibrine décolorée, plus ou moins adhérente et facile à enlever.

Le bord des valvules mitrale et tricuspide est rouge, épaissi, boursoufflé, couvert d'aspérités arrondies formant des granulations rougeâtres accolées comme les grains d'un chapelet. Parfois même il y a telle saillie de ces aspérités valvulaires, que cela forme de véritables végétations plus ou moins résistantes sous le doigt.

Des lésions analogues existent sur le bord ou à la base des valvules sigmoïdes, mais elles y sont moins fréquentes. L'endocardite pariétale offre souvent de petits infarctus rougeâtres irréguliers qui pénètrent dans la substance du cœur à 3 ou 4 millimètres, et la fibre musculaire elle-même, polie, jaunâtre, mollasse, facile à déchirer, a perdu les stries qu'elle présente à l'état normal. Enfin, sur les colonnes charnues du cœur et sur les tendons valvulaires, il y a des filaments plus ou moins adhérents de fibrine décolorée, semblable à la fibrine extraite du sang par le battage, et ce sont ces filaments que la circulation peut entraîner dans les ramifications de l'aorte et de l'artère pulmonaire. Joignez à cela les gros caillots cruoriques ou gélatineux demi-transparents des ventricules ou des oreillettes, signalés par Richardson, Meigs, etc., et vous aurez à l'œil nu le tableau des lésions du cœur dans la diphtérite.

Si vous voulez approfondir davantage le sujet et si vous faites l'examen de ces lésions de l'endocarde au microscope, vous verrez, comme M. Labadie-Lagrave l'a indiqué, les lésions suivantes :

Dans les valvules préalablement durcies par l'alcool, sur le bord épaissi et malade, on trouve un grand nombre de cellules embryonnaires, dans lesquelles l'addition d'acide acétique fait apparaître un noyau. Cette prolifération cellulaire paraît siéger sur le feuillet le plus interne de l'endocarde et dans la partie moyenne de la valvule. Elle révèle une altération évidente de ces parties, et avec la perte de striation des fibres du cœur, elle indique bien et l'endocardite et la myocardite.

Les faits que je vous montre sont de la dernière évidence, et ils ressemblent à tous ceux que nous avons rencontrés jusqu'ici. C'est pour moi une règle générale dans la diphtérite, l'angine couenneuse et le croup, que la production de l'endocardite, de la myocardite et des concrétions fibrineuses valvulaires. J'ai à peine besoin d'insister devant vous sur l'importance de ces faits anatomiques pour vous en faire comprendre les conséquences. S'il y a, par endocardite, des concrétions fibrineuses valvulaires fila-

(1) Voir le numéro du 8 octobre.

menteuses, à peine adhérentes, les embolies viscérales sont possibles, et, en effet, elles existent. Tout ce que j'ai professé depuis dix ans sur les noyaux apoplectiques du poumon et du tissu cellulaire, sur les petits abcès pulmonaires et cutanés, s'éclaire d'un jour nouveau. J'attribuais ces infarctus apoplectiques et ces abcès à une résorption purulente semblable à celle des sujets morveux et des opérés. C'était conforme à la théorie régnante de la résorption purulente. Aujourd'hui ce n'est pas à la résorption purulente qu'il faut attribuer la formation de ces infarctus et de ces abcès pulmonaires ou cutanés, c'est à des embolies capillaires nées d'une endocardite bien et dûment constatée par de nombreuses autopsies. Ici, encore, cela est conforme à la nouvelle théorie de la formation des abcès métastatiques, car presque partout ils dépendent de la migration de petits coagulums fibrineux qui engendrent des infarctus et des abcès. J'ajouterai même que dans les poumons et sous la peau, dans le tissus cellulaire, nous avons trouvé au centre de quelques-uns de ces infarctus non encore ramollis, le vaisseau oblitéré par la thrombose due à l'embolie capillaire.

Avec ces lésions, vous trouverez, dans les poumons, de petits noyaux que la plupart des médecins prennent pour de la pneumonie lobulaire, et qui ne sont souvent que des infarctus emboliques. Ils sont placés à la périphérie, et de préférence à la base des lobes de chaque poumon. De ces infarctus, les uns sont apoplectiques et les autres régressifs. Les premiers forment des noyaux arrondis ou coniques à base externe et à pointe tournée vers les attaches du poumon. Ils sont noirâtres, friables, grenus, imperméables à l'air, allant au fond de l'eau, et formés de sang infiltré dans les aréoles pulmonaires. On y trouve quelquefois un vaisseau central oblitéré par un caillot que l'on peut suivre jusqu'à un centimètre de l'infarctus, et trois fois cette forme de lésion s'est présentée à nous cette année. Les noyaux régressifs, au contraire, sont grisâtres, grenus, infiltrés de matière purulente, comme des lobules de pneumonie lobulaire à l'état d'hépatisation grise. Seulement il y a cette différence avec l'hépatisation grise ordinaire que, sur quelques-uns de ces lobules ainsi altérés, la lésion par embolie est entourée complétement d'une zone noirâtre, frangée, apoplectique, de 4 millimètres. C'est ce qu'on observe dans les infarctus de la morve aiguë et dans les infarctus métastatiques qui surviennent après les grandes opérations chirurgicales.

Enfin, dans quelques cas, si le malade a vécu assez longtemps, le centre de cet infarctus offre un ramollissement complet, forme un foyer purulent grisâtre, entouré d'une petite zone noirâtre d'apoplexie pulmonaire et limité par le tissu du poumon ramolli converti en matière grasse et en pus. Ce sont de véritables abcès métastatiques.

Des infarctus analogues et parfois des abcès se trouvent dans le tissu cellulaire sous-cutané des membres supérieurs, mais je n'en ai jamais trouvé sur le tronc.

On en trouve aussi, mais plus rarement, dans les reins, qui sont presque toujours le siége d'une néphrite parenchymateuse interstitielle. Deux fois, cette année, il s'en est produit dans le cerveau un cas, dans le service de mon collégue Labric, ce qui a produit un ramollissement cérébral constaté sur le cadavre, la paralysie et la mort, et une fois dans le mien, où la mort a été accompagnée de phénomènes tétaniques et convulsifs.

Je n'en ai jamais rencontré dans le foie ni dans la rate. Cela se verra quelque jour quand chacun observera les faits que je vous indique dans la direction que je signale. En résumé :

Dans l'angine couenneuse, dans le croup, dans la diphtérite et dans plusieurs maladies septiques que je ferai connaître plus tard, il se fait très-rapidement de l'endocardite et de la myocardite.

Cette endocardite, qui est à fois valvulaire et pariétale, dont l'histologie révèle la nature proliférante, s'accompagne de dépôts fibrineux sur les parois malades et de gros coagulums ventriculaires.

Les dépôts fribrineux adhérents aux valvules malades peuvent se détacher et être entraînés par le sang dans l'aorte ou dans l'artère pulmonaire et former des embolies.

Ces embolies forment des infarctus du poumon suivis d'abcès métastatiques, des infarctus sous-cutanés avec ou sans abcès consécutifs et des infarctus du cerveau pouvant produire le ramollissement cérébral.

KYSTES SYNOVIAUX TENDINEUX

Par le Dr Henry Bertelot

Obs. I. — Au commencement du mois d'octobre 1871, je fus consulté par une jeune modiste, qui présentait à chaque main une tumeur sur la région dorsale du carpe.

Ces deux tumeurs ne la faisaient pas souffrir, mais celle de la main droite était grosse comme un œuf de pigeon et d'un aspect bosselé assez repoussant; cette jeune fille qui était très-jolie, du reste, désirait vivement se débarrasser de ces grosseurs.

Elle en avait parlé au vieux médecin du pays, qui lui avait donné des pommades, mais cela n'avait pas réussi; elle venait donc à moi avec la ferme intention de se faire opérer, si je le jugeais possible.

Il fut convenu entre nous que nous commencerions par la main droite, et que nous ne toucherions à la main gauche qu'après la guérison de celle-ci.

Après avoir examiné très-sérieusement cette tumeur, qui était très-dure et très-bosselée, et m'être assuré que l'articulation radio-carpienne était hors de cause, je promis à cette jeune fille de l'opérer chez elle le lendemain matin.

Je me proposais de faire une ponction avec un trocart de moyenne grandeur, de laisser écouler le liquide, puis de faire dans la cavité du kyste une injection avec moitié eau et moitié teinture d'iode.

Le lendemain matin, je me rendis auprès de cette jeune personne, et je fis en effet une ponction dans le kyste.

Je fus surpris d'abord de la dureté de la *coque*, qu'il me fallut traverser; ensuite, je m'aperçus qu'il ne coulait rien du tout par ma canule; je passai un stylet dans ce conduit, je le remuai dans tous les sens, et je vis enfin sortir quelques gouttes d'un liquide gras, onctueux, très-épais et de couleur légèrement opaline.

En voyant la consistance de ce liquide, je changeai de procédé, et, remettant la pointe du trocart dans la canule, je transperçai complétement la tumeur, et, à travers la canule, je passai ensuite une fine bande de toile imbibée du mélange que j'avais préparé pour l'injection et je laissai ce petit séton en place.

Le liquide s'écoula facilement; je pratiquai une compression au moyen d'une pièce de 5 centimes, recouverte de linges fins et d'une bande de toile, et je promis de revenir le surlendemain.

Malheureusement, je ne pus retourner à Chamborigaud que le troisième jour, et la pauvre jeune fille, qui n'avait pas osé toucher au bandage compresseur, souffrait beaucoup et avait passé une nuit affreuse.

On lui disait qu'il faudrait lui couper le bras, en sorte que je la trouvai très-inquiète et très-effrayée.

De bonnes paroles, un bain émollient, quelques cataplasmes, eurent vite raison de cette inflammation et de cette inquiétude.

Quelques jours après, nous faisions un pansement simple au cérat,

et le quinzième jour, Mlle X... avait repris ses travaux de modiste, complétement débarrassée de sa tumeur de la main droite.

Quant au petit kyste de la main gauche, Mlle X... est devenue Mme X..., et, pour l'instant, elle ne pense guère à ce petit désagrément.

Obs. II. — Mlle A. C., de Genalhac, ayant appris la guérison de la jeune personne de Chamborigaud, vint me présenter, elle aussi, un énorme kyste de la main droite.

Il s'agissait, cette fois, d'une fille très-forte et très-robuste. Je passai d'emblée un séton imbibé de teinture d'iode; je fis une compression avec une plaque de plomb, de l'amadou et une bande; je lui recommandai de desserrer sa main au bout de 48 heures, puis d'enlever la mèche et de panser ensuite avec du cérat.

Quinze jours après, passant à Genalhac, j'allai pour la voir; sa mère me dit qu'elle était à la rivière à laver une lessive.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 octobre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Une lettre de M. le préfet de l'Indre, accompagnant l'envoi d'une demande de Mme Frotignon, sage-femme à Châteauroux, à l'effet d'obtenir une médaille d'or en récompense des services qu'elle aurait rendus dans la pratique de la vaccine en 1870 (comm. de vaccine);

2° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1871 dans les départements des Basses-Alpes, de la Creuse, de la Drôme, de l'Aveyron, de l'Ariége, du Finistère, du Nord, de la Somme;

3° Un rapport de M. le docteur Godefroy, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vienne, sur une épidémie de variole qui a régné à Vienne et dans ses environs en 1871 (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

Elle comprend : 1° une lettre de candidature de MM. Berchon, médecin principal de 1re classe de la marine, et Em. Mayer, médecin à Château-Gontier (comm. des correspondants);

2° Une lettre de M. Delaporte, médecin-major du 13e dragons, accompagnant l'envoi d'un ouvrage intitulé : *Hygiène de la table, traité du choix des aliments*, pour concourir au prix Itard, pour l'année 1873 (comm. du prix Itard).

PRÉSENTATIONS

M. Depaul présente, au nom de M. Michel de Messing (de Florence), un appareil destiné à pratiquer le tamponnement de la cavité de l'utérus pendant les hémorrhagies puerpérales.

M. Larrey présente : 1° une brochure de M. le docteur Léon Colin sur les sels de quinine; 2° de la part de M. le docteur Ricque, médecin major du train des équipages, un rapport sur les vaccinations des hommes appartenant aux troupes du train des équipages de l'armée de Versailles.

M. Latour offre en hommage, au nom de M. Bourdin, une biographie de Cerise.

M. Verneuil, de la part de M. le docteur Beni-Barde, présente une traduction des leçons professées en Angleterre par M. Brown-Sequard sur les nerfs vaso-moteurs, l'épilepsie et les actions reflexes.

M. Briquet dépose sur le bureau le discours prononcé par M. Delasiauve à la distribution des prix de l'École de la Salpêtrière.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. Davaine donne lecture d'un travail faisant suite à celui qu'il a lu dans la séance du 18 septembre et intitulé : *Recherches sur quelques questions relatives à la septicémie.*

M. Davaine s'est proposé d'examiner, dans ce travail, les deux questions suivantes :

1° La septicémie, expérimentalement produite, envahit-elle tous les animaux indistinctement, ou bien est-elle spéciale à quelques espèces?

2° Quelle est la condition qui donne une virulence extraordinaire au sang d'un animal inoculé par une substance putréfiée ?

Les précédentes recherches, bien que faites sur un petit nombre d'espèces d'animaux, suffisent à établir ce point que l'intensité de l'affectionproduite par l'introduction de sang putréfié dans l'économie d'un animal n'est pas en rapport avec le volume ou la masse de cet animal, et qu'elle est au contraire en rapport avec la nature de son milieu intérieur.

On a vu que le lapin était d'une sensibilité extraordinaire au virus septicémique. Les expériences faites sur les cobayes montrent que cet animal n'est pas toujours atteint par des doses de virus relativement fortes; qu'il l'est rarement par des doses relativement faibles, et qu'il est épargné par les doses infiniment petites qui tuent cependant le lapin.

Des expériences nouvelles faites sur le rat, la souris et les poulets, prouvent que les diverses espèces d'animaux sont diversement impressionnées par le virus septicémique, comme on pouvait au reste le prévoir par analogie, d'après la considération que les maladies contagieuses ou virulentes sont spéciales à certaines espèces et qu'elles atteignent très-rarement un grand nombre d'espèces différentes.

La septicémie et le charbon, maladies très-analogues, respectent les oiseaux (au moins dans certaines limites) et atteignent les mammifères; mais ceux-ci ont des aptitudes diverses à l'égard de ces deux maladies, aptitudes qui ne sont déterminées ni par le volume de l'animal ni même par le voisinage des espèces.

Sur la seconde question : Quelle est la condition qui donne une virulence extrême au sang d'un animal inoculé par une substance putréfiée? M. Davaine a montré d'abord, contrairement à ce qu'on eût pu supposer, que le sang le moins ancien est le plus virulent; — que le degré de septicité du sang putréfié à l'air libre et dans les conditions ordinaires n'est point en rapport avec l'intensité de sa fétidité, et loin de devenir de plus en plus toxique en vieillissant, il perd, après quelques jours, une partie de la virulence qu'il avait d'abord acquise.

L'ensemble des faits exposés dans cette partie du travail de M. Davaine, suffit, suivant lui, à montrer l'identité du virus de la septicémie avec le ferment de la putréfaction. La septicémie serai qui s'accomplirait dans le sang d'un animal vivant.

M. Bouley rend compte en quelques mots des expériences dont il a été témoin ces jours derniers avec M. Davaine chez M. Vatel. M. Davaine a répété devant lui les expériences de dilution du virus, et il a pratiqué ensuite de nouveau quelques inoculations sur des lapins.

Ces animaux sont morts en poussant des cris semblables à ceux que poussent les animaux qui succombent au charbon. Des expériences ont été faites ensuite sur des chevaux. Un cheval auquel on a inoculé *dix* gouttes, a éprouvé les symptômes morbides, il a eu des douleurs abdominales, il a refusé de manger; trois autres chevaux inoculés de la même manière se portent bien. Chez un autre auquel on a injecté une goutte dans la joue, il est survenu sur ce point une tumeur.

M. Bouley fera connaître la suite de ces expériences, qui, en ce qui concerne les lapins et les cobayes, l'ont complétement convaincu.

M. Verneuil désirerait savoir si les symptômes observés pa M. Davaine ont été les mêmes que ceux qu'avait observés Gas

pard dans des expériences faites avec des doses relativement élevées.

M. GOSSELIN avait l'intention d'adresser la même question que M. Verneuil relativement à la symptomatologie de la septicémie à l'état aigu. Il m'a paru que dans les expériences de M. Davaine les symptômes avaient parfois une marche lente.

M. DAVAINE. La symptomatologie de la septicémie a été parfaitement décrite par MM. Coze et Feltz. Je n'ai fait que la confirmer par mes expériences. J'ai constaté, entre autres symptômes, l'augmentation de la température. En fait de lésions cadavériques, je n'en ai constaté aucune. Les animaux inoculés succombent à un empoisonnement du sang qui ne laisse aucune trace.

Quant à la marche des phénomènes, il est vrai qu'elle s'est montrée lente dans quelques cas; il n'est pas rare de voir des lapins mourir plusieurs jours après l'inoculation.

M. CHAUFFARD. Les expériences de M. Davaine, expériences si bien faites et si intéressantes, ont un objet très-déterminé, très-défini, l'étude des effets que produit l'injection du sang des animaux altéré par des matières putrides. Je crains qu'on n'enforce les conséquences dans les applications qu'on en voudrait faire à la pathologie. Ainsi je dois déclarer, pour mon compte, qu'au point de vue de la symptomatologie, de la marche, des lésions, il m'est impossible de voir une analogie entre l'infection purulente et la fièvre traumatique, entre celles-ci et la septicémie, — mot mal défini par parenthèse, et qui, à cause de cela, a ses dangers. Je vois que l'on englobe, en effet, dans ces mots de septicémie, de poison septicémique plusieurs faits différents, loin d'être identiques. C'est là un des côtés regrettables de notre langage médical. Faut-il se servir dans ce cas du mot virus? M. Verneuil s'en autorise. Ici encore l'observation clinique proteste contre l'assimilation des termes : poison, ferment et virus. Rien ne démontre, par exemple, que le virus varioleux, le virus scarlatin soient des ferments.

Il y a un grand fait dont il faut tenir compte, c'est qu'un organisme qui a subi la variole n'est plus apte à l'accepter de nouveau. En est-il de même de l'infection putride? Bérard aîné, dans son article si souvent cité du Dictionnaire de médecine, a fait des applications trop immédiates de l'infection purulente à la pathologie. J'invoquerai contre ces applications forcées les expériences de M. Chauveau. Un cheval a un séton au cou, ce séton rend une suppuration d'une très-grande putridité. M. Chauveau prend quelques gouttes de ce pus, il le dilue dans trois parties d'eau, et il injecte cette dilution sous la peau à ce même cheval. L'animal meurt. Cela ne prouve-t-il pas que l'injection sous la peau et la résorption sont bien loin d'être la même chose.

Je cite ce fait comme s'opposant à l'application des expériences de M. Davaine à la pathologie.

M. DAVAINE. Je conviens que l'expression de septicémie est un peu vague; mais elle répond à ce que nous montre l'expérience; aussi, faute d'en trouver une meilleure, j'ai cru devoir m'en servir.

M. CHASSAIGNAC. Je suis étonné de la facilité avec laquelle M. Davaine se meut dans des expériences très-difficiles. A-t-il tenu compte de toutes ces difficultés? a-t-il tenu compte de l'ancienneté du sang inoculé?... Pour moi, dit M. Chassaignac, les mots de septicémie traumatique et d'infection purulente sont on ne peut mieux définis. L'infection putride est un ordre de phénomènes; l'infection purulente en est un autre; tout comme la strychnine et la morphine ont une action spéciale différente. Il y a, en particulier, cette différence entre l'infection putride et l'infection purulente, c'est que, pour la première, nous connaissons en général la voie d'introduction, tandis que nous ne savons rien encore de la voie d'introduction du pus. Je n'ai pris la parole que pour mettre M. Davaine au courant du point où nous en sommes en chirurgie sur ces questions. Si M. Davaine peut jeter un pont qui établisse une communication entre ces deux ordres de faits, très-bien.

M. GIRALDÈS. Les expériences de M. Davaine sont, sur presque tous les points, confirmatives des expériences des physiologistes anglais, elles n'infirment rien de ce que nous savions; elles ne nous montrent seulement de nouveau que ceci : c'est qu'il y a une sorte de subordination de l'espèce pour la susceptibilité morbide, comme il y a chez l'homme des degrés divers dans l'aptitude à contracter les maladies. Susceptibilité morbide différente, suivant les espèces, voilà tout ce que démontrent réellement les expériences de M. Davaine.

M. VERNEUIL. On a voulu trouver de l'obscurité dans le mot septicémie que je trouve excellent pour mon compte et qui a fait fortune en chirurgie depuis quelques années. Aussi les chirurgiens s'entendent-ils parfaitement aujourd'hui sur ce point, et ils ne confondent nullement, comme on a paru le croire, la septicémie avec l'infection purulente.

Si je reprends la parole, c'est pour faire ressortir de nouveau toute l'importance des expériences de M. Davaine. Les expériences de MM. Coze et Feltz m'avaient ébranlé déjà, mais elles m'avaient laissé quelques doutes dans l'esprit; celles de M. Davaine m'ont convaincu complètement, non pas seulement sur le fait de l'existence du poison septique, mais encore sur sa culture, si je puis m'exprimer ainsi. C'est donc un virus qui, en passant d'une économie dans une autre, non-seulement ne s'anéantit pas, mais s'accroît au contraire. Voilà le fait considérable que les expériences de M. Davaine ont mis en lumière. Voilà ce qui me paraît destiné à jeter un grand jour sur les épidémies.

M. CHAUFFARD. Je voudrais que M. Verneuil ne se laissât pas aussi facilement éblouir sur l'importance de ces expériences et de leurs applications à la pathologie. Au point de vue médical, nous ne voyons rien qui ressemble à cette culture dans les épidémies. Ce que l'on voit dans les épidémies de choléra, de variole, est en opposition avec le résultat de ces expériences. C'est au début de l'épidémie, dans le choléra, par exemple, que la maladie se montre avec la plus grande puissance. Il n'y a rien là qui se rapporte aux expériences, si intéressantes de notre collègue. Je crois devoir faire des réserves à cet égard. Je craindrais trop les démentis de l'observation si nous voulions faire une application directe de ces faits aux épidémies.

M. DAVAINE. Que sait-on sur les épidémies? on ne les avait pas étudiées encore à ce point de vue.

M. BOULEY. Un fait m'a frappé dans ces expériences, c'est la grande facilité avec laquelle un liquide virulent quelconque donne la maladie virulente aux lapins. Rappelez-vous les expériences de M. Villemin sur la tuberculose. C'est un fait connu d'ailleurs que la facilité avec laquelle on tue un lapin. Pourquoi ne ferait-on pas sur ces animaux des essais en sens inverse? Pourquoi ne chercherait-on pas, à l'aide de certains médicaments, à les garantir, à les préserver de l'action des divers agents toxiques? Il serait intéressant, comme l'ont fait dans le temps Delafont et Bourguignon par rapport aux acares, de rechercher s'il n'y aurait pas possibilité de placer les lapins dans des conditions de solidité de l'organisme telles qu'ils en deviendraient moins susceptibles?

M. BLOT. On sait qu'il y a de certains agents qui ont la propriété d'arrêter la putréfaction, comme le borate de soude, les silicates, etc. Pourquoi n'en ferait-on pas l'essai dans ces circonstances?

M. DAVAINE. J'ai fait les expériences qu'indique M. Blot, et je puis lui dire que le borate de soude est un très-mauvais préservatif.

M. GIRALDÈS rappelle des expériences d'un physiologiste italien, qui montrent qu'on peut mettre des animaux à l'abri de la septicémie.

M. COLLIN demande la parole pour la séance prochaine, vu l'heure avancée.

La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 août 1872. — Présidence de M. Dolbeau (1).

Obs. III. — *Adénie sans leucocytose.*

V... (Louis), âgé de 68 ans, se présente, le 4 mars 1882, à la consultation de M. Panas, à l'hôpital Saint-Louis, pour des tumeurs ganglionnaires nombreuses, dont le début remonte à cinq ans environ.

A cette époque, il lui vint dans l'aine gauche de petites tumeurs dures roulant sous la peau et complétement indolentes. Il n'avait d'ailleurs aucune ulcération à la verge et affirme même n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Ces grosseurs restèrent fort longtemps stationnaires, et ce n'est que dans ces huit derniers mois qu'elles augmentèrent de volume. Trois ans après l'apparition de ces dernières, il s'en montra de semblables dans l'aine et le haut de la cuisse, du côté opposé. Enfin, vers le mois de janvier 1871, les ganglions sous-maxillaires et cervicaux se prirent à leur tour et se développèrent assez rapidement, sans que d'ailleurs la santé générale éprouvât la moindre altération.

Aujourd'hui (4 mars 1872), l'état du malade est le suivant :

Les ganglions inguinaux, du côté gauche, ont acquis un volume considérable et forment une tumeur multilobée grosse comme le poing. Cette dernière est indolente et n'a contracté aucune adhérence avec la peau, qui a conservé sa coloration normale. A la partie supérieure de la cuisse, au niveau du triangle de Scarpa, il existe une tumeur du même volume à peu près, offrant les mêmes particularités que la précédente, et n'en différant que par sa direction, qui est parallèle à l'axe du membre. Ajoutons que depuis trois mois environ, la cuisse et la jambe de ce côté sont le siége d'un œdème considérable sans changement de coloration à la peau, et occasionnant plutôt des démangeaisons que de véritables douleurs.

Du côté droit, la région inguinale est le siége d'une tumeur analogue, mais un peu moins développée; à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, on sent une série de nodosités, du volume d'une noix, disposées en chapelet, et descendant jusqu'à la partie moyenne. Le membre, de ce côté, n'offre pas trace d'œdème; au dire du malade, il aurait même sensiblement diminué dans ces derniers temps, Quoi qu'il en soit de cette assertion, les saillies des muscles sont encore très-accusées, et ceux-ci n'ont rien perdu de leur contractilité électrique. Enfin, de chaque côté, dans la région iliaque et lombaire, on sent manifestement un empâtement considérable, qu'il est difficile de limiter avec précision, mais qui ne laisse aucun doute sur l'existence de tumeurs analogues aux précédentes.

Les deux aisselles sont le siége de nodosités nombreuses, du volume d'une cerise, indolentes, roulant sous la peau et descendant en avant sous forme de chapelet, le long de la paroi thoracique. Le malade ignorait l'existence de ces tumeurs.

Les ganglions cervicaux sont pris aussi, mais à un faible degré, et ils forment de chaque côté un cordon noueux peu apparent; ceux de la région sous-maxillaire, surtout à gauche, ont acquis un volume énorme, ce qui donne à la physionomie un aspect tout particulier. La percussion du thorax, ainsi que l'auscultation, permettent de constater la parfaite intégrité de la respiration.

Les deux amygdales sont volumineuses et font, dans l'isthme du gosier, une saillie très-notable. Il est bon de rappeler qu'il y a vingt-cinq ans, le malade dut les faire extirper, par suite du développement excessif qu'elles avaient acquis.

L'exploration minutieuse de la rate et du foie ne donne aucun résultat; enfin la vue est bonne et toutes les fonctions s'exécutent avec une régularité parfaite. L'examen microscopique du sang, pratiqué deux fois à huit jours d'intervalle, ne révèle aucune particularité.

Prescription : deux bains sulfureux par semaine, quatre cuillerées à bouche par jour de la solution suivante : eau, 500 grammes; iodure de potassium, 20 grammes.

Ce malade revient à la consultation tous les huit jours. Au bout de deux mois (2 mai), aucun changement ne s'est manifesté dans son état : ses tumeurs n'ont pas diminué, mais sa santé générale est toujours aussi bonne, et il continue de vaquer à ses occupations, qui ne laissent pas que d'être fatigantes.

Dans l'observation qui précède, nous voyons la rate conserver son volume normal, malgré le développement considérable des ganglions des diverses régions du corps. Mais ce n'est là qu'une exception, et la plupart du temps la rate s'hypertrophie. C'est ainsi que parmi les trois faits de Cossy, deux fois la rate était énorme, et qu'elle l'était également dans ceux de Hallé, Leudet, Trousseau, Hérard, Grisolle, Trélat, Lannelongue, le nôtre et d'autres encore.

En résumé, l'augmentation du volume de la rate constitue un très-bon signe, et il ne faut jamais omettre d'en faire l'examen, pas plus que celui des amygdales et des autres organes lymphoïdes, sans préjudice, bien entendu, de l'analyse microscopique du sang et des autres signes cliniques, tirés de l'état général de la constitution et de la marche de la maladie.

Ce qui nous intéresse en effet avant tout, c'est d'arriver au diagnostic exact, sans quoi il serait impossible d'appliquer une thérapeutique rationnelle. Malheureusement, c'est là le point difficile à résoudre, ainsi que cela ressort de la discussion engagée ici même par nos savants collègues MM. Trélat et Verneuil, et à laquelle je cherche à contribuer pour ma faible part.

Quelles sont donc les affections qu'on pourrait aisément confondre avec le lymphadénome à marche envahissante?

Je ne parlerai pas de la leucémie ganglionnaire comparée à l'adénie, puisque rien ne nous autorise, quant à présent, je l'ai déjà dit, à en faire deux entités morbides entièrement distinctes.

Le cancer encéphaloïde ou squirrheux *primitif* des ganglions a été jugé comme rare de tout temps, et cette rareté me paraît devoir augmenter depuis qu'on a appris à distinguer, grâce au microscope, le sarcome ganglionnaire du vrai cancer. On sait que ce dernier se caractérise par la présence de larges alvéoles remplies de cellules, et que des vaisseaux sanguins arrivent jusque dans la cavité même des alvéoles en question, ce qui n'a jamais lieu pour le sarcome ou l'adénome lymphatique.

En résumé, la rareté du cancer ganglionnaire primitif fera présumer qu'il s'agit bien plus d'un lymphome ou d'un sarcome, et ce sera déjà un premier point d'acquis pour le diagnostic.

Cette distinction n'aurait d'ailleurs de l'importance réelle qu'entre le cancer et le lymphadénome à marche relativement lente; car nous l'avons vu (exemple, l'observation première du nommé R...), il y a des lymphadénomes types qui se comportent cliniquement comme les plus mauvais des cancers, et il en est de même des lympho-sarcomes, témoin les observations de MM. Trélat et Lannelongue.

L'examen microscopique du tissu morbide, la connaissance de l'état du sang et de l'isthme de la rate serviront au diagnostic théorique, car, au point de vue pratique, il ne faut pas plus opérer un lymphadéno-sarcome malin qu'un cancer véritable. On me demandera à quoi nous reconnaîtrons le plus ou moins de malignité, et partant l'inopérabilité d'un lymphadénome.

Je répondrai comme pour toutes les autres tumeurs, à savoir : à la rapidité de la marche, à l'envahissement d'un ou de plusieurs systèmes, au retentissement viscéral, à l'altération du sang et à l'amaigrissement qui en résulte. Nous ajoutons qu'il suffit d'une de ces conditions, comme l'augmentation des globules blancs du sang, ou l'hypertrophie de la rate, ou seulement un développement ganglionnaire multiple sur différentes parties du corps, pour ne pas opérer. A plus forte raison, nous n'opérons pas s'il y a ca

---

(1) Voir le numéro du 5 octobre.

déjà récidive, ainsi que cela découle des faits cités par MM. Trélat et Lannelongue.

Dans les conditions inverses, et si la tumeur, même très-volumineuse, ne tend ni à se généraliser, ni à altérer la constitution, ni à modifier la composition du sang, il est permis d'opérer, témoin la tumeur fibro-plastique ganglionnaire d'un volume prodigieux opérée avec succès par MM. Verneuil et Follin, et dont notre collègue nous a entretenus dans la dernière séance.

Ici se place naturellement la question des ganglions dits strumeux, occupant par paquets volumineux la région du cou, de l'aisselle ou de l'aine, et que les chirurgiens ont attaqués de tout temps avec plus ou moins de succès.

Quel rapport y a-t-il entre cet état des ganglions et le lymphadénome? Serait-ce des adénomes ou des sarcomes bénins, ou bien une altération autre?

Ce qui est certain, c'est que ces masses peuvent se montrer chez les individus les plus vigoureux. Que, contrairement aux manifestations scrofuleuses proprement dites, cette altération se voit chez les jeunes gens et les adultes, et presque jamais chez les enfants; de sorte que le nom de *strume* n'y paraît guère justifié. Toutefois, c'est à des études microscopiques poursuivies que nous devrons un jour la détermination exacte des diverses lésions englobées sous le nom générique de ganglions strumeux, et cela à une époque où l'anatomie pathologique était dans son enfance.

Les ganglions dits tuberculeux ne seront presque jamais confondus avec le lymphadénome; l'âge des malades (enfance ou puberté); leur siége de prédilection au cou; leur origine presque toujours locale et dépendant de l'évolution et de l'altération des dents, de l'engorgement des amygdales, des éruptions impétigineuses ou autres, du cuir chevelu, de la face, du nez, de l'oreille; d'une blépharo-conjonctive, éruptive, granuleuse, phlycténulaire ou autres, si communes dans le jeune âge. Dans certains cas, comme chez les militaires, le col en cuir naguère usité dans les troupes, où tout autre agent d'irritation, provoque des adénites qui, la constitution aidant, se perpétuent et peuvent suppurer au aboutir à la transformation caséeuse.

Rien de pareil n'a lieu pour les ganglions hypertrophiques ou ceux devenus sarcomateux. C'est là, on le voit, un caractère distinctif important et qui permet d'espérer la résolution ou la disparition, après suppuration, des ganglions scrofuleux proprement dits, tandis que l'extirpation constitue le seul moyen rationnel dans le traitement des ganglions hypertrophiques.

Dans ces derniers temps, j'ai expérimenté les injections parenchymateuses d'iode ou de nitrate d'argent contre cette dernière affection, avec des résultats peu satisfaisants, et dans les cas où j'ai réussi, je crois que j'ai eu affaire à des adénites scrofuleuses bien plus qu'à la véritable hypertrophie des ganglions.

Revenant aux lymphadénomes, je dirai en terminant :

Tant que la lésion paraît absolument localisée dans une seule région du corps, que la rate reste normale, ainsi que les autres parties du système lymphoïde et lymphatique, que le sang ne présente pas de globules blancs en excès; que la santé reste bonne et que l'on ne prévoit pas de trop grands dangers opératoires (blessure des gros troncs artériels-veineux et nerveux), il est permis d'opérer, tout en faisant des réserves pour la possibilité d'une récidive.

Dans les conditions opposées, sauf nécessité absolue (asphyxie, gêne de la déglutition), ne pas opérer.

Reste le traitement médical qui, malheureusement, est resté jusqu'ici peu efficace. L'iodure de potassium n'a en particulier rien donné. L'huile de foie de morue à hautes doses vaut peut-être mieux, ainsi que le traitement prolongé par les eaux thermales chlorurées sodiques, de l'aveu de Trousseau, et d'après l'observation intéressante que nous citait M. Verneuil, dans la dernière séance. Reste seulement à savoir si, dans les cas où l'on a obtenu la guérison par la médication thermale, l'on avait affaire à des lymphadénomes, ou seulement à des ganglions strumeux. Le doute est d'autant plus permis ici, que le diagnostic exige, nous l'avons dit, une exploration minutieuse des diverses régions du corps occupées par les ganglions, des viscères thoraciques et abdominaux, des amygdales et même du sang, sans négliger au besoin l'examen histologique du tissu de la tumeur, lorsque la chose est possible.

M. GIRALDÈS. Faut-il opérer les tumeurs ganglionnaires? Telle est la question. Si l'histologie des lymphadénomes, telle qu'elle est faite dans le livre de M. Cornil et Ranvier, est bonne, il n'y a pas de données cliniques correspondantes capables de préciser le diagnostic, de sorte que, comme on dit en diplomatie, le protocole est ouvert.

Le lymphadénome, décrit par Sanderson, Cornil et Ranvier, n'est pas entièrement nouveau, Hawkins, Bright, connaissaient déjà ce qui est signalé aujourd'hui dans les lymphadénomes généralisés. Ils connaissaient les altérations de la rate et des reins. Mais il ne nous est parvenu aucune donnée clinique sur ces faits. V. Mott a enlevé des tumeurs ganglionnaires du cou, mais il ne savait pas ce qu'il enlevait; les examens microscopiques n'étaient pas faits comme à notre époque. Il faut faire table rase aujourd'hui et étudier à nouveau les lymphatiques.

M. Trélat croit qu'il y aurait un élément de diagnostic dans l'âge des malades et dans le fait de l'unicité de la tumeur. Ce signe n'offre rien d'absolu; il y a chez les enfants des engorgements multiples des ganglions, avec généralisation et dépôts secondaires dans la rate. Les *Transactions philosophiques* de Londres, pour 1870, renferment des exemples de ce genre. Dans un travail de Wilks, il est question de faits semblables, j'ajoute toutefois qu'ils manquent de précision. Les lymphadénomes observés par Cornil et Ranvier existaient chez les enfants. Que le lymphadénome soit carcinomateux ou qu'il ne le soit pas, la marche de la généralisation peut être très-rapide.

Le cancer, chez les enfants, a en effet une marche extrêmement rapide. Dernièrement, j'ai vu un enfant qui avait une tumeur des deux testicules, simulant des testicules tuberculeux. Des accidents généraux survinrent très-rapidement; l'enfant est mort. Il avait des tumeurs ganglionnaires partout; il y avait du cancer à la base du nez, dans la gorge, dans le cœur, les os en contenaient, les testicules étaient sarcomateux. Dans ce cas, on le voit, le sarcome testiculaire avait marché avec la rapidité du lymphadénome.

L'âge ne saurait être invoqué comme un élément de diagnostic. Voyons si l'unicité ou la multiplicité des tumeurs a plus de valeur. L'anatomie pathologique apprend qu'avec des adénies uniques ou multiples, on a trouvé des lésions dans la rate et dans les reins. Ce fait seul est des plus significatifs; la leucémie peut-elle servir à reléguer certains engorgements dans l'adénie simple? Les examens du sang ne donne pas toujours des résultats absolument certains.

En résumé, le diagnostic précis de la lésion est difficile, pour ne pas dire impossible. Aussi, en présence d'une tumeur d'un ganglion que l'on croit devoir opérer, je pense que le seul moyen pratique serait de faire une ponction avec l'instrument explorateur, qui enlève une minime portion de la tumeur, et permet de faire un examen microscopique suivant la méthode de Hirtz, de Strasbourg. Je ne vois que ce moyen jusqu'ici. Plus tard, sans doute, maintenant que la question est posée, on trouvera dans la clinique quelques documents capables d'éclairer la question, et de donner une solution au problème que nous sommes obligés de nous poser.

M. VERNEUIL propose de nommer une commission qui centralisera, pendant les vacances, les faits connus de lymphadémones, et fera un rapport pour nos mémoires.

M. TRÉLAT. Je m'étonne d'entendre dire que les lymphosarcomes sont bien connus, car j'avoue que l'histologie ne nous montre pas la démarcation nette qui existe entre les tumeurs leucémiques et les lymphosarcomes. Il y a de grandes variétés dans ces tumeurs. J'ajoute que l'histologie normale de l'appareil lymphoïde est à peine connu. L'histologie et la clinique ont également à faire pour catégoriser ces tumeurs. L'histoire des tumeurs ganglionnaires est très-obscure.

Ce qu'il y a de particulier dans ces lymphadénomes, c'est ce qui

a été observé par les médecins de notre temps : une généralisation extrêmement rapide, plus rapide même que celle du cancer, et je dois ici rappeler que dans mon observation, ce n'était pas seulement le ganglion qui était pris, il y avait des lymphadénomes dans l'épaisseur de la peau, c'est-à-dire une hétéradénie véritable et hétéroplasie. On a trouvé du tissu lymphoïde dans les vertèbres (obs. de M. Lannelongue), dans les côtes (obs. de M. Virchow).

Certes, il y a des cas où le mal est cancéreux, témoin le cancer sarcomateux primitif des ganglions, qui a été opéré par M. Verneuil, comme il y a du sarcome ganglionnaire à la suite d'un sarcome dans le voisinage. Mais à côté de ce mal, il y a une hypertrophie spéciale des ganglions, un lymphosarcome qui est un mode de transformation spécial du ganglion et qui a la marche du sarcome, avec une tendance à la généralisation rapide. Voilà le point culminant de la question.

M. Giraldès me fait établir que l'unicité des tumeurs, au début, est un symptôme qui a de la valeur, je n'ai pas été aussi loin, j'ai dit que l'on pouvait se demander si l'on ne trouverait point là un caractère distinctif. M. Giraldès a aussi cherché à établir que l'âge des sujets ne pouvait être un signe distinctif ; il y a certainement des cas de lymphosarcome chez les jeunes sujets, chez les enfants, Vunderlich en a cité des cas, mais dans les observations modernes, l'âge adulte et le sexe masculin ont été plus souvent atteints de lymphosarcome que les jeunes sujets et les femmes.

Je le répète, nous, chirurgiens, nous sommes exposés à voir des tumeurs rares qui ne sont ni de la leucémie, ni de la scrofule, et qui siégent dans les ganglions. Après une période hypertrophique, la tumeur ganglionnaire est terminée par une généralisation et une cachexie précoce. J'ai dit qu'il fallait se garder de toucher à ces tumeurs, car lorsqu'on les voit, d'après ce que mon expérience m'a appris, elles ont déjà près d'un an d'âge, et à cette époque les généralisations cachées existent déjà. Ces lésions appellent des recherches, des travaux nouveaux, et il faut trouver les moyens de reconnaître la généralisation du mal par l'exploration des organes ; les recherches doivent donc, à mon sens, porter sur ce point.

Avant de terminer, je désire insister sur un point ; les altérations de la rate, dans le cas des tumeurs dont nous parlons, offrent un aspect caractéristique. Ce n'est point l'hypertrophie paludéenne, l'augmentation de la boue splénique. Dans la rate leucémique, le tissu de cet organe est rouge et consistant, dans nos observations, la rate est remplie de tissu lymphoïde, et celui-ci se dépose à la face interne de la capsule de la rate ; c'est quelque chose comme un dépôt métastatique.

M. GIRALDÈS. En 1832, Hawkins a parlé d'hypertrophie de la rate, qu'il considère comme le fait de la généralisation d'une tumeur ganglionnaire. Il parle d'hypertrophie, d'éléments folliculaires dans l'épaisseur de la rate, et cette maladie avait été appelée, en Angleterre, maladie de Hawkins. Bright a dit à peu près la même chose. Wilks et Sanderson ont étudié la question anatomo-pathologique ; c'est la partie clinique de la question qui reste à éclaircir. La médecine opératoire seule était visée par les auteurs qui ont parlé de ces tumeurs.

M. LE PRÉSIDENT. La proposition de M. Verneuil tendant à ce qu'une commission soit chargée de centraliser les faits de tumeurs qui sont l'objet de la discussion est-elle approuvée?

(La proposition est adoptée).

M. LE PRÉSIDENT. La commission alors sera composée de MM. Verneuil, Giraldès, Panas, Trélat, Lannelongue, rapporteur.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

309. Bogas. De la choroïdite athrophique.
310. Bourdelles. De la pourriture d'hôpital et de son traitement.
311. Chappare. Étude sur les hémorrhagies musculaires dans la fièvre typhoïde.
312. Salut. Des complications laryngées dans la phthisie pulmonaire et de leur traitement.
313. Bütserlin. De l'hémiplégie syphilitique.
314. Guyochin. Absorption, action physiologique et thérapeutique, élimination et transformation de la quinine dans l'économie.
315. Bès. De l'érythème noueux dans certaines maladies.
316. Coulombe. Essai sur les accidents locaux des injections hypodermiques.
317. Mauriac. Étude historique et critique sur les maladies épidémiques de l'antiquité.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Mallez commencera à sa clinique, 1, rue Christine, le mercredi 16 octobre, à midi, des conférences sur la *thérapeutique des maladies de l'appareil urinaire*, et il les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

— M. le docteur Herbet (Ernest-Henry), adjoint au médecin en chef des salles militaires, à l'hôpital d'Amiens, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un médecin désire se faire remplacer pendant une douzaine de jours soit par un interne des hôpitaux, soit par toute autre personne offrant des garanties de capacité. Chef-lieu de canton, trois heures de Paris, station de chemin de fer.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Expulsion réitérée par les bronches de grandes quantités de sérosité à la suite de la thoracentèse, sans lésion apparente du poumon. Nouvelles applications de l'aquapuncture. — Déchirure du vagin à la suite d'une chute, chez une femme grosse de six mois et demi ; hémorrhagie grave ; accouchement deux mois et demi après (M. Laffont de Contagnet, de Valence). — Sur les dépôts naturels des eaux ferro-arsenicales de la Dominique (M. Bouchardat). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Administration générale de l'Assistance publique. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Expulsion réitérée par les bronches de grandes quantités de sérosité à la suite de la thoracentèse, sans lésion apparente du poumon.

Dans l'une des séances de l'Académie de médecine du mois de juillet dernier, à l'occasion de la discussion sur la thoracentèse, M. Béhier, pour réfuter quelques-unes des objections déduites des dangers de cette opération et en particulier de la possibilité de blesser le poumon, citait le fait suivant, que nous rétablissons ici d'après le texte même du discours imprimé, à cause de son intérêt particulier.

Un homme de 62 ans entrait le 28 février à l'Hôtel-Dieu, pour une insuffisance mitrale, avec anasarque généralisée. Au bout de quelques jours, on constata un épanchement séreux assez considérable dans les deux côtés de la poitrine. De nombreux et larges vésicatoires furent appliqués. Un amendement notable fut obtenu, mais bientôt tous les symptômes reparurent et notamment le double épanchement pleural, qui occupait plus des deux tiers de chaque côté de la poitrine. La dyspnée devint telle, que M. Béhier résolut de pratiquer une ponction. C'était le 18 mai. Le côté droit fut choisi le premier. Après une ponction exploratrice qui montra que c'était bien de la sérosité pure qui occupait la cavité, un trocart capillaire fut introduit avec grand soin ; la canule à extrémité mousse resta seule dans la poitrine, le dard ayant été retiré avant que la canule eût été enfoncée à environ 4 centimètres. 800 grammes de sérosité furent extraits. L'auscultation après l'opération permit de reconnaître que le poumon avait repris sa place, la respiration s'entendait jusqu'en bas de la cavité. Aucune trace de pneumothorax.

Une heure environ après l'opération, le malade, qui avait été soulagé, fut pris d'une toux opiniâtre à l'aide de laquelle il rendit, par gorgées assez fortes, une sérosité mousseuse en partie, un peu plus jaune, mais à cela près entièrement semblable à celle que l'on avait retirée par la ponction.

Le lendemain 800 grammes de sérosité plus colorée, tout à fait semblable, d'ailleurs, à celle de la ponction, avaient été rejetés par la toux.

La percussion et l'auscultation ne montraient dans le côté droit aucune différence sur ce qui avait été constaté la veille. Aucun signe de pneumothorax ne put être saisi ; mais en examinant le côté gauche de la poitrine, on fut très-surpris de constater une très-notable diminution de l'épanchement.

La presque totalité de l'épanchement de ce côté avait disparu, et permettait d'entendre dans le poumon gauche, au niveau de la cavité en arrière, un souffle un peu plus rude que celui qui existait la veille, avec quelques râles sous-crépitants à la périphérie.

Plus tard, les phénomènes d'anasarque, un moment amendés, reparurent ; la dyspnée revint avec une grande intensité, et l'on constata de nouveau un double épanchement dans la poitrine, paraissant plus considérable à gauche qu'à droite.

Le 29 mai, M. Béhier pratiqua sur le côté gauche une ponction, à laquelle il mit tous ses soins ; le trocart fut peu enfoncé (2 centimètres environ), le dard fut retiré sans aucun incident particulier.

Après l'opération, l'auscultation montra que le poumon s'était dilaté ; aucun signe de pneumothorax ne fut perçu, malgré le soin qu'on mit à le chercher.

Une heure après, la scène du 18 mai se reproduisit de point en point. 1,000 à 1,200 grammes de sérosité furent rejetés. Point de signes de pneumothorax.

Enfin, le 17 ou le 18 juin, la dyspnée reparaissant, l'épanchement étant considérable, une nouvelle ponction, toujours capillaire, fut faite avec précaution au côté gauche ; elle donna 800 grammes de sérosité, et cette fois encore, une heure et quart après la ponction qui avait permis au poumon de reprendre sa place, 700 grammes de sérosité étaient expectorés.

Le malade, ausculté le jour même où M. Béhier en entretenait l'Académie, n'offrait plus aucune trace d'épanchement, ni d'un côté ni de l'autre.

Nous avons appris depuis que cet homme avait fini par succomber, et qu'à l'autopsie, on n'avait constaté aucune trace de ponction du poumon, ni aucune communication directe appréciable entre les cavités pleurales et les bronches.

Par un de ces hasards singuliers qui groupent ou rapprochent les faits extraordinaires, un second fait tout à fait semblable s'est présenté tout récemment dans le même service et dans la même salle (salle Sainte-Jeanne). Il y a quelques jours seulement, assistant à la visite, M. le docteur Liouville, chef de clinique, chargé temporairement du service, nous signala un malade chez

lequel la même circonstance venait de se présenter. Ce malade, entré quelques jours auparavant pour une pleurésie avec épanchement du côté gauche, compliquée de troubles cardiaques et d'un certain degré d'œdème pulmonaire du côté droit, avait été soumis à la ponction d'après la méthode usitée dans le service. L'opération avait été faite par M. Liouville. Elle donna issue à 1,200 grammes de liquide séreux. Il ne s'était pas écoulé une seule goutte de sang par la canule, et le malade n'avait point eu d'expectoration sanglante après l'opération. Une heure environ après, au moment où M. Liouville se disposait à quitter la salle, le malade eut, en sa présence, non pas un de ces efforts violents de vomissement dans lesquels les malades expulsent presque d'un seul coup le pus d'une vomique, mais une série répétée de quintes de toux amenant chaque fois l'expulsion d'une certaine quantité de sérosité spumeuse ; si bien qu'au bout d'un certain temps, la moitié environ d'un vase d'une contenance de 2,000 grammes, se trouva remplie par cette sérosité recouverte d'une couche épaisse de liquide spumeux légèrement sanguinolent. Or, le malade, ausculté depuis à plusieurs reprises avec le plus grand soin, n'a jamais présenté le moindre signe d'hydro-pneumothorax. Nous n'avons constaté nous-même que les symptômes de pleurésie : souffle dur, mais moins intense que dans la pneumonie, plus prononcé dans l'inspiration, dans le tiers inférieur du poumon, avec un peu d'égophonie et quelques râles humides dans le tiers moyen.

Comment expliquer ces deux faits? C'est ce qui serait quelque peu difficile et ce que nous n'essayerons pas en ce moment. D'autres faits viendront peut-être nous y aider.

Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ce qui surviendra ultérieurement chez ce malade.

Nouvelles applications de l'aquapuncture.

La *Gazette des hôpitaux* a fait connaître, en 1865, les premiers résultats qui ont été obtenus de l'emploi des douches filiformes, ou de la méthode de l'aquapuncture, comme on l'a appelée depuis. Un de nos jeunes confrères, M. le docteur J. Servajan, vient de réunir dans un travail l'ensemble des faits publiés sur l'emploi de cette méthode depuis ces premiers essais (1). Nous trouvons, dans ce travail, quelques expériences nouvelles faites par M. Servajan dans les services de M. le professeur Sée, à la Charité, et de M. Guéneau de Mussy, à l'Hôtel-Dieu. Ces faits nous ont paru assez intéressants pour trouver leur place ici.

Névralgie sciatique.

Un homme, âgé de 75 ans, entre le 5 novembre 1871 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Guéneau de Mussy, pour une névralgie fémoro-poplitée, dont il paraît souffrir depuis longtemps. La marche est impossible et la pression sur le trajet du nerf provoque de vives douleurs. Ce malade a déjà été traité sans résultat par l'essence de térébenthine (*une* capsule de *cinquante* centigrammes par jour, pendant un mois) ; par les pilules de bromure de potassium (*trois* grammes), et extrait de jusquiame (*vingt* centigrammes); par les injections de morphine à haute dose pendant trois semaines.

Le 8 décembre, on pratique, à l'aide de l'appareil à injections filiformes, quinze piqûres sur le trajet du nerf sciatique ; — atténuation de la douleur.

Le 9, quinze nouvelles piqûres ; — l'amélioration continue d'une manière très-marquée.

Le 15, le malade commence à marcher sans appui d'un bout de la salle à l'autre ; — nouvelles piqûres.

Le 16, le malade sort guéri. M. Servajan l'a vu depuis (à la fin de janvier), la guérison était maintenue.

Douleur épigastrique datant de quinze ans.

Une femme de 32 ans entre, le 2 janvier 1872, dans le service de M. Sée (service de clinique de la Charité). Parmi les antécédents de cette malade, on relève la circonstance suivante : à la suite d'un violent chagrin, elle fut prise de vomissements qui ont toujours persisté depuis (elle avait alors 21 ans), et d'une douleur d'estomac avec irradiation dans les régions lombaires. Le 30 décembre 1871, à la suite d'une grande fatigue, il survient des vomissements noirâtres ; impossibilité de garder les aliments.

A ces deux phénomènes principaux, douleur s'accroissant par l'ingestion des aliments et vomissements, s'ajoutaient quelques symptômes hystériques.

Le 4 janvier, on pratique une inoculation de *un* centigramme de chlorhydrate de morphine et on prescrit : viande crue, 250 grammes ; pilules de nitrate d'argent et d'extrait thébaïque.

Du 12 au 20, on procède à l'aspiration des gaz de l'estomac au moyen d'une sonde en caoutchouc et d'une seringue.

Ces moyens ayant été sans résultat, on prescrit successivement et sans plus d'effet des lavements additionnés d'iodure de potassium, puis le bromure de potassium.

Le 27 janvier, sur la prescription de M. Sée, M. Servajan fait au creux épigastrique dix piqûres.

Le 28, la malade dit que deux heures environ après les piqûres elle s'est trouvée tout à fait soulagée. La nuit a été calme.

Le 29, on fait encore treize piqûres, toujours sur la même région. La douleur a complétement disparu ; les vomissements persistent encore, mais un peu amendés. Ils ont cessé peu à peu les jours suivants.

Lumbago.

Dans le même service, une femme de 44 ans, entre le 23 janvier, pour une douleur vive, continue, siégeant dans la région lombaire, des deux côtés, durant depuis une douzaine d'années.

Le 26 janvier, injection d'*un* centigramme de chlorhydrate de morphine.

La malade n'ayant éprouvé qu'un soulagement insignifiant, M. Sée prescrit l'aquapuncture.

Le 27, M. Servajan fait douze piqûres.

Le 28 la malade dit avoir éprouvé une douleur qui persiste pendant près d'une heure ; mais elle se trouve beaucoup mieux qu'après l'injection de morphine. La douleur, cessée à droite, persiste à gauche.

Une deuxième séance de seize piqûres faites sur le côté resté douloureux fait disparaître la douleur. La malade quitte l'hôpital; guérie, le 29.

Un résumé statistique des opérations d'aquapuncture relevées par M. Servajan donne les résultats suivants :

	Amélioration.	Guérison.
Névralgies faciales,	»	2
— lombaire et sciatique,	»	1
— sciatiques,	»	5
— uréthrale,	1	»
— fessière,	»	1
— lombo-abdominale,	»	1

---

(1) *De l'aquapuncture*, par Joannès Servajan. Broch. in-8°. Paris, 1872, chez Adrien Delahaye.

	Amélioration.	Guérison.
Paralysie des extrémités,	»	1
Lumbago,	»	2
Hypertr. de la vessie, douleurs péri-adbomin.	»	1
Rétention d'urine, douleur dans l'hypocond. droit,	»	1
Tour de reins,	»	1
Métrite, douleurs péri-abdominales,	»	1
Spermatorrhées,	3	»
Contractures du sphincter uréthral, douleurs périnéales,	»	1
Pointe de hernie, douleur très-vive,	1	»
Incontinence d'urine.	1	»
Douleur épigastrique datant de quinze ans,	»	1
	6	19

Dr B...

DÉCHIRURE DU VAGIN A LA SUITE D'UNE CHUTE

CHEZ UNE FEMME GROSSE DE SIX MOIS ET DEMI. — HÉMORRHAGIE GRAVE GUÉRISON. — ACCOUCHEMENT DEUX MOIS ET DEMI APRÈS

Par M. le docteur LAFFONT DE CONTAGNET (de Valence).

Le 30 janvier 1870, je fus appelé sur les 8 heures du matin près de la femme V..., âgée de 32 ans, mère de cinq enfants et grosse d'environ sept mois. Blonde, petite, d'un tempérament sanguin très-accusé, elle avait joui jusque-là d'une belle santé. En se levant, elle était tombée du haut de son lit, les jambes écartées, sur l'un des montants d'une chaise terminé en boule, qui avait pénétré dans le vagin, déchiré les tissus et occasionné une hémorrhagie des plus graves. La quantité de sang perdu depuis vingt minutes que l'accident était arrivé, pouvait être estimée à trois litres environ. Le pouls était introuvable, la pâleur de la face et des lèvres cadavéreuse; le sang s'écoulait encore en grande abondance du vagin, et il était évident que sans une intervention active, cette femme allait perdre son sang jusqu'à la dernière goutte. Je me hâtai de bourrer le vagin de vieux linges, et je maintins ce tampon avec une serviette fixée à la ceinture, en avant et en arrière. Je fis appliquer des ligatures aux quatre membres, ainsi que nous avait appris à le faire en pareille circonstance notre vénéré maître M. Piorry; j'enlevai l'oreiller que je glissai entre le matelas et la paillasse, directement sous le siége; je fis tenir chaudement les membres et ne permis que de légères couvertures sur le tronc; enfin, je fis donner une potion avec un gramme de perchlorure de fer. Le sang ne coulait plus.

Dans l'après-midi, l'accoucheuse vint me prévenir que la malade se plaignant de ne pouvoir uriner, elle avait voulu pratiquer le cathétérisme; mais qu'il lui avait été impossible de découvrir le méat urinaire. Il existait, en effet, ici une anomalie. Je ne pus avec le doigt trouver ce méat, et je dus avec le bec de la sonde aller en tâtonnant à sa recherche. Un jet d'urine annonça bientôt qu'elle avait pénétré dans le canal et dans la vessie.

Je pus constater alors que l'urèthre s'ouvrait sur la paroi antérieure du vagin, à 5 centimètres de son orifice.

31 janvier. — État satisfaisant, il n'y a pas eu de coliques. Céphalalgie violente, soif ardente. Le tampon fatigue, je l'enlève et j'introduis un spéculum trivalve, afin de rechercher le point de départ de l'hémorrhagie. Le col utérin est dans l'état normal, pas une goutte de sang ne s'écoule par son ouverture. Je retire lentement le spéculum, et je découvre sur la paroi gauche du vagin, à 4 centimètres de son orifice, une plaie arrondie, d'environ 3 centimètres de diamètre, d'où le sang jaillit en nappe. Une petite compresse, pliée en quatre et imbibée de perchlorure de fer étendu de moitié d'eau, est appliquée dessus; sur cette compresse une seconde sèche et pliée en quatre; puis un tamponnement à queue de cerf-volant, le tout maintenu par une serviette fixée à la ceinture. Durant ces manœuvres, la patiente perdit encore 3 à 400 grammes de sang. (Potion au perchlorure, limonade sulfurique pour boisson.)

1er février. — Céphalalgie violente; la soif se calme; il n'y a pas eu de coliques. La malade a pris du bouillon froid. (Potion au perchlorure de fer et limonade sulfurique.)

2 février. — Même état satisfaisant. Pas de coliques. (Potion au perchlorure et limonade sulfurique.)

3 février. — Il est survenu hier un gros mouvement de fièvre avec développement des seins. Aujourd'hui il n'y a plus de fièvre, mais la distension des seins gêne les bras. Le tampon est enlevé sans que l'hémorrhagie se reproduise. Pas de coliques; céphalalgie. (Pansements de la plaie matin et soir avec des compresses imbibées d'alcool et d'eau, partie égale. Matin et soir une cuillerée à bouche de vin de quinium de Labarraque, immédiatement après manger.)

4 février. — La malade est mieux; elle prend de la nourriture, et à dater de ce jour les forces reviennent d'une manière progressive et assez rapide.

Le 22 février, je fis ma dernière visite. La femme V... était à peu près remise; les maux de tête avaient disparu depuis huit jours; l'appétit était vif et les forces revenaient rapidement. Il n'y avait jamais eu la moindre colique, mais depuis le jour de l'accident elle n'avait pas senti remuer son enfant.

L'accouchement n'eut lieu que le 19 mars, plus de deux mois et demi après l'accident. Il fut heureux ainsi que les couches. L'enfant, comme il était facile de le prévoir, était mort.

S'il est certaines femmes qui avortent avec la plus grande facilité, il en est aussi qui résistent en quelque sorte à toute espèce de cause d'expulsion prématurée du fœtus. Comment, en effet, l'avortement n'a-t-il pas eu lieu ici, alors que trois causes différentes se trouvaient réunies pour le solliciter : 1° une perte de sang considérable; 2° l'application du tamponnement pendant quatre jours consécutifs; et 3° la mort du fœtus démontrée par l'apparition de la fièvre de lait. C'est qu'évidemment, quelles que soient les causes, elles n'agissent que si elles sont favorisées par une prédisposition.

SUR LES DÉPOTS NATURELS DES EAUX FERRO-ARSENICALES DE LA DOMINIQUE

Par M. le professeur BOUCHARDAT
Membre de l'Académie de médecine.

Ce n'est que depuis la découverte de Tripier, qui a démontré l'existence d'un composé arsenical dans l'eau minérale la plus célèbre de l'Algérie, que l'on a su apprécier en hydrologie l'importance thérapeutique de cet agent minéralisateur. On n'hésite plus aujourd'hui à attribuer une grande part à l'arsenic dans les propriétés des eaux si connues du Mont-Dore et de Plombières; l'eau du Mont-Dore contient en même temps des quantités de fer suffisantes pour l'avoir fait ranger dans le groupe des eaux ferrugineuses; c'était une indication qui nous conduisait à admettre que l'union du fer à l'arsenic pouvait présenter de précieux avantages. Ces données ont été confirmées par les heureux résultats de l'emploi de l'eau de la Dominique et des dépôts de cette eau, qui est le type le plus net des eaux ferro-arsenicales. Ces résultats sont exposés dans un mémoire intéressant de M. le docteur Chabannes et dans le travail de M. docteur Clermont, publié dans son recueil d'observations physiologiques et cliniques sur les eaux minérales de Vals.

Après la chlorose, s'il est un état pathologique qui réclame l'emploi du fer, c'est, sans contredit, l'appauvrissement général de l'économie qui prépare et accompagne les affections scrofuleuses, la bronchite chronique, la phthisie pulmonaire. Mais souvent cet héroïque modificateur n'est pas toléré dans ces affections, ou détermine de redoutables hémoptysies. L'association au fer d'une très-petite proportion d'un composé arsenical, peut écarter la plupart de ces inconvénients. L'arsenic anime l'appétit, favorise la nutrition et par conséquent l'assimilation du fer.

J'ai pu récemment constater les effets de cette association.

Je fus consulté par une fille de 22 ans, présentant tous les caractères de l'anémie confirmée, pâleur extrême, pertes abondantes et souvent renouvelées hors des époques menstruelles; anéantissement des forces. Cet état était accompagnée d'anorexie à un degré prononcé et d'insomnie. Légère matité sous la clavicule, murmure respiratoire insuffisant. J'ordonnai l'exercice, l'huile de foie de morue pendant la saison froide; mais comme nous étions à une période de chaudes journées, j'eus la pensée (ayant affaire à une malade qui n'était pas dans l'aisance) d'employer des dragées préparées avec les *dépôts de la source Dominique* qui avaient été mises à ma disposition par M. Dorvault, l'habile directeur de la pharmacie centrale de la France. Chacune de ces dragées contenait un demi-milligramme d'arséniate de fer et cinq centigrammes de composés ferrugineux. J'ordonnai à la malade de prendre deux de ces dragées en commençant chacun de ses deux principaux repas. Elle vint me revoir après avoir suivi pendant dix jours cette prescription. Je ne la reconnaissais pas tant le changement avait été considérable; elle avait retrouvé ses couleurs, son appétit, ses forces et, chose remarquable, son sommeil était revenu et ses pertes suspendues.

Je sais qu'il n'est pas rare de voir ces modifications rapides se produire chez les chlorotiques sous l'influence de ferrugineux convenablement administrés, mais dans ce cas j'aurais hésité à recourir à des préparations ferrugineuses sans l'adjuvant arsenical, redoutant leur influence capricieuse sur l'appareil digestif et la fréquence des hémorrhagies consécutives à leur emploi. Ce fait est insuffisant pour décider une question thérapeutique aussi complexe, mais il est encourageant pour faire de nouveaux essais.

L'emploi thérapeutique de l'arséniate de fer n'est pas nouveau, on l'a vanté en Angleterre pour combattre la cachexie cancéreuse. Biett l'a employé dans les mêmes conditions contre les dartres rongeantes, d'origine scrofuleuse. Ce dermatologiste si distingué avait recours aux pilules d'arséniate de fer dans l'eczéma, le lichen chronique, les affections squameuses, la lèpre, le psoriasis, le lupus. Chaque pilule contenait trois milligrammes d'arséniate, il en prescrivait une chaque jour.

M. Duchesne-Duparc a eu beaucoup à se louer de ce même agent, pour combattre les dartres furfuracées et squameuses (voyez *Matière médicale*, 5e édition, 1872, t. II, p. 647). Dans ma pensée, il doit rendre de bons services dans la cachexie qui suit ou accompagne les fièvres intermittentes, dans les formes les plus variées de la misère physiologique; on peut y songer encore pour combattre les chorées, les névralgies intermittentes, surtout celles qui sont liées à l'anémie.

L'hydrate de peroxyde de fer étant le contre-poison le plus efficace des acides de l'arsenic de tous les composés arsenicaux, l'arséniate de fer est celui qui doit présenter le plus de garanties d'innocuité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 août 1872 (1). — Présidence de M. DOLBEAU.

COMMUNICATION

Luxation ancienne de la cuisse. — M. LEDENTU lit une observation de luxation de la cuisse, variété iliaque, réduite par la traction élastique un mois après l'accident (commissaires, MM. Verneuil, Guérin, Le Fort).

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Décollement des épiphyses, du radius et du cubitus. — M. LEDENTU montre une pièce sur laquelle on voit une disjonction des épiphyses du radius et du cubitus sur un sujet de 19 ans. Il n'y a qu'une fracture excessivement petite (commission déjà nommée).

Résection ancienne du coude. Autopsie. — M. OLLIER montre une pièce. C'est un coude sur lequel a été pratiqué une résection du coude par le procédé sous-périosté.

Démonstration, par l'autopsie, du mode de reconstitution de l'articulation du coude, par M. Ollier.

Dans les séances des 2 et 10 avril dernier, et plus récemment encore, à l'occasion du rapport de M. Paulet, sur l'observation de M. Jasseron (d'Oran), la Société s'est occupée du mode de reconstitution de l'articulation du coude après les résections sous-périostées. Je crois utile de revenir sur cette question, et comme les relations d'autopsie de résections anciennes sont encore très-rares, j'ai apporté une pièce de ma collection pour faire apprécier le degré réel de la régénération osseuse chez l'homme. C'est une des pièces dont j'ai parlé dans la séance du 2 avril, et qui se trouve signalée dans ma communication à l'Académie des sciences faite en août 1870.

Mais auparavant, il me paraît important de rappeler les faits principaux qui résultent de mes expériences sur les animaux. J'ai constaté qu'en conservant la totalité de la gaine périostéo-capsulaire, on obtenait une articulation de même type physiologique que l'articulation enlevée. Pour le coude, j'ai obtenu une véritable ginglime reconstituée entre les extrémités osseuses de nouvelle formation. J'ai fait dessiner, dans le tome 1er de mon *Traité expérimental et clinique de la régénération des os*, un coude remarquable par la forme des parties reproduites. On voit, du côté de l'humérus, deux tubérosités distinctes séparées par une rainure intercondylienne très-bien délimitée. Du côté du cubitus, un olécrâne de nouvelle formation, plus courbe qu'à l'état normal, embrasse l'humérus et assure la solidité de l'articulation.

Entre ces extrémités osseuses de nouvelle formation, il se forme peu à peu une véritable cavité articulaire. On observe d'abord un tissu conjonctif lâche, sans cavité distincte. Bientôt on trouve ce tissu irrégulièrement cloisonné; il s'épaissit en certain points, de manière à figurer des sortes de menisques intra articulaires. A la longue, les cloisons s'effacent, les petites cavités se réunissent, et il se forme une cavité articulaire unique ou imparfaitement cloisonnée, avec ou sans menisques, contenant une synovie plus ou moins appréciable.

Ce n'est qu'à la longue et par l'exercice du membre que cette cavité se délimite et que les surfaces en contact prennent leur configuration définitive. Les pressions réciproques des os jouent un rôle important dans cette configuration, et, pour le coude, c'est la pression de l'olécrâne tournant autour de l'humérus qui me paraît délimiter la rainure inter-condylienne entre les deux tubérosités, résultat de l'ossification du périoste de l'extrémité renflée de l'humérus.

Pendant que ces changements s'accomplissent, la surface articulaire des tubérosités nouvelles s'égalise, se polit et prend même l'aspect cartilagineux, mais sans en avoir la structure. On ne trouve pas de cavités cartilagineuses, ou, du moins, on en trouve très-peu dans ce tissu chondroïde. D'autres fois, ces surfaces articulaires paraissent éburnées.

Ces tubérosités nouvelles sont unies à la périphérie, au cubitus et au radius par des trousseaux ligamenteux très-forts, résultat de l'épaisseur de la capsule et des ligaments conservés. On trouve généralement deux ligaments latéraux très-épais. Quant aux muscles, ils s'insèrent dans leurs rapports normaux, quand on a eu soin de ne pas les couper pour pratiquer la résection, et ils agissent efficacement et régulièrement sur les os qu'ils doivent mouvoir.

La pièce que j'ai l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société est trop récente pour démontrer les modifications tardives que subit l'articulation; mais elle démontre d'une manière très-évidente deux points très-importants : la régénération des tubéro-

(1) Fin. — Voir les numéros des 8 et 10 octobre 1872.

sités humérales et de l'olécrâne, et de plus une véritable articulation ginglimoïdale entre les extrémités osseuses de nouvelle formation.

Cette articulation est très-solide latéralement et très-mobile dans le sens antéro-postérieur. Sa configuration est différente cependant de celle du coude normal. Elle ressemble plutôt à une articulation tibio-tarsienne qu'à un coude. Les tubérosités nouvelles ressemblent à des malléoles; elles constituent une mortaise qui relie solidement le radius et le cubitus.

Description de la pièce anatomique.

Cette pièce provient d'un jeune homme de 21 ans, Léon P..., opéré en septembre 1868, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, et mort de phthisie huit mois après.

Quatre mois après l'opération, il paraissait devoir guérir complétement. Une fistule persistait encore, mais il n'y avait plus de douleurs, et le malade exécutait des mouvements de flexion et d'extension. Le sujet est mort dans un tel état de marasme, qu'on distinguait, sous la peau, les principaux détails de la configuration extérieure des extrémités osseuses reproduites.

L'articulation, disséquée et conservée dans l'alcool, telle que je la présente à la Société, présente la configuration suivante : l'humérus se termine par deux tubérosités complétement de nouvelle formation, constituées par un tissu osseux, lisse à l'extérieur, et ne présentant des aspérités que vers la pointe libre, là où elles se continuent avec les trousseaux ligamenteux qui forment les ligaments latéraux de la nouvelle articulation. Quoique ne présentant pas ces ostéophytes en pointe, ou aiguille, qui caractérisent souvent les formations osseuses nouvelles, la surface des tubérosités nouvelles n'est pas aussi lisse que l'os normal. Elle a un aspect finement grenu qui se continue plus ou moins loin, sur la diaphyse, et qui empêche de préciser exactement le point où finit l'os nouveau et où commence l'os ancien. Ce n'est que par la coupe de l'os qu'on pourrait faire cette répartition exacte; mais, en ne tenant compte que de la partie renflée latéralement, aplatie d'avant en arrière, et qui est évidemment de nouvelle formation, on voit qu'il s'est reformé, de chaque côté, une tubérosité ayant 4 centimètres de la base au sommet. En divergeant, ces deux tubérosités délimitent un espace destiné à loger le cubitus et le radius. La ligne des surfaces articulaires est donc concave au lieu d'être convexe, dans son ensemble comme à l'état normal. C'est, on le voit, une articulation tibio-tarsienne plutôt qu'un coude normal. Il n'y a pas de surfaces articulaires encore distinctes ; le processus est trop peu avancé pour cela. Les surfaces osseuses sont recouvertes par un tissu cellulo-fibreux en certains points, par un tissu encore granuleux dans d'autres, car l'articulation suppurait encore.

Du côté du cubitus, on constate un olécrâne de nouvelle formation, de 1 centimètre d'épaisseur et de 3 centimètres de hauteur. Il est facile d'apprécier sa hauteur, car sa direction n'est pas celle du cubitus comme dans l'état normal; il est incliné en dedans. Il donne insertion au tendon du triceps épaissi et très-solidement implanté. Un noyau osseux, indépendant, s'est encore développé dans la substance propre du tendon. Le radius, renflé au niveau de la surface de section, se termine par un col surmonté d'une petite tête de nouvelle formation.

Ces portions osseuses de nouvelle formation s'emboîtent parfaitement et jouissent des mouvements de flexion et d'extension, dans le sens des mouvements physiologiques ; l'avant-bras ne flotte pas; il est retenu par les tubérosités humérales d'une part et l'olécrâne de l'autre. Toutes ces parties sont maintenues par des ligaments solides.

Si nous considérons l'articulation en arrière, nous voyons un sillon creusé dans la tubérosité interne de l'humérus, qui loge et protége le nerf cubital. Quant aux muscles qui environnent l'articulation, et qui, normalement, s'insèrent sur les extrémités retranchées, on les retrouve tous, dans leurs rapports normaux, autour de l'articulation nouvelle.

Quoique le sujet soit mort avant la reconstitution complète de l'articulation, ce fait a une valeur démonstrative sur laquelle j'insiste d'autant plus que les faits de ce genre sont très-rares. Joint à l'autre fait que j'ai publié en 1870, aux observations de Doutrelepont et de Jasseron, et à un autre fait d'autopsie après trois mois que je dois à mon collègue M. Gayet, il achève la démonstration des propositions chirurgicales que j'ai avancées d'après mes expériences sur les animaux.

Et puis, messieurs, pour faire apprécier l'importance de ce fait, il me suffira de le comparer à ce qu'on obtient par la méthode ancienne, quand on a enlevé périoste et capsule. Des expériences comparatives que j'ai faites en même temps que celles que j'ai citées plus haut relativement aux résections sous-périostées m'ont montré qu'on avait alors toujours une articulation flottante, sans reproduction aucune des parties enlevées ; au bout de plusieurs mois, les surfaces de section étaient presque aussi lisses qu'au moment de l'opération.

Les résultats que m'a fournis la méthode sous-capsulo-périostée sur ceux de mes opérés qui sont complétement guéris, sont sans doute bien plus parfaits, mais je n'ai pas eu encore l'occasion de faire l'autopsie de cas de cette catégorie.

A défaut de l'autopsie, on peut cependant se rendre compte sur le vivant de la disposition de l'articulation nouvelle. En arrière surtout, grâce à la position superficielle des condyles et de l'olécrâne, on peut délimiter la forme et les rapports des parties reproduites. On distingue alors des tubérosités épaisses, saillantes latéralement, ou se prolongeant en bas de manière à embrasser plus ou moins le cubitus et le radius. On sent l'olécrâne plus ou moins recourbé, surmonté de quelques noyaux osseux indépendants, développés dans le tendon du biceps. L'extrémité inférieure de l'humérus paraît alors plus large que celle du côté sain. J'espère pouvoir réunir prochainement un certain nombre de sujets présentant nettement cette disposition de l'articulation nouvelle, et je serai heureux de les soumettre à l'examen de ceux de nos collègues qui voudront bien, le mois prochain, se rendre au Congrès de Lyon.

M. TILLAUX. Je répéterai une objection que j'ai déjà produite. Je ne vois pas que l'articulation, très-bonne d'ailleurs qui existe sur cette pièce, puisse être dite une articulation reproduite. Je ne vois pas la trochlée normale, ni les surfaces articulaires.

M. OLLIER. Quand je dis que cette articulation est reconstituée sur son type primitif, je veux parler du type physiologique. Or, la pièce que vous avez sous les yeux représente un véritable gynglime, aussi solide aussi serré que le gynglime normal, puisque les tubérosités humérales de nouvelle formation affectant la forme des malléoles, empêchent tout déplacement du radius et du cubitus dans le sens latéral. Quant à la forme de la *surface articulaire* de l'humérus, c'est-à dire de la surface qui est libre dans la cavité articulaire, elle n'a pas certainement la configuration de l'extrémité inférieure de l'humérus à l'état normal. Cette configuration n'existe jamais et ne peut pas exister primitivement, par une raison très-simple : c'est que la portion de l'humérus recouverte du cartilage ne peut pas être reproduite par le périoste. Le périoste ne peut reproduire que ce qu'il recouvre. Ce n'est que tardivement, par le jeu de l'articulation et par la pression du cubitus qu'il aurait pu se former une rainure intercondylienne ou une apparence de trochlée mais, je le répète, le malade n'était pas guéri, et au moment de la mort son bras redevenu douloureux ne fonctionnait plus depuis trois mois. Plus tard, il se serait probablement formé des surfaces plus régulières et des moyens de glissement plus parfaits.

Mais ce qu'on voit très-nettement dès aujourd'hui, c'est une *articulation solide, formée entre les masses osseuses reproduites*, les tubérosités humérales et l'olécrane. Cette articulation très-solide latéralement, très-mobile dans le sens antéro-postérieur, constitue un véritable gynglime. Elle est maintenue par des ligaments épais et solides, et elle est entourée des muscles qui s'insèrent dans leurs rapports normaux. C'est la démonstration des diverses propositions que j'ai avancées.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la Société entre en vacances, et se proroge jusqu'au mercredi 2 octobre.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

Séance du 2 octobre.— Présidence de M. TRÉLAT.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

Les numéros parus depuis le 15 août jusqu'à ce jour des publications suivantes : La *Gazette des hôpitaux*; — *L'Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le *Bulletin de thérapeutique*; — Le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — Les *Archives générales de médecine*; — Le *Lyon médical*; — Le *Bordeaux médical*; — Le *Marseille médical*; — Le *Bulletin médical du nord de la France*; — Le *Montpellier médical*; — La *Revue médicale de Toulouse*; — Le *Compte rendu de la Société de médecine de Nancy*; — Le nº 24 de *l'Indépendente de Turin*; — Le *Journal d'ophthalmologie*; — La *Gazette obstétricale de Paris*.

M. LETENNEUR, membre correspondant à Nantes, adresse les mémoires suivants : 3e, 4e *et* 5e *observations d'ovariotomie*.— M. Letenneur a obtenu quatre succès. — *Quatre observations d'anévrysme*. — *Déchirure centrale du périnée pendant l'accouchement*. — *Deux cas curieux de fracture du crâne*.

M. LUIGI MAGGIORE PERNI (de Palerme) adresse une thèse de concours sur la *thoracentèse*.

M. VAN HOLSBECK adresse une brochure intitulée : *Souvenirs de la guerre franco-allemande*.

La Société a reçu, en outre, le tome VIIIe, 1re série, année 1871, des *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*. — Les *Mémoires et bulletins de la Société de médecine de Bordeaux*, année 1870. — La *Statistique médicale de l'armée pendant l'année* 1869.

M. BONNIER, de Guitres (Gironde), envoie pour le prix Laborie, un travail manuscrit intitulé : *D'un nouveau genre de suture pour l'intestin*. L'auteur joint à ce mémoire le modèle de ses instruments pour la suture.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Résection sous-périostée. — M. VERNEUIL. Quelle que soit l'idée que l'on puisse se faire de la valeur théorique de la conservation du périoste dans les résections, et de la méthode de M. Ollier, je dois dire que, venant de Lyon, où j'ai assisté au Congrès médical, j'ai vu les opérés de M. Ollier, et qu'il nous a montré un grand nombre de cas de résections. Je ne sais pas si le périoste a reproduit exactement l'articulation, mais ce que j'affirme, c'est que l'état des mouvements et la force de l'articulation nouvelle étaient excellents. Les résultats cliniques des procédés de M. Ollier sont supérieurs aux résultats connus des procédés anciens.

M. TRÉLAT. J'ai été aussi au congrès de Lyon, comme notre collègue M. Verneuil; les résultats obtenus par les procédés de M. Ollier m'ont paru supérieurs à ceux que je connaissais et à ceux qu'a publiés le chirurgien assistant de Billroth. Il y avait chez les opérés qu'on nous a présentés une articulation solide, qui permettait des mouvements étendus et réguliers.

M. CHASSAIGNAC. Je suis satisfait de connaître les opinions de nos deux collègues, mais pour établir la supériorité des résultats d'une méthode nouvelle sur ceux des méthodes anciennes, il faudrait comparer les premiers avec les résultats de la pratique de tous les chirurgiens. Il faudrait alors une comparaison d'un nombre égal de faits. Aussi je n'accepte pas la proposition de M. Verneuil, à savoir que les résultats obtenus par M. Ollier sont supérieurs à tous ceux qui ont été obtenus avant ce chirurgien.

Je me hâte d'ajouter que je ne mêle pas ici à mes observations la question des origines des résections sous-périostées. Cependant je ne puis m'empêcher de faire remarquer qu'il y a des cas où la conservation du périoste est mauvaise, car cette membrane malade produira des os friables et peu solides, sans profit pour le rétablissement des mouvements de l'articulation.

M. VERNEUIL. C'est une constatation de fait. J'ai vu les résultats anciens et je les ai comparés aux nouveaux; les procédés anciens donnaient des membres détestables, où il y avait peu de mouvements. Maintenant que le procédé de M. Ollier a fait ses preuves, c'est aux partisans d'autres procédés à faire les leurs.

M. LEFORT. Les résultats des procédés de M. Ollier sont très-bons. Je conviens que dans les observations anciennes on a obtenu des résultats avantageux de l'ancienne méthode; mais c'était là des cas perdus.

Ce qui m'a frappé dans les résultats des procédés anciens, c'est que le coude nouveau avait des mouvements de latéralité très-prononcés; l'avant-bras avait l'air d'un fléau.

C'est aux travaux de M. Ollier qu'on doit d'obtenir de meilleurs résultats dans les résections; il a appris la manière de ménager les insertions musculaires.

M. CHASSAIGNAC. Mais il ne faut pas intervertir les rôles, c'est aux partisans de la méthode nouvelle à faire leurs preuves. Il faut opposer aux résultats publiés par Textor et Jœger des résultats meilleurs. On ne peut pas dire que les résulats qui ont été vus à Lyon soient supérieurs à tout ce qui a été fait.

M. VERNEUIL. Nous dirons supérieurs à ce que nous avons vu. La manière de pratiquer la résection de M. Ollier est supérieure à celle des autres chirurgiens français.

M. CHASSAIGNAC. Je fournirai des preuves qui établiront que cette supériorité n'est pas aussi réelle qu'on le dit.

M. TRÉLAT. Notre impression n'a pas le caractère d'une démonstration scientifique, mais d'une impression de trois chirurgiens. Nous dirons pour la résection du coude, comme pour l'opération de la cataracte, les nouvelles méthodes donnent de meilleurs résultats que les anciennes. Certes, il faudrait, pour juger, réunir tous les faits se rapportant à l'une et à l'autre méthode. Ce travail se fera certainement, et il a été déjà commencé dans la thèse de M. Painetvin.

M. GIRALDÈS. Pour arriver à un résultat complet, il faudrait que l'on indiquât dans les observations quel était l'état du membre malade au moment de la résection; mais les observations n'ont pas été prises à ce point de vue.

Avant d'établir la supériorité du procédé employé, il faudrait catégoriser les faits et dire quelle était la lésion de l'articulation qui a nécessité la résection. Nous sommes autorisé à faire cette réserve, car nous voyons les résections du coude et du genou par le même procédé donner des résultats différents dans des mains différentes.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Abcès du cerveau, suite de fracture du crâne. — M. POLLAILLON présente une observation relative à ce sujet. (M. Dubreuil, rapporteur.)

La séance est levée à cinq heures.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE

ANNÉE 1872-1873.

MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 21 octobre, à l'amphithéâtre de l'administration, rue du Fer-à-Moulin, nº 17.

Les cours auront lieu tous les jours, à quatre heures, dans l'ordre suivant :

1° *Anatomie chirurgicale.* — M. le docteur Tillaux, directeur des travaux anatomiques, les mardis et vendredis;

2° *Anatomie descriptive.* — M. le docteur ....., prosecteur, les lundis et jeudis;

3° *Physiologie.* — M. le docteur ....., prosecteur, les mercredis et samedis;

4° *Histologie.* — M. Grancher, chef du laboratoire, les mardis et vendredis, à deux heures.

Le *Laboratoire d'histologie* sera ouvert aux élèves pendant toute la durée des travaux anatomiques.

Le *Musée d'anatomie* sera ouvert tous les jours, de une heure à quatre heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — MM. Lépine et Landrieux sont institués chefs de clinique médicale près la Faculté.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Bimar est nommé prosecteur près de ladite Faculté.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Delacroix, professeur de pharmacie et toxicologie, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Reboul, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon, est chargé du cours de pharmacie et toxicologie à l'École de médecine de la même ville.

— *Lycée Descartes.* — M. le docteur Dumontpallier est nommé médecin du lycée Descartes, en remplacement de M. Vigla, décédé.

— *Lycée de Vanves.* — M. le docteur Brongniart est nommé médecin du lycée de Vanves (emploi nouveau).

— *Lycée de Grenoble.* — M. le docteur Charvet, médecin adjoint du lycée de Grenoble, est nomme médecin dudit lycée, en remplacement de M. Robin, démissionnaire.

M. le docteur Allard, chirurgien en chef des hospices de Grenoble, est nommé médecin-adjoint du lycée, en remplacement de M. Charvet.

— *Lycée de Tarbes.* — M. le docteur C. Vignes est nommé médecin-adjoint du lycée de Tarbes (emploi nouveau.)

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 120. — MARDI 15 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 15 OCTOBRE 1872. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL COCHIN. Deux cas de hernie inguinale étranglée avec opération; complication d'épiploïte suppurée dans le premier cas et guérison; mort dans le deuxième cas par étranglement interne; vaginalite consécutive à l'opération dans les deux cas (M. Després). — Du traitement du choléra par l'administration coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses (20 litres et plus dans les vingt-quatre heures) (M. A. Netter). — Variétés : Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx (M. Corlieu). — Association pour l'avancement des sciences. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 14 octobre 1872.

LA GYMNASTIQUE DANS NOS LYCÉES

« Qui (d'un enfant) en veult faire un homme, il ne le fault espargner en cette jeunesse. Ce n'est pas assez de lui roidir l'âme, il luy faut aussi roidir les muscles. » Ainsi s'exprimait Montaigne, entre tant d'autres propositions excellentes, dans son chapitre sur *l'Institution des enfants,* dédié à sa jeune amie Mme Diane de Foix ; l'un des plus charmants traités d'éducation que je connaisse, si ce n'est peut-être celui que Rabelais met dans la bouche de Ponacratès, précepteur de Gargantua.

Ce qui m'a fait relire ces deux admirables « divagations », c'est la circulaire adressée tout récemment par M. le ministre de l'instruction publique aux proviseurs des lycées. Ne vous semble-t-il pas, en effet, si vous avez lu, comme je le présume, cette circulaire, que le ministre a puisé de larges inspirations à la source de ces deux merveilleux esprits ?

Je n'ai ni mission ni qualité pour apprécier ici la valeur de ce document pédagogique, qui a déjà reçu beaucoup d'approbations, mais à qui ne manqueront non plus ni les oppositions ni les critiques. Je n'ai qu'une visée, c'est de signaler à l'attention de nos confrères ce qui peut le plus immédiatement les intéresser dans cette instruction, ce qui concerne l'hygiène et l'éducation physique dans les lycées et autres établissements universitaires de l'enseignement secondaire.

La gymnastique occupe une place importante dans la circulaire ministérielle. Déjà, dès ses débuts au ministère, M. Jules Simon, dans une circulaire aux recteurs, s'exprimait en ces termes : « Je vous supplie de m'aider à introduire la gymnastique d'une façon profitable et sérieuse dans nos habitudes; la santé publique n'y est pas seule intéressée : un enfant qui se porte bien est mieux préparé à l'étude, il est mieux préparé surtout pour les combats de la vie. La morale profite de cette éducation du corps.... »

Ce n'est pas que la gymnastique en fût encore à ses essais dans nos lycées et qu'elle n'eût préoccupé les prédécesseurs de M. J. Simon au ministère de l'instruction publique. On sait les efforts qu'avaient déjà tentés dans cette voie les ministres de Salvandy, Fortoul et en dernier M. Duruy. Les rapports de Bérard en 1854, celui de M. Hillairet en 1866, le décret impérial de 1869, en vertu duquel la gymnastique était déclarée faire partie de l'enseignement des lycées et des collèges communaux et rendue obligatoire pour les écoles normales primaires et pour les écoles primaires qui leur sont annexées, témoignent que l'on n'avait point perdu de vue cette partie essentielle de l'éducation. Cependant si nous parcourons le rapport de M. Vernois sur l'état hygiénique des lycées de l'Empire en 1867, nous y voyons que la gymnastique récemment instituée dans ces établissements n'y est pas toujours bien installée, que les unes, à l'air libre, se trouvent par ce fait hors de service pendant une partie de l'année, qu'un grand nombre sont très-mal tenues ou mal placées, enfin qu'un certain nombre de lycées ou de collèges en sont encore dépourvus. Les leçons d'escrime et les leçons de natation sont facultatives et partant négligées dans beaucoup d'établissements. Mais ce qui mieux que toutes les enquêtes et toutes les statistiques a tristement révélé surtout l'insuffisance de tous les moyens d'éducation physique dans tous les rangs de la société, c'est le peu de résistance à la marche et aux fatigues de la guerre qu'ont montré en général nos jeunes gens pendant la fatale période de 1870-1871 comparativement à la supériorité qu'ont déployée à cet égard les troupes allemandes.

Aussi le ministre, désireux d'instituer la gymnastique d'une manière sérieuse et efficace dans nos établissements universitaires, exprime-t-il de nouveau, dans la circulaire des 2 et 3 octobre, son intention formelle que la gymnastique soit enseignée dans tous ces établissements et rendue obligatoire pour tous les élèves ; et, comme sanction, il entend que les prix de gymnastique qu'on avait pris l'habitude, pour ne pas allonger démesurément la distribution, de décerner la veille et en quelque sorte à huis clos, soient proclamés avec les autres, et qu'on n'omette rien pour les rendre désirables. Le ministre invite les proviseurs à faire tous leurs efforts pour donner à cette branche d'enseignement, si longtemps négligée, une importance proportionnée aux services qu'elle est appelée à rendre.

Dans le même ordre d'idées le ministre recommande comme se rattachant à la gymnastique, — nous dirions volontiers comme y rentrant, — les exercices militaires, l'équitation, l'escrime et la natation.

« L'éducation physique, dit M. J. Simon, est encore à créer en France, tandis qu'en Suisse et dans plusieurs parties de l'Alle-

magne, on a déjà depuis longtemps tiré parti de ces moyens. » Aussi désire-t-il voir établir des rapports nouveaux entre le développement du corps et celui de l'esprit, sans les sacrifier imprudemment l'un à l'autre.

Mais, demandera-t-on peut-être, quels sont les procédés, quel est le système de gymnastique, quelles sont les applications qui peuvent le mieux répondre aux intentions du ministre, et quelles sont ses prescriptions à cet égard ? Les prescriptions spéciales ne pouvaient figurer dans une circulaire. Quant aux instructions sur ce sujet, elles ne manquent pas, elles surabonderaient plutôt. C'est sur le choix judicieux à en faire dans l'application généralisée à tous les élèves des lycées et des colléges et dans les applications spéciales aux divers âges et aux diverses aptitudes, qu'il peut être utile d'appeler sérieusement l'attention et l'étude des médecins de ces établissements, à qui incombent plus particulièrement la surveillance et la direction de cette partie du service scolaire.

C'est à cette recommandation seulement que doit se borner ma tâche pour le moment.

Je me plais à relever aussi dans la circulaire ministérielle ce qui y est dit de l'enseignement de l'hygiène récemment introduit dans les lycées. « Partout où mes instructions ont été suivies à cet égard, dit le ministre, les médecins ont trouvé un auditoire attentif.... Quelques médecins me sont dès à présent signalés comme ayant fait des cours excellents... »

Je ne peux me décider à quitter ce sujet sans annoncer à mes lecteurs la publication toute récente d'un tout petit livre plein de bonnes choses et qui s'y rattache étroitement, car si avant de faire un homme il faut faire un écolier, avant de faire l'écolier il faut former l'enfant. Ce livre a pour titre : *Le premier âge. De l'éducation physique, morale et intellectuelle de l'enfant*, et pour auteur M. le docteur A. Siry. Je reviendrai un de ces jours sur les intéressantes questions qui en font l'objet.

D[r] Brochin.

HOPITAL COCHIN. — M. Després.

Deux cas de hernie inguinale étranglée avec opération. — Complication d'épiploïte suppurée dans le 1er cas et guérison; mort dans le 2e cas par étranglement interne. — Vaginalite consécutive à l'opération dans les deux cas.

(Observation recueillie par M. Dransart, interne du service).

1er *Cas.* — B... (Louis), âgé de 16 ans, potier de terre, entre à l'hôpital Cochin, le 27 juillet, dans le service des baraques (n° 20). Il raconte qu'à la suite d'un effort pour lever un poids, il vit subitement augmenter de volume une toute petite grosseur siégeant à l'aine droite, dont il avait constaté l'existence pour la première fois il y a un mois. En même temps, la tumeur devint douloureuse; il eut des vomissements, des coliques, et depuis le 24 juillet, jour où débutèrent les accidents, le malade n'est pas allé à la selle. Le siége de la tumeur, la nature et la marche des accidents auxquels elle avait donné lieu indiquaient clairement l'existence d'une hernie inguinale droite étranglée. Aussi, après quelques tentatives infructueuses de taxis, M. Després fit, séance tenante, la kélotomie. Le sac contenait une masse épiploïque volumineuse entourant complétement une anse intestinale, le tout présentant une coloration d'un rouge vineux très-prononcé. Il n'y avait aucune autre altération. Le débridement fut fait en dedans sur un collet de sac, l'anse intestinale fut repoussée dans la cavité abdominale, mais la masse épiploïque reçut une ligature et fut fixée par une épingle à l'angle supérieur de la plaie, puis cautérisée. La hernie était dans la tunique vaginale, ou plutôt dans une ancienne hydrocèle congénitale, où la hernie s'était introduite.

Les choses se passaient donc régulièrement, mais il convient de signaler qu'à un moment de l'opération, il y eut, par la plaie, issue de quelques cuillerées d'un liquide séreux un peu sirupeux, jaunâtre. M. Després attira notre attention à ce sujet, en nous faisant observer que ce liquide provenait probablement de la cavité de l'épiploon enflammé. On donna *quinze* grammes d'huile d'amandes douces à l'intérieur, et les selles se rétablirent le jour même.

Le bouillon, la glace, les cataplasmes laudanisés sur le ventre constituèrent la base du traitement, qui fut continué jusqu'à la guérison.

Il n'y eut point de fièvre durant les premiers jours qui suivirent l'opération. Seulement le ventre fut un peu ballonné et sensible pendant quarante-huit heures.

Le 31 juillet, il y eut un léger mouvement fébrile occasionné par l'apparition d'une inflammation de la tunique vaginale, du côté droit. Les bourses, rouges et tuméfiées, se remplirent d'une certaine quantité de liquide.

Le lendemain 1er août, la fièvre avait disparu, la cicatrisation de la plaie se faisait bien ; seulement, on constatait toujours un peu de sensibilité et de dureté dans la paroi abdominale, au-dessus de la plaie.

Les jours suivants, apparut une bronchite subaiguë qui fit monter le pouls à 92 pulsations. Le looch blanc avec le sirop de morphine et les sinapismes sur la poitrine furent mis à contribution.

Le 4 août, eut lieu la chute de l'épiploon. Il restait à sa place un épais bourgeon charnu, et la plaie marchait vers une cicatrisation qui semblait prochaine; mais le ventre était toujours un peu douloureux au niveau de la plaie. A la palpation, on sentait manifestement la présence d'une corde dure, large de plusieurs travers de doigt, au-dessous de la paroi abdominale. L'état général était moins satisfaisant que les autres jours. Le malade toussait davantage, son pouls était plus fréquent (100 pulsations).

Le 5 août. Durant la nuit, après un frisson violent, le pouls monte à 130 et la peau présente une chaleur mordicante; en même temps, le malade se plaint de douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le matin, les phénomènes généraux étaient améliorés; le pansement du malade était baigné par le pus. M. Després en fit sortir la valeur de plusieurs cuillérées à bouche en pressant de haut en bas sur la corde signalée ci-dessus. Le pus était un peu filant, et il faisait issue par une ouverture située au centre du bourgeon qui supportait la masse épiploïque.

Les jours suivants, on fit évacuer le pus de la même façon par des pressions bien douces que l'on réitérait deux fois par jour, cela jusqu'au 16 août. A cette époque, la fièvre avait disparu depuis cinq jours. La suppuration était presque tarie; il ne restait du bourgeon charnu qu'un peu de pus séreux mêlé à quelques bulles d'air. Cet air, bien entendu, provenait de l'extérieur, et c'était grâce aux mouvements de la paroi abdominale qu'il avait pu pénétrer dans la cavité de l'abcès. C'est du moins l'explication plausible que M. Després donne de ce phénomène.

La plaie, agrandie par le contact du pus, fut cautérisée légèrement tous les jours à partir de cette époque, et le 25 août, la cicatrisation étant complète, le malade pouvait se promener avec un pansement compressif en attendant le moment propice pour l'application d'un bandage herniaire.

2e *Cas.* — Le 17 août, alors que notre premier malade était presque guéri, nous recevons encore, dans le service des baraques, au n° 47, un malade atteint d'une hernie inguinale droite étranglée; c'était le nommé D... (Antoine), garçon de magasin, âgé de 34 ans, qui avait été pris des premiers accidents le jeudi soir 15 août. Ce cas se rapprochait tout naturellement du premier, mais il s'en séparait par quelques différences. D'abord, la hernie était un peu plus ancienne ; le malade s'en était aperçu il y a quatre mois ; en outre, c'était spontanément que la tumeur était devenue douloureuse et avait donné lieu aux phénomènes d'étranglement intestinal : hernie douloureuse, vomissements, coliques et absence de selles.

Enfin le malade présentait, dans ses antécédents, une particularité intéressante à noter dans l'espèce. Il avait été traité, il y a quatre mois, par M. Panas, d'un hydrocèle, pour lequel on n'aurait pas employé les injections iodées. C'est à cette époque qu'on lui fit remarquer l'existence de sa hernie, dont l'origine peut être supposée plus ancienne.

Notons de plus que c'est trente-six heures après le début des accidents que M. Després procéda à l'opération de cette hernie, circonstance qui semblait devoir rendre ce deuxième cas plus favorable encore que le premier.

L'opération se fit exactement dans les mêmes conditions. On constata la présence d'une entéro-épiplocèle analogue à la précédente, avec cette différence que l'épiploon et l'intestin étaient moins enflammés, moins noirâtres. Il y eut, à l'ouverture du sac, issue d'une assez grande quantité de liquide péritonéal. En outre, ce qui donne à ce cas un certain intérêt, c'est que la cavité du sac communiquait à plein canal avec la cavité de la tunique vaginale, comme dans le premier cas; en sorte que, par la plaie, on pouvait introduire son doigt, pénétrer dans la cavité vaginale et toucher le testicule avec la plus grande facilité. Comme précédemment, M. Després réduisit l'intestin et fit la ligature de l'épiploon, qu'il fixa à l'angle supérieur de la plaie.

On donna au malade *dix* grammes d'huile d'amandes douces, bouillon, glace, etc.

Le soir de l'opération, le malade n'avait pas été à la selle; les coliques étaient fortes et répétées; avec cela, un peu de hoquet, mais pas de fièvre.

Le lendemain 18 août, apparition de vaginalite, persistance des coliques et de la constipation. Pouls à 80.

Le soir, pouls à 92; ventre un peu sensible.

Le 19 août. *Dix* grammes d'huile simple à l'intérieur sans aucun résultat. Il devient évident que la péritonite complique l'étranglement.

Le 20 août, la constipation résiste à *trente* grammes d'huile de ricin. Un grand vésicatoire est appliqué sur le ventre.

Enfin, le 21 août, le malade meurt au milieu des symptômes de péritonite et d'étranglement interne. La veille, M. Després soupçonnait une persistance de l'étranglement. Il avait introduit profondément son doigt dans la plaie et avait essayé d'atteindre la cause qui faisait persister les phénomènes d'étranglement.

A l'autopsie : léger épanchement péritonéal à quelques grumeaux, indiquant une péritonite légère. On trouve, au-dessus de l'orifice péritonéal du canal inguinal, l'anse intestinale herniée étranglée assez fortement par une corde blanchâtre assez dure se détachant de l'épiploon et aboutissant à l'orifice du canal inguinal.

L'anse intestinale est beaucoup plus altérée qu'elle ne l'était au moment de l'opération. Sa coloration est plus noirâtre, et, au niveau de l'étranglement, ses parois sont amincies au point qu'une très-légère pression les perfore. Si l'on examine la cavité du sac, ou plutôt la cavité vaginale, car l'intestin se trouvait manifestement logé dans cette dernière, on la voit traverser le canal inguinal et remonter dans une étendue de 4 à 5 centimètres jusque dans la fosse iliaque, où elle se termine par un cul-de-sac fermé de toutes parts sans communication avec la cavité péritonéale. Le canal inguinal, dans ce cas, était considérablement déformé, et ses deux orifices étaient dans le même axe; la portion abdominale et la portion scrotale de la cavité vaginale se continuaient en ligne directe. Nous avions affaire ici à une variété d'hydrocèle en bissac dont la paroi s'était laissé perforer par une entéro-épiplocèle qui était venue s'y loger.

Réflexions.— Ces deux hernies sont des exemples de hernie dans la tunique vaginale. Dans le second cas, le fait a été évident pendant l'opération et à l'autopsie. Dans le premier cas, la vaginalite a révélé le siége de la hernie. Ces deux hernies étaient récentes (quatre mois et un mois). M. Després nous expliquait ainsi le mécanisme probable de ces hernies. Au moment d'un effort l'intestin forçait l'orifice rétréci du collet de l'hydrocèle en communication avec la cavité péritonéale. Les efforts nouveaux complétaient la hernie. Pour un des cas, cela est incontestable.

Le deuxième malade avait eu une hydrocèle en communication avec le péritoine, puisque M. Panas y avait fait une ponction simple, et puisque c'est après la guérison de l'hydrocèle que la hernie s'est effectuée. Notons encore cependant ce fait singulier que l'orifice qui donnait passage aux intestins n'était pas à la partie la plus reculée de la poche qui représentait le sac, mais bien au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Il faudrait, pour expliquer une pareille situation, supposer, ainsi que le pense M. Després, que la hernie était une de ces hernies désignées sous le nom de hernies de force par Malgaigne, et qu'elle était due à une rupture de la paroi de l'hydrocèle ancienne au niveau de l'anneau ou à la dilatation de l'orifice de communication de l'hydrocèle avec la cavité péritonéale, et que, dans ce cas, le cul-de-sac qui s'étendait au loin était un vestige d'une ancienne prolongation de l'hydrocèle dans la paroi abdominale.

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA

PAR L'ADMINISTRATION, COUP SUR COUP, D'ÉNORMES QUANTITÉS DE BOISSONS AQUEUSES (20 LITRES ET PLUS, DANS LES VINGT-QUATRE HEURES) (1).

Par M. A. Netter.

Toutes les observations de Tourrette se ressemblent, à quelques nuances près : cyanose généralisée, prostration... administration de verres d'eau *de dix en dix minutes*, rétablissement de la chaleur au bout d'une douzaine d'heures, convalescence le lendemain, guérison le troisième ou le quatrième jour. Or ces observations ne diffèrent de celle de M. Lorain que par le degré de rapidité, non pas dans la marche progressive de l'amélioration, mais seulement quant au moment où un premier mieux apparaît. Je m'explique. Tandis que le malade de M. Lorain est sorti instantanément de sa prostration, aussitôt l'injection d'eau faite, il se trouve que chez les sujets traités par Tourrette, il a fallu quelques heures d'attente ; mais une fois ici le mieux ayant de même surgi, la marche dans le progrès se trouve avoir été semblable : commencement de convalescence le lendemain, guérison du troisième au quatrième jour. Reportez-vous aux deux observations que j'ai rapportées comparativement et voyez si j'exagère. Comment du reste en serait-il autrement? M. Lorain a ressuscité instantanément son moribond en injectant rapidement une quantité suffisante d'eau dans les veines? Chez les malades de Tourrette, buvant l'eau par verres, de dix en dix minutes au plus vite, l'absorption a dû être plus lente, mais une fois le sang, ici encore, liquéfié, l'évolution ultérieure a naturellement été semblable.

Une première conséquence à tirer de cet examen comparatif est que l'opération de M. Lorain, du moins comme opération chirurgicale, aura sans doute été superflue, attendu que Tourrette a réussi trente-deux fois dans des cas aussi graves et tout simplement en faisant boire. Hâtons-nous d'ajouter que l'opération de M. Lorain n'en restera pas moins acquise, mais comme une brillante expérience illuminant la question de la clarté la plus vive.

---

(1) Voir les numéros des 3 et 8 octobre.

L'examen comparatif des faits produits par ces deux médecins conduit encore à une autre conclusion, bien inattendue, quoiqu'à mon avis également immédiate. Dans la période de la cyanose généralisée, alors que la vie paraît près de s'éteindre, je dis que les tissus organiques, à part l'eau qui leur manque, conservent toute leur intégrité. Les tissus sont à la vérité secs, serrés les uns contre les autres, ratatinés, mais intègres et pleins de vie. Vous amenez l'eau et de même que vous revivifiez une plante desséchée en l'arrosant, de même vous ressuscitez les cholériques. Rappelez-vous le malade de Tourrette, ressuscitant, d'un jour à l'autre, après avoir reçu l'extrême-onction et le moribond de M. Lorain, assis dans un fauteuil le lendemain de son entrée à l'hôpital. De là des corollaires de la plus haute importance pour la pratique. Quand nous rencontrerons un cholérique tellement prostré qu'il n'aura plus la force de boire, introduisons-lui de l'eau avec une sonde œsophagienne. Sous les couches extérieures qui sont glacées, la vie peut exister profondément, vie latente, et si l'on considère les mouvements notés sur les cadavres mêmes des cholériques et la manière dont ils se réchauffent, *post mortem*..., je ne veux pas en dire davantage; mais en temps d'épidémie, avant de signer précipitamment les certificats de décès, moi j'injecterai de l'eau avec une sonde œsophagienne, et j'attendrai.

Et maintenant me reportant à mes expériences personnelles, instituées avant la généralisation de la cyanose, pendant la période même des vomissements, qu'ai-je fait? Si le choléra, comme on le croit communément, est un empoisonnement, il va de soi qu'en activant les vomissements, je n'ai pu qu'aider à l'élimination du poison. Qu'il y ait infection primitive du sang ou bien que primitivement l'agent morbide réside sur ou dans la muqueuse gastro-intestinale, plus ou moins libre à sa surface ou adhérant au tissu, forcément en activant les vomissements, j'ai dû agir dans le sens de la nature, et dans l'une comme dans l'autre des hypothèses, j'aurais aidé la nature à *détacher* le ferment de la muqueuse, à *laver* celle-ci comme on disait anciennement, ou à *délayer* le poison dans une grande quantité d'eau, ou pour le moins j'en aurais favorisé l'expulsion. Au surplus peu importe tout cela. Ce que je fais certainement en versant sans cesse de l'eau dans le tube digestif, nonobstant les vomissements, c'est de préparer et maintenir quand même dans l'organisme un *réservoir d'eau*, de sorte que les vomissements venant à se calmer, au premier moment favorable pour l'absorption, veines et lymphatiques peuvent aspirer l'eau tout de suite; aussi, comme je l'ai montré, l'amaigrissement est remplacé par une sorte d'embonpoint ou turgescence des tissus avant toute alimentation. De cette manière, je dissipe la cyanose à son début même, je fais avorter la maladie pendant la période même des vomissements, et comme l'a dit Rougnon de Magny, avec l'administration coup sur coup de boissons aqueuses dans cette période, le pouls se relève et le malade se sent renaître à mesure qu'il se donne la question. Les faits que j'ai produits, ceux de M. Richelet, ceux de M. Jacquer confirment cette assertion.

(Je soutiens des paradoxes, vient de dire M. Tartivel! Eh! tout dépend du point de vue d'où l'on juge les choses. Quel est le vôtre? Je vais vous le dire. La maladie est un empoisonnement, et vous ne pensez qu'à supprimer la diarrhée et les vomissements, phénomènes naturels d'élimination! La soif est le cri de l'organisme réclamant l'eau qui manque, et vous étouffez le cri avec de petits morceaux de glace! Il y a plus. Pour réchauffer les cholériques, vous les frottez, les droguez de mille manières, et vous oubliez que le sang circulant peut seul ramener la chaleur, et le sang est figé en gelée de groseille! Tous vos efforts tendent à faire circuler, à *faire couler* du sang solidifié, sans le liquéfier préalablement! Je l'ai dit en 1865 dans la *Gazette de Strasbourg*, semblable manière de procéder rappelle la fable de la *Lanterne magique*, où tout avait été disposé, tout, tout, hormis en un point, le pauvre singe ayant omis d'allumer; comme lui a oublié le feu, de même ici la médecine symptomatologique oublie l'eau: et c'est moi qui soutiens des paradoxes! Poursuivons notre tâche).

On voit des cholériques gravement atteints, dira-t-on, guérir sans avoir reçu de remèdes quelconques, ni eau, ni autre chose; oui, mais alors, après avoir passé par les périodes successives des vomissements et de la cyanose généralisée, ils arrivent à une troisième période dite *période de réaction*, fort orageuse, comme l'on sait. Qu'est-ce que cette période? Rien de plus simple. Dans le choléra, toute l'eau du corps se dirige vers le tube digestif, comme si la nature voulait éteindre là un incendie. Cela est si vrai que la maladie survenant chez des hydropiques, les collections séreuses disparaissent comme par enchantement. Remarquez que le sérum quitte le tissu cellulaire, non pour fluer vers les reins ou la peau, organes ordinaires de l'élimination; non, c'est vers le tube digestif que le courant est uniquement attiré. Tel est le fait. Quand donc un cholérique gravement atteint guérit spontanément, c'est que, d'une part, grâce aux vomissements et aux selles, le poison se trouve avoir été éliminé d'assez bonne heure, et d'autre part la transsudation abdominale a dû cesser avant que les pertes en sérum eussent dépassé certaines limites. Alors le courant anormal s'arrête, le sérum restant est résorbé dans l'intérieur de l'organisme, revient liquéfier le sang, et en rétablissant la circulation, ramène partout la chaleur; oui, mais comme les pertes en sérum ont été considérables, la quantité restante remplit difficilement le rôle, et de là, dans divers tissus de l'organisme, des *irritations*, des *congestions*, des *inflammations*, des *états typhoïdes*, ces derniers phénomènes étant dus sans doute à des débris de sang figé, qui n'ont pu revenir à la vie. Ce dernier point laissé de côté, voulez-vous la preuve, et une preuve expérimentale que les choses se passent ainsi? vous l'avez encore dans l'opération de M. Lorain, avec laquelle concordent les observations de M. Tourrette.

Ni le malade de M. Lorain, ni ceux de Tourrette n'ont passé par les phases des irritations, congestions, inflammations. Cyanosés complétement la veille, ils sont entrés en convalescence le lendemain, par simple addition d'eau au sang. Donc, dans les cas graves qui se terminent spontanément par la guérison, la période dite de *réaction* se caractérise par le rétablissement de la circulation, mais avec insuffisance d'eau.

N'oublions pas de faire remarquer que si M. Lorain et Tourrette ont fait ainsi avorter le choléra pendant la période de la cyanose généralisée; moi, avec la méthode ancienne, préparant et maintenant le réservoir d'eau déjà pendant la période des vomissements, j'arrête le mal bien plus tôt, puisque je dissipe la cyanose à son début. On le voit, dans cette manière d'envisager les choses, les faits concordent les uns avec les autres.

Cependant, entre le fait produit par M. Lorain et les observations de Tourrette, il y a une petite différence sur laquelle je dois appeler l'attention. Tandis que l'opéré de l'agrégé de la Faculté de Paris, deux ou trois heures après l'injection d'eau dans les veines, a vomi abondamment, il se trouve que les malades de Tourrette, ayant reçu l'eau par le tube digestif, n'ont pas vomi du tout, aucun d'entre eux. Avant de tomber dans la cyanose généralisée, ils avaient eu de fortes évacuations de ce genre, mais elles ne se sont pas renouvelées pendant le traitement. Voici peut-être l'explication de cette différence.

Chez le malade de M. Lorain, le poison n'aura pas été éliminé en totalité par les vomissements antérieurs, et l'injection subite de 400 grammes d'eau ayant ramené un peu de force, les vomissements se seront passagèrement reproduits, tandis que chez les malades de Tourrette, l'élimination antérieure a pu avoir été complète, ou bien, ce que je croirais plutôt, l'eau introduite par verres successifs dans le tube digestif, aura lavé peu à peu la muqueuse, avec évacuations par les selles.

Il me reste à dire en quoi Tourrette a fait fausse route, au point qu'ayant repris ses expériences en 1865, à Marseille, il a échoué ; car l'infortuné a succombé lui-même au fléau. Parce que, sous l'influence de son traitement les malades cyanosés ont guéri sans plus vomir de nouveau, Tourrette a attribué l'absence du phénomène à la température de l'eau qu'il faisait boire, tombant ainsi à son tour dans le préjugé général. A ses yeux, l'eau froide, l'eau de puits, est dans le choléra un antivomitif, et ce serait là un des grands avantages de ce remède. Tourrette redoutait pour ses malades les vomissements, et il ordonnait aux gardes-malades de suspendre le traitement si ce symptôme devait se produire (voir sa brochure, page 10), tant sa conviction là-dessus était profonde. Que l'on se figure maintenant Tourrette expérimentant dans cette idée à Marseille. De deux choses l'une, ou bien il aura arrêté les vomissements avec de l'eau peut-être glacée, et ainsi il aura, comme on dit, enfermé le loup dans la bergerie ; ou bien les vomissements se seront produits nonobstant son traitement, et alors Tourrette a dû, selon ses recommandations antérieures, faire suspendre la médication. Dans l'un ou l'autre cas, il a dû avoir été désorienté par les faits qui sont contraires à son idée, et, pris de chagrin, il sera devenu la victime du fléau. Je le répète, les vomissements n'ont pas plus de gravité que ceux du mal de mer, et dans le traitement par l'eau, il faut cesser de confondre la question de température avec celle de quantité.

Mais, dira-t-on encore, si le traitement du choléra est chose aussi simple, comment à l'origine de nos épidémies modernes, en 1817, dans l'Inde, les médecins, qui étaient cependant de nationalité anglaise, conséquemment les sectateurs nés de Sydenham, comment n'ont-ils pas pratiqué d'emblée le lavage prescrit par le maître? N'est-il pas probable qu'ils auront tout d'abord eu recours à ce traitement et ne l'auront abandonné qu'après avoir échoué?

C'est ici que j'aurai encore à faire connaître de curieuses choses.

(A suivre.)

VARIÉTÉS

Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx.

Par M. le docteur L. Mandl (1).

Bien que le livre de M. Mandl contienne plus de 800 pages de texte, 7 planches coloriées et 164 figures, il paraît n'être qu'un programme, tant il contient de matières et tant son plan est méthodique.

Cet ouvrage est divisé en cinq parties : — Anatomie, — laryngoscopie, — physiologie, — pathologie et thérapeutique générales, — pathologie et thérapeutique spéciales.

C'est avec intention que nous passons vite sur la première partie, bien qu'elle contienne des notions fort importantes, et qu'elle soit l'une des bases sur lesquelles repose toute la laryngo-pathologie. L'auteur y signale, outre les trois mouvements connus des os du larynx, un mouvement spécial que les cartilages aryténoïdes peuvent exécuter sur la surface articulaire du cricoïde. Ce quatrième mouvement nous paraît avoir été décrit pour la première fois par M. Mandl : il a pour résultat de permettre l'occlusion de la portion cartilagineuse de la glotte par le déplacement de bas en haut et de haut en bas des cartilages aryténoïdes sur la surface articulaire du cricoïde. M. Mandl donne le nom de *mouvement médian* à ce phénomène qui était passé inaperçu jusqu'à ce jour.

(1) Un vol. in-8°, relié à l'angl. Chez J.-B. Baillière ; 18 fr.

La connaissance approfondie de la physiologie et de la pathologie du larynx est née d'hier, et c'est l'examen direct qui a ouvert ce nouvel horizon.

On croirait assez volontiers que la laryngoscopie nous arrive encore de la Prusse. Dieu merci ! il n'en est rien. Bien que les Prussiens soient passés maîtres à *prendre* leur bien partout où ils le *trouvent*, à s'approprier tout ce qu'ils touchent, ils n'ont rien à revendiquer de ce côté, car c'est un artiste bien connu, c'est Garcia, le frère de Mmes Malibran et Pauline Viardot, qui eut le premier, en 1854, l'idée d'examiner son larynx à l'aide d'un petit miroir de dentiste ; puis le Viennois Turck réitéra ces tentatives à l'aide de la lumière solaire ; Czermak, de Pesth, n'est venu qu'après Garcia et Turck ; mais il concentra la lumière à l'aide d'un miroir concave. C'est donc en Angleterre que la laryngoscopie a pris naissance : puis son berceau fut transporté à Vienne. Ce n'est qu'en 1860 que Czermak vint à Paris et publia son livre sur le laryngoscope (1).

Battaille, professeur au Conservatoire de musique, qui après avoir été interne en médecine des hôpitaux de Nantes est devenu l'excellent chanteur que nous avons tous connu, s'est cru, comme ancien élève en médecine et comme professeur de chant, obligé d'étudier scientifiquement la phonation, et présenta en 1861, à l'Académie des sciences un mémoire qui ne manque pas d'originalité : mais ce mémoire a un grand défaut, c'est que s'il repose sur l'observation, il repose sur l'observation d'un seul individu, de Battaille lui-même. Quoique signé de Battaille seul, ce mémoire était dû aussi à la patiente et modeste collaboration de M. Em. Janvier, étudiant en médecine, compatriote et ami de l'artiste. Que M. Janvier ne me garde pas rancune si je dévoile son nom, je ne fais que lui rendre ce qui lui appartient et ce que Battaille avait voulu faire.

MM. Moura et Fournié, à Paris, ont aussi apporté leur contingent à la laryngoscopie.

M. Mandl explique longuement, dans la troisième partie, la physiologie de la phonation, la formation des sons glottiques ou inarticulés et des sons pharyngés ou articulés.

La quatrième partie comprend la pathologie et la thérapeutique générales. Envisagées sous ce point de vue, les affections du larynx sont divisées en deux grandes classes, qui sont les troubles des fonctions de nutrition et les troubles des fonctions de relation.

Par fonctions nutritives, l'auteur comprend les troubles de la circulation, selon qu'il y a hypohémie, hyperhémie, parhémie ; — les troubles de formation ou de configuration ou *plasies*, selon qu'il y a hypoplasie ou atrophie, hyperplasie ou hypertrophie, et paraplasie ou tubercules, cancer, gomme, etc.

Dans les maladies du larynx affectant les fonctions de relation, nous trouvons les troubles de la sensibilité (hypoesthésies, hyperesthésies, paresthésies), et les troubles de la motilité (hypokinésies ou aphonie, hyperkinésies ou spasmes, parakinésies ou bégaiement).

A part l'étymologie grecque, nous retrouvons là la classification si méthodique de Rostan, qui considérait les maladies comme des lésions organiques par lesquelles les fonctions étaient augmentées, diminuées, abolies, perverties.

Dans la physiologie pathologique, M. Mandl explique les altérations de la voix par l'application des phénomènes physiologiques normaux.

Dans la thérapeutique générale, nous rencontrons le même es-

(1) *Du laryngoscope*, etc. 1 vol. in-8°. Chez J.-B. Baillière, 1860, 3 fr. 50.

prit méthodique que nous avons remarqué dans tout l'ouvrage. Tout nous y semble à sa place : traitement interne, traitement externe. Le premier occupe une centaine de pages, et ce ne sont pas les moins intéressantes.

On trouve, dans M. Mandl, des idées qui sont sinon neuves, mais tout au moins étranges au premier abord. Il les explique, et la légende thérapeutique disparaît.

M. Mandl n'est pas partisan de la pulvérisation des liquides. Il ne croit pas que les liquides pulvérulents puissent pénétrer dans la cavité laryngée. On sait que l'opinion contraire a été soutenue éloquemment et scientifiquement, et les échos de la rue des Saints-Pères retentissent encore des discussions qui ont eu lieu à ce sujet. On est libre de s'inscrire contre l'opinion de M. Mandl, qui ne nous paraît ni despote, ni ennemi de la controverse. Il nous fait cependant assister à la revue de tous les pulvérisateurs, et ils sont nombreux. Quant à lui, il donne la préférence au badigeonnage, et les agents thérapeutiques qu'il emploie sont l'iode et l'acide phénique, le plus souvent dissous dans la glycérine.

La cinquième et dernière partie comprend la pathologie et la thérapeutique spéciales. C'est une partie extrêmement intéressante pour le praticien, et, ce qu'il ne faut pas omettre de signaler, c'est que la thérapeutique y est traitée avec tous les détails qu'elle comporte.

M. Mandl s'élève contre les affections laryngiennes dites *diathésiques*. Il n'y croit pas, quoi qu'en aient dit Barthez, Chomel, Guéneau de Mussy, Gigot-Suard. Pour lui, l'angine granuleuse, si bien décrite par M. Guéneau de Mussy, est une affection toute locale qui peut être guérie radicalement par le traitement local. Quelle que soit la compétence de M. Mandl, si j'étais affecté d'une semblable maladie, je ne ferais pas fi du traitement local; cependant j'irais demander aux Eaux-Bonnes, à Cauterets, au Mont-Dore, à la Bourboule, la guérison de ma maladie; mais, assurément, je n'irais pas en Allemagne.

Il ne faut pas croire pour cela que l'auteur aît négligé de parler de la thérapeutique thermale ; l'hydrothérapie y occupe une large place.

Dr A. Corlieu.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1)

Irritation spinale.

M. Armaingaud a fait une étude sur l'irritation spinale qui l'a conduit à formuler les conclusions suivantes :

Au point de vue théorique, l'irritation spinale peut présenter trois formes :

a. Irritation spinale hyperesthésique ou névralgique, qui comprend trois variétés : mononévralgique, polynévralgique, névralgique générale;

b. Irritation spinale; névralgique et vaso-motrice;

c. Irritation spinale vaso-motrice.

Au point de vue pratique, l'auteur appelle l'attention sur l'existence du point apophysaire dans les névralgies, celles-ci étant justiciables d'un traitement local qui consiste en applications révulsives sur la région de la colonne vertébrale.

Nature et traitement du glaucome aigu.

M. Le Fort a exposé des vues nouvelles sur la nature et le traitement du glaucome aigu.

Pour M. Le Fort, le glaucome est tout simplement une hydropisie qui se fait entre la choroïde et la sclérotique. La choroïde est pour lui une véritable séreuse, qui, de même que la plèvre, le péritoine, peut être le siége d'un épanchement.

Le résultat pratique à en tirer est celui-ci :

Dans tous les cas de glaucome aigu, ponctionner le foyer de l'épanchement. Pour cela introduire un trocart capillaire à travers la sclérotique, au-dessous ou à côté du cercle cornéen; le liquide évacué, la maladie disparaîtra.

Histologie pathologique dans la folie.

M. Aug. Voisin a communiqué une série d'études d'histologie pathologique dans la folie simple. Il a montré à l'assistance des planches représentant des cerveaux d'aliénés atteints de lypémanie, de folie sensorielle, de démence, et démontrant que même dans le cas où la maladie est le résultat de causes essentiellement morales, il se produit des altérations des vaisseaux et des cellules du cerveau : altérations athéromateuses, dilatations ampullaires, anévrysmes miliaires des artères, hypérémie, etc. — Les diverses formes de délire et de folie peuvent coïncider indistinctement avec chacune de ces altérations. — Enfin, la folie n'est pas, ainsi qu'on a pu longtemps le dire, faute d'études anatomiques suffisantes, une affection *sine materia*, elle s'accompagne toujours d'altérations des centres nerveux.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— Une lettre écrite par M. le docteur Herpin (de Metz) au rédacteur en chef de la *Gazette médicale* de Paris, donne les renseignements suivants sur la situation actuelle du corps médical de Metz :

Avant le blocus, le corps médical de Metz comptait 36 médecins. Scoutetten, Félix Maréchal, Warin, Crespy ont payé leur dévouement de leur vie; beaucoup d'autres tombèrent dangereusement malades. Après l'annexion, l'émigration médicale commença, précédant le flot de cette immense émigration qui devait faire tomber la population de 49,000 à 16,000. C'est à peine s'il est resté à Metz quelques-uns de nos confrères, que l'âge et l'habitude retiennent au foyer où s'est passée leur existence médicale.

La Société des sciences médicales, après avoir adressé à Nancy ses archives et sa bibliothèque, s'est ajournée à des temps meilleurs.

L'association départementale s'est transportée dans la partie de la Moselle restée française. Puis, chacun a pris son vol, s'arrêtant, les uns ici, les autres là, sans autre souci que celui de n'être pas Prussien.

— Un avis du président supérieur de l'Alsace, daté du 26 août 1872, fixe au 30 septembre la date à laquelle les écoles spéciales de médecine et de pharmacie existant à Strasbourg sous le nom de Faculté de médecine et d'École supérieure de pharmacie cesseront de fonctionner. Cesse en même temps le privilége accordé à ces établissements de procéder à des examens et de délivrer des certificats de capacité.

Ainsi se sont évanouies les espérances de ceux qui avaient essayé de fonder en Alsace une École de médecine destinée à recruter ses élèves parmi les Alsaciens et les Lorrains et à délivrer des diplômes spéciaux pour exercer la médecine dans les pays annexés.

— *Cours de médecine pour les femmes en Russie.* — Les nouveaux cours pour les femmes viennent de s'ouvrir à la Faculté de médecine de Saint-Pétersbourg; l'affluence a été si grande, dit la *Nouvelle Presse libre*, que l'administration de l'Université s'est vue forcée de clore la liste des inscriptions, et sur les 300 étudiants de l'autre sexe déjà inscrits naturellement, avec certificats d'examen, il n'a été immatriculé que soixante-dix noms pour le premier cours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Drache, décédé à Levallois-Perret dans sa 63e année.

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 septembre et 8 octobre 1872.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 5 au 11 octobre 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	»	»	»	»
Rougeole	3	1	4	7
Scarlatine	»	»	»	2
Fièvre typhoïde	21	10	31	22
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	2	1	3	6
Bronchite aiguë	20	2	22	14
Pneumonie	19	9	28	46
Dysentérie	8	»	8	9
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	4	5	9	11
Choléra nostras	1	»	1	2
Choléra asiatique	»	»	»	»
Angine couenneuse	4	2	6	7
Croup	5	9	14	11
Affections puerpérales	9	7	16	9
Autres affections aiguës	175	48	223	232
Affections chroniques	211	85	296 *	322
Affections chirurgicales	26	17	43	60
Causes accidentelles	19	»	19	14
Totaux	527	196	723	774

LONDRES. — Population, 3,311,298 h. — Décès du 29 septembre au 5 octobre 1872 ... 1,276

Variole, 10. — Rougeole, 9.— Fièvre scarlatine, 20.— Coqueluche, 31. — Fièvre typhoïde, 25. — Diarrhée, 50. — Bronchite, 134. — Pneumonie, 81. — Croup, 20.

* Sur ce chiffre de 296 décès, 149 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 18 octobre 1872, à 3 heures et demie très-précises, *au Cercle des Sociétés savantes*, 64, rue Neuve-des-Petits-Champs.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° lecture du rapport de la commission chargée des questions administratives ; 3° rapport de M. Gillette sur la candidature de M. Péry (de Bordeaux) au titre de membre correspondant ; 4° communications diverses.

— M. le docteur Ch. Abadie, ancien interne des hôpitaux, a commencé des conférences publiques et gratuites d'ophthalmologie le lundi 14 octobre, à 1 heure, à son dispensaire, rue Séguier, 17. Ces conférences continueront les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

—

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

De l'Érythème noueux dans certaines maladies, par le docteur BÉS. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude critique au point de vue chimique et physiologique, par le docteur BLAQUART. — In-8°. Prix : 2 francs. Paris, Adrien Delahaye.

De l'obstruction des voies lacrymales, par le docteur NAUDIER. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'ivrognerie et des moyens de la combattre, par le docteur BURILL. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adien Delahaye.

Du scorbut, épidémie observée pendant le siége de Paris, par le docteur GEORGESCO. — In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Essai sur la diurèse et les diurétiques, par le docteur VERDUN In-8°. Prix : 1 fr. 75. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7[illegible]0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre....................	1.33
Silicate acide } sesqui-oxyde de fer	
Arséniate » } sesqui-oxyde de fer	
Phosphate » } sesqui-oxyde de fer	
Sulfate » } sesqui-oxyde de fer	0.44
— de chaux........................	
Chlorure de sodium..................	
Matières organiques..................	

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES ET DE LA PEAU

GRANULES ET BAINS

SULFUREUX, DITS SULFO-ACIDULES

DE THOMMERET-GÉLIS

Employés dans les hôpitaux et prescrits par les sommités médicales comme remplaçant les eaux **sulfureuses naturelles** pour boisson et bains. — Traitement plus facile et moins coûteux. Un granule représente un verre d'eau **sulfureuse** et se prend comme pilule ou dissous dans l'eau, pour boisson, gargarisme ou pulvérisation. Le flacon de 50 granules, 2 fr. *franco* par la poste. Bain, 1 fr.; 6 flacons, 5 fr. Pharm, 32, *faubourg Montmartre*, Paris, dépôt du **SHERRY-KINA**, le meilleur tonique, la bouteille, 4 fr., dans toutes les pharm.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlrorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et C[e], 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharm[s].

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes « les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 dé- « cigrammes (une ou deux mesures) pris au prin- « cipal repas, dans la première cuillerée de soupe, « constituent le mode d'emploi des ferrugineux le « plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique* ;

2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;

3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES

A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 54, Paris.

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel-Reboulleau est paradrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

LA CONSTIPATION

guérie en quelques jours sans purger par les pilules de Podophylle Coirre, 24, rue du Regard, Paris. — 3 fr. la boîte. — Pour en faciliter l'essai, envoi *franco* aux médecins contre 50 centimes.

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL

A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN**, Pharmacien. Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement des **affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes, des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'Eucalyptol (*Essence pure d'Eucalyptus*). — PILULES. — ALCOOLATURE. — CIGARES. — CIGARETTES. — SIROP. — VIN. — BAUME. — LIQUEUR DIGESTIVE, ETC.

Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné à A. NATIVELLE, pharmacien

POUR LA DÉCOUVERTE

DE LA DIGITALINE CRISTALLISÉE

La digitaline cristallisée, dit M. le professeur Vulpian, étant une substance définie que l'on peut obtenir constamment identique, on peut en doser l'action, **ce qui est à peu près impossible lorsqu'il s'agit de la digitaline de MM. Homolle et Quevenne,** substance d'énergie forcément variable, suivant les diverses circonstances de la récolte des plantes et de la préparation.

Dans la plupart des cas, dit M. Marrotte, un milligramme par jour suffit pour amener, au bout de trois, quatre ou cinq jours, une action marquée sur la circulation. Les battements du cœur deviennent plus lents, plus réguliers, plus énergiques. (*Rapport de l'Académie de médecine* du 23 janvier 1872.)

Le médecin a donc aujourd'hui à sa disposition un principe cristallisable, par conséquent défini, qu'il peut doser avec exactitude et dont il est possible désormais de mesurer l'action physiologique, toxique et thérapeutique. **La digitaline n'avait pas encore été obtenue à l'état cristallisé.** On peut dire qu'elle n'était pas connue. (*Rapport de M. Béclard, secrétaire de l'Académie de médecine, dans sa séance solennelle de* 1872.)

Le flacon de 60 granules : 3 francs ; 1 à 4 par jour.

Le flacon de 250 grammes : 3 fr. 50. Une petite mesure est adaptée à chaque flacon, dosant exactement un quart de milligramme comme dans les granules. Ce sirop, étendu d'eau et donné à doses réfractées, est le plus sûr, le plus facile diurétiques, n'amenant aucun trouble des voies digestives.

Pharmacie ADRIAN, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les pharmacies. Exiger la signature de l'auteur. Se défier des contrefaçons.

N° 121. — JEUDI 17 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 17 OCTOBRE 1872. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans le Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois.	8 fr. 50 c.	
Six mois.	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. Ophthalmie grave (Conjonctivite ulcéreuse ; kérato-iritis avec hypopion). — Blépharite ciliaire à répétition. — Ulcères multiples de la cornée par obstruction des voies lacrymales (M. Fieuzal). — Éclampsie ; cessation brusque des accès après une injection hypodermique d'atropine et de morphine (M. Divet). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Nouvelle. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La question de la septicémie s'élargit, bien que la discussion n'en soit encore qu'aux préliminaires et qu'elle se passe en conversations jusqu'à présent. Les expériences dont M. Bouley a sommairement rendu compte tendraient, non point à infirmer, mais à restreindre la portée des conclusions à tirer des expériences de M. Davaine, en les circonscrivant aux espèces sur lesquelles on a agi. Elles justifieraient ainsi les réserves que M. Bouley avait faites lors de la lecture de la première partie du travail de son collègue. De son côté, M. Davaine n'accepte pas comme probants les résultats des expériences de M. Bouley, vu le peu de temps écoulé et la possibilité de voir survenir des accidents au delà du terme trop court de l'observation. Mais M. Colin, qui fait en ce moment des expériences dont il se propose de communiquer prochainement les résultats à l'Académie, a confirmé le dire de M. Bouley, en rappelant qu'il n'était jamais parvenu à transmettre la septicémie chez les grands animaux, quelque élevée que fût la dose de matières putrides préalablement injectées ou introduites par quelque voie que ce soit dans l'économie.

La question en est là. Il faut attendre, avant de se prononcer, que l'étude qui se poursuit en ce moment de plusieurs côtés soit terminée. Mais on peut, en attendant, comme l'a très à propos fait remarquer M. Verneuil, pressentir l'importance que pourrait avoir cette étude bien dirigée, au point de vue de l'histoire de la septicémie et de la virulence comparée chez l'homme et dans les diverses espèces animales.

De cette ébauche de discussion dont on entrevoit tout l'intérêt, l'Académie a été amenée par la voix de M. Chauffard à une autre étude, qu'elle ne peut manquer d'aborder aussi à sa suite, celle de l'étiologie du typhus exanthématique. Avant le siége de Paris, celui de Metz et de Strasbourg, nous étions, il ne nous en coûte nullement d'en faire l'aveu, dans le courant général d'idées qui attribuait le typhus à un groupe de circonstances si bien déterminées, qu'il nous semblait possible, ces circonstances étant données, de faire naître une épidémie de typhus à volonté. L'absence du typhus dans ces trois villes assiégées, où toutes les conditions convenues semblaient être réunies à point, avait déjà un peu ébranlé nos convictions. La savante dissertation à laquelle s'est livré M. Chauffard sur ce sujet nous a convaincu, sinon qu'il faut chercher ailleurs, comme il le propose, la véritable étiologie du typhus, du moins que cette étiologie n'est peut-être pas tout à fait aussi simple qu'on avait pu le penser jusque là, et qu'il y a lieu de la soumettre à révision (1).

La lecture de M. Chauffard, qui embrasse un ensemble de questions d'épidémiologie autrement vaste que la question seule, déjà très-intéressante, de l'étiologie du typhus, pourra fournir le texte d'une belle discussion.

Voilà l'Académie mise en mesure et garantie contre la pénurie de ses ordres du jour et la disette de discours. Sans compter que les nombreuses vacances déclarées et à déclarer encore prochainement vont enrichir encore ses séances d'une foule de lectures ou de communications sur les sujets les plus variés.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — M. FIEUZAL.

Ophthalmie grave (Conjonctivite ulcéreuse ; kérato-iritis avec hypopion). — Blépharite ciliaire à répétition. — Ulcères multiples de la cornée par obstruction des voies lacrymales.

Le nombre des affections des voies lacrymales est bien plus considérable que l'on n'est tenté de le croire lorsqu'on ne porte pas son attention d'une manière spéciale sur les affections oculaires. Il nous a été donné d'observer, à la consultation de l'hospice, dans un espace de temps relativement court, un grand nombre d'ophthalmies ne reconnaissant pas d'autre cause qu'une lésion des voies lacymales, laquelle est tantôt facilement reconnaissable, tantôt, au contraire, assez difficile pour échapper à un premier examen, même attentif. De telle sorte qu'il est bon d'avoir l'attention éveillée sur la possibilité de l'oblitération d'une partie des voies lacrymales, ne se traduisant, dans certains cas, que par un léger larmoiement ou une éversion à peine appréciable des points lacrymaux, si l'on veut appliquer

(1) Ce n'est pas le moment d'engager une discussion sur cette question avec M. Chauffard. Le temps d'ailleurs nous ferait défaut. Nous nous bornerons seulement à rappeler à nos lecteurs, comme l'un des points de la discussion à engager sur ce sujet, ce que nous disions dans un article sur le typhus, à propos des maladies régnantes de la période du siége (voir le n° 151, année 1871), concernant l'étroite connexité étiologique qui rattache cette affection au scorbut et l'ordre habituel de succession qui les rattache l'un à l'autre. Dr B...

en temps opportun le traitement qui convient à ces sortes de lésions secondaires. En effet, tant que la cause productrice n'est pas connue et combattue, la maladie n'est pas modifiée par l'emploi des moyens ordinaires. C'est pourquoi nous avons cru utile d'attirer l'attention sur ces formes spéciales par la communication de quelques-uns des cas qui se sont offerts à notre observation.

On pense bien que nous ne voulons pas parler ici des dacryocystites produisant ces ectropions visibles à distance ou ces blépharites rebelles à l'emploi des collyres et pommades et cédant au contraire merveilleusement au traitement rationnel qui consiste à rétablir le cours des larmes; tous les médecins connaissent la relation de cause à effet qui existe entre ces affections et les obstructions des voies lacrymales, les livres classiques renferment tous des renseignements suffisants pour éclairer les praticiens.

Nous voulons parler ici de certaines conjonctivites, telles que la conjonctivite angulaire, dont on trouve une très-bonne description dans l'article *Conjonctive et Conjonctivite* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, de la conjonctivite lacrymale, dont on trouvera une très-bonne description dans le récent ouvrage de M. Galezowski, et de certains ulcères de la cornée qui ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une rétention des larmes dans le sac lacrymal, que cette rétention soit due à un rétrécissement du canal nasal, à un simple relâchement du sac, à un rétrécissement musculaire des conduits lacrymaux, ou enfin à une oblitération ou tout au moins à une direction vicieuse des points lacrymaux.

Nous savons bien que toutes ces causes sont indiquées dans les traités spéciaux, mais nous pensons qu'on n'y a pas suffisamment insisté, et, à ce point de vue, nous avons cru que nos observations, avec les réflexions qu'elles nous ont inspirées, pourraient porter avec elles leur justification. Ainsi, par exemple, le point lacrymal inférieur qui, dans la station debout, a principalement pour fonction d'absorber les larmes et de les conduire du sac lacrymal dans le canal nasal, doit, pour que cet écoulement soit assuré, être appliqué exactement contre le globe de l'œil. Il suffit qu'il ne soit pas appliqué contre le globe oculaire tout en n'en étant pas éloigné, par exemple, d'un millimètre, pour que son action ne puisse plus s'exercer et qu'il y ait alors accumulation des larmes dans le sac lacrymal, le point supérieur ne suffisant plus à opérer le transport. Cette simple accumulation, qui est variable selon les heures de la journée et l'exposition contre le vent, ne tarde pas à produire le larmoiement (*stillicidium lacrymarum*) avec écoulement plus ou moins abondant sur la joue.

Les larmes altérées dans leur composition, comme on peut s'en convaincre dans certains cas, à l'aide d'un papier réactif, devenues alcalines et capables dès lors de saponifier les corps gras sécrétés par les glandes de Meibomius, déterminent une irritation de la conjonctive oculaire ainsi que des filets terminaux de la cinquième paire. Aussitôt se montrent la photophobie et une recrudescence dans le larmoiement. Ce dernier phénomène contribue à entretenir l'erreur de diagnostic, si on n'explore pas attentivement la situation des points lacrymaux : car, comme on le voit, le larmoiement, qui est la cause directe de l'irritation de la membrane muqueuse est augmenté par l'épiphora qu'occasionne par action réflexe l'irritation des branches terminales de la cinquième paire.

On ne saurait trop appeler l'attention des praticiens sur ces faits, car leur connaissance peut donner l'explication de certains insuccès tout à fait inattendus qu'on observe quelquefois à la suite d'opérations de cataracte faites dans des conditions opératoires excellentes. On voit, en effet, dans certains cas, des opérations très-bien conduites, sur des personnes d'ailleurs dans de bonnes conditions, s'accompagner de phénomènes inflammatoires du côté des lèvres de la plaie de la cornée et de l'iris allant quelquefois jusqu'à la suppuration du globe de l'œil, tandis que d'autres personnes opérées dans des conditions plus mauvaises, c'est-à-dire chez lesquelles on aurait fait des tentatives d'extraction de la capsule antérieure, chez lesquelles on aura longtemps exercé des pressions sur le globe de l'œil pour en faire sortir les masses corticales, et qui, par la plus grande durée de l'opération, ne se trouvent évidemment pas dans de si bonnes conditions que les premières, voient néanmoins la cicatrisation se faire par première intention.

Si on recherche l'explication de cette terminaison si différente, et on ne peut pas ne pas s'en préoccuper, car le résultat en vaut la peine, on la trouvera souvent dans l'état local des voies lacrymales. C'est ainsi qu'une légère déviation du point lacrymal inférieur, qu'on aurait pu guérir en quelques jours, suffit pour entraver la cicatrisation et faire obtenir un résultat négatif ou tout au moins médiocre alors qu'on aurait dû avoir un résultat excellent, à plus forte raison les dacryocystites doivent-elles être une contre-indication formelle à l'opération de la cataracte.

Il y a naturellement bien d'autres causes qui expliquent les insuccès des opérations de cataracte ; mais celle-ci nous a paru très-commune et peut-être pas assez mise en relief, c'est pourquoi nous la signalons à l'attention.

Le traitement des malades dont nous rapportons les observations ayant consisté surtout dans le rétablissement du cours des larmes, nous croyons devoir entrer dans quelques détails sur le procédé opératoire mis en usage.

Les traités classiques donnent un grand nombre de méthodes et de procédés opératoires pour obtenir la guérison du larmoiement et faire cesser l'affection secondaire qu'il tient sous sa dépendance. Le nombre même de ces procédés semble indiquer déjà leur peu d'efficacité, et c'est une raison qui nous détermine à donner ici la description de celui que nous avons vu journellement employer à la clinique de M. de Wecker, et que nous avons nous-même mis en usage d'après les indications de notre savant maître, après en avoir longtemps constaté les résulats aussi bons qu'inoffensifs. C'est le procédé de Bowman avec diverses modifications empruntées à Weber et à Stilling, c'est-à-dire un procédé qui, prenant pour base les données physiologiques, se recommande depuis plus de quinze ans par les excellents résultats qu'il a produits. Ce n'est pas à dire qu'il mette toujours à l'abri des récidives, car il y a telle altération osseuse des voies lacrymales dont aucun procédé ne peut avoir raison ; mais, tel qu'il est, il est applicable à tous les cas et nous paraît devoir être adopté par tous les praticiens.

Cela dit, on s'adressera au point inférieur s'il y a larmoiement sans hypersécrétion du sac, et au point supérieur toutes les fois qu'il y a dacryocystite ou simple relachement du sac, c'est-à-dire toutes les fois qu'en appuyant sur le grand angle de l'œil avec la pulpe du doigt indicateur on fait refluer du pus, du mucopus ou simplement des larmes par les points lacrymaux. On agira de même quand il y aura tumeur lacrymale et même fistule déjà établie, et on verra, au bout de quelques jours, la fistule se fermer rien que par le fait du rétablissement des voies naturelles à l'excrétion des larmes, et sans qu'on ait à se préoccuper de la

tumeur ou de la fistule lacrymale autrement que si elles n'existaient pas. On doit toujours chercher à pénétrer pas les voies naturelles et éviter d'inciser la peau alors même qu'elle serait sur le point de s'ulcérer. C'est quelquefois fort difficile à cause du gonflement des tissus au niveau du grand angle de l'œil, mais on doit toujours s'efforcer d'y arriver.

Dans tous les cas, on se placera devant le malade pour opérer sur l'œil gauche, et derrière lui quand il s'agit de l'œil droit, pour faire toujours usage de la main droite ; les ambidextres, dans la plupart des cas, étant, comme le disait volontiers Malgaigne, gauchers des deux mains.

(*A suivre.*)

ÉCLAMPSIE

CESSATION BRUSQUE DES ACCÈS APRÈS UNE INJECTION HYPODERMIQUE D'ATROPINE ET DE MORPHINE.

Par M. le Dr Divet.

La femme H..., primipare, âgée de 27 ans, demeurant à Diré, est accouchée le 13 juillet 1872. Les douleurs ont duré trois jours; l'accouchement s'est terminé naturellement; la délivrance s'est faite sans difficulté. Tout était bien jusque-là, lorsque, dans la soirée du dimanche 14, apparurent quelques secousses dans le bras et la jambe gauche, et quelques heures plus tard, des convulsions suivies de coma.

Appelé le lundi 15, je me trouvai dans un intervalle de repos; mais aux renseignements qui me furent fournis par la malade et les personnes qui l'entouraient, je ne pus conserver aucun doute sur la nature du mal; il s'agissait évidemment d'éclampsie. L'examen que je fis ne m'apprit rien de particulier. L'utérus avait son développement normal; le pouls était à peine fréquent; il n'y avait pas de sensibilité du ventre, pas d'œdème, pas d'albumine dans les urines. J'administrai le chloral, qui parut éloigner quelque peu les accès; mais dans la journée du 17, ils devinrent plus rapprochés, plus longs. Je fus rappelé, et quelques minutes après mon arrivée, je fus à même d'assister à cette scène éclamptique qui, une fois vue, ne se laisse plus oublier. Les convulsions cloniques durèrent trois à quatre minutes, puis le coma, et pendant le coma de nouvelles convulsions; je le vis survenir trois fois dans un quart d'heure. A chaque fois, la figure se cyanosait d'une manière effrayante, et je pensai que cette succession rapide des accidents, si je n'intervenais d'une manière active, ne pouvait tarder à amener l'asphyxie. J'avais emporté une seringue à injections hypodermiques et la solution suivante :

Sulfate d'atropine.......... }	ãã	0 gr. 04
Acétate de morphine........ }		
Eau..........................		8 gr.

Je fis à la cuisse deux injections pouvant représenter 1 gr. 50 de la solution, c'est-à-dire 75 centigrammes de sulfate d'atropine. Je laissai la malade endormie. Le sommeil se prolongea sans nouvel accès, depuis six heures du soir, moment de l'injection, jusqu'à une heure du matin. Dans la journée du 18, il survint, à quatre reprises seulement, quelques mouvements convulsifs sans perte de connaissance, et les jours suivants, la malade ne se plaignit plus que d'une sensation de sécheresse et de boule à la gorge, ce dont il faut peut-être accuser la belladone, qui, du reste, comme effet mauvais, n'a eu que celui-là.

Le résultat de l'injection eût-il été aussi prompt, aussi complet, si l'éclampsie avait été liée à l'albuminurie et d'origine urémique, au lieu d'être due, comme il y a lieu de le croire, à une action réflexe partie des nerfs du bassin trop longtemps comprimés par la tête de l'enfant? Je ne pourrais pas le dire.

Je laisse à d'autres mieux autorisés le soin de développer les considérations physiologiques qui peuvent justifier l'association de la morphine et de l'atropine, et me contente de dire que dans le cas particulier que je viens de raconter, je n'aurais pas osé injecter du même coup une aussi forte proportion d'atropine, si je n'avais été rassuré par la présence de la morphine sur l'action corrective de laquelle je comptais. Mais cette action, à peine entrevue par la théorie, a besoin d'être éclairée par la pratique; et c'est parce que je serais heureux de la voir étudier entre des mains plus habiles, que je me suis décidé à publier cette petite note, tout incomplète qu'elle est, dans l'espoir que la promptitude du résultat que j'ai obtenu pourra encourager quelques-uns à essayer le même moyen.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 octobre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements de la Loire, de la Savoie, de la Manche, de la Haute-Saône et de l'Oise (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Sistach, médecin major à Bône (Algérie), qui se présente comme candidat pour le titre de correspondant;

2° Un pli cacheté adressé par M. le docteur H. Bergeron, et renfermant la description d'un nouveau procédé d'examen de la température dans les maladies (le dépôt du paquet cacheté est accepté);

3° Une note sur un irrigateur en porcelaine fabriqué par M. Alathème;

4° Une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), sur la théorie du sommeil naturel;

5° Une lettre de M. Crinon, secrétaire général de la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, accompagnant l'envoi d'un bulletin de cette Société, dans lequel se trouve un rapport adressé à M. le ministre de l'agriculture et du commerce sur la question de savoir si les sages-femmes ont le droit de prescrire le seigle ergoté (comm. : MM. Chevalier, Guérard et Tarnier);

6° Une note de M. le docteur Jacquez (de Lure) réclamant la priorité de la découverte des propriétés anti-fermentescibles et anti-putrides des borates solubles.

PRÉSENTATIONS

M. Béhier dépose sur le bureau une note manuscrite de MM. Danet et E. Regnault, relative à la septicémie, avec une série d'expériences ayant pour but de déterminer les conditions d'absorption des matières putrides dans l'organisme (comm. : MM. Colin, Delpech et Davaine).

M. Larrey présente : 1° un mémoire manuscrit de M. le docteur Costa, médecin-major, sur la Corse et son recrutement; 2° un rapport de M. le docteur Lalagarde (d'Alby) sur la vaccine et la petite vérole dans le département du Tarn, en 1870 et 1871; 3° les mémoires et les bulletins de la Société de médecine de Bordeaux pour les années 1870-71.

M. Bergeron présente une brochure de M. le docteur Jeannel sur l'engrais chimique.

M. Colin offre en hommage le tome II de son *Traité de physiologie comparée des animaux* (2e édition).

M. le Président annonce qu'il y a lieu de déclarer trois vacances, l'une dans la section d'accouchement, en remplacement de M. Paul Dubois; la seconde dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Michel Lévy, et la troisième dans la section de thérapeutique, en remplacement de M. Bousquet.

M. le président fait de nouveau appel aux sections dans lesquelles

il y a encore des places vacantes, pour qu'elles aient au plus tôt à faire leurs présentations.

Septicémie. — **M. BOULEY** demande la parole, à l'occasion du procès-verbal.

Il désire faire savoir à l'Académie que de toutes les expériences qu'il a faites jusqu'ici sur la septicémie il ressort que les résultats sont entièrement négatifs pour tous les animaux autres que les lapins et les cobayes.

Parmi les sujets d'expérience il s'est trouvé un homme. Non qu'on lui ait fait une inoculation volontaire; mais le hasard a fait l'expérience. L'une des personnes qui servaient d'aide s'est piquée, au moment où l'on allait faire l'injection, avec l'extrémité de la canule qui était imprégnée du liquide septique. Je dois rassurer immédiatement l'Académie sur son compte. Il est toujours resté parfaitement bien portant depuis.

Les lapins, au nombre de 9, qui ont été soumis aux injections, aux doses infinitésimales que l'on connaît, ont tous péri au bout de 24 heures.

Les cobayes ont en général résisté davantage.

Les chevaux, au nombre de 5, qui ont été inoculés, l'un avec quinze gouttes, un autre avec dix gouttes, les autres avec un nombre variable mais relativement élevé de gouttes de sang provenant de lapins septicémiques, n'ont rien éprouvé.

Le cheval dont j'avais entretenu l'Académie dans la dernière séance, et qui avait eu une petite tumeur à la joue à la suite d'une injection, n'a rien présenté de plus. Sa petite tumeur s'est dissoute toute seule.

Enfin j'ai fait des inoculations sur des chiens, chez M. Leblanc. Les résultats ont été également négatifs.

M. DAVAINE. Il est difficile de savoir d'avance au bout de combien de temps la maladie peut se manifester pour chaque espèce. Ainsi il y a déjà une différence, à cet égard, entre les lapins et les cobayes. Peut-être M. Bouley s'est-il un peu pressé de tirer des conclusions de ses expériences. Du reste, je n'attache pas une grande importance aux grands animaux à cet égard. Ce qui peut se passer chez eux n'enlève rien à la valeur du fait que j'ai cherché à produire et que j'ai obtenu chez les lapins et les cobayes, c'est-à-dire des conditions particulières de virulence à la suite de la putréfaction.

M. BOULEY. L'Académie se souvient que lors de la première lecture de M. Davaine j'avais fait des réserves par rapport à l'application aux grands animaux des conclusions qu'il tirait de ses expériences sur les lapins et les cobayes. Il était intéressant de vérifier par l'expérience si ces réserves étaient fondées. C'est ce que j'ai fait, et l'on vient d'en voir les résultats.

M. COLIN dit n'avoir jamais pu produire la virulence chez de grands animaux par des expériences semblables à celles de M. Davaine et en employant des doses considérables de matières putrides. Il croit, comme M. Bouley, que ce fait est exclusivement propre aux lapins et aux cobayes, car il n'a même rien obtenu de semblable chez d'autres petits animaux, tels que les rats, par exemple. Du reste, il fera connaître à l'Académie, prochainement, les résultats des expériences qu'il fait en ce moment.

M. VERNEUIL. Le champ du débat me paraît s'élargir. Ce n'est pas l'intérêt pour les lapins et les cobayes qui nous touche en ce moment, c'est l'homme qui se trouve engagé dans la question. Il paraît évident que le lapin tue le lapin, que le cobaye tue le cobaye; il me paraît tout aussi évident, sans que cela puisse être démontré par des expériences, que l'homme tue l'homme. Mais ce qui n'est pas démontré c'est que le lapin tue l'homme, que l'homme tue le chien, celui-ci un autre animal ou réciproquement. Je voudrais donc qu'il fût fait des expériences dans ce sens, c'est-à-dire qu'après avoir fait la culture du virus dans une espèce, on cherchât à la reporter sur une autre et successivement. Peut-être arriverait-on ainsi à cette conclusion, qu'il y a un virus propre au chien, non transmissible au lapin, comme celui du lapin ne serait transmissible ni au chien, ni à aucun animal d'une autre espèce. S'il était démontré ainsi qu'il y ait un virus spécial pour chaque espèce, nous arriverions à conclure par induction, à défaut de l'expérimentation directe, qu'il y a un virus spécial à l'homme, et que l'homme s'empoisonne lui-même, comme le chien empoisonne le chien, le lapin le lapin, etc.

M. Verneuil désirerait que l'Académie régularisât en quelque sorte les expériences qui ne vont pas manquer de se multiplier, et qu'elle les dirigeât dans le sens qu'il vient d'indiquer.

M. LE PRÉSIDENT. La question est à l'étude, les expériences vont se continuer.

M. Colin, qui avait demandé la parole pour aujourd'hui, n'ayant pas encore terminé ses expériences, a retenu la parole pour la séance prochaine. La discussion reste donc ouverte.

La parole est à M. Chauffard pour une lecture.

LECTURE

Étiologie du typhus exanthématique. — **M. CHAUFFARD** lit un travail intitulé : *De l'étiologie du typhus exanthématique.* L'objet de ce travail a été de chercher à préciser les conditions causales qui déterminent ou favorisent le développement du typhus exanthématique.

De l'étude des deux grandes occasions qu'ont eues les médecins français d'observer le typhus (invasion de 1814 et 1815, et guerre de Crimée en 1855-56), on avait conclu à la confirmation de l'étiologie commune attribuée au typhus (misère, encombrement, etc.). Ces conditions étiologiques devaient toutes se rencontrer, et au plus haut degré, dans les siéges de Paris et de Metz; et cependant le typhus ne s'y est pas montré.

D'un autre côté, considérant que le typhus se déclare fréquemment dans des cités et au milieu de conditions qui sont loin de réunir les conditions de misère et d'encombrement au même point, M. Chauffard en est conduit à dire que le typhus doit reconnaître d'autres causes déterminantes. Ces causes, il croit les trouver dans la race que frappe le typhus et dans le sol sur lequel vit cette race. Il y a là pour lui une influence de race, de climat et de sol qui ne s'exerce pas seulement sur les populations indigènes, mais qui se fait sentir encore sur les étrangers acclimatés.

De l'ensemble des faits développés dans ce travail, M. Chauffard est porté à croire que l'on ne doit pas limiter aux influences délétères de la misère et de l'encombrement les causes occasionnelles du typhus, et qu'on ne le crée pas à volonté au moyen de ces facteurs communs. L'histoire pathologique des siéges de Paris et de Metz contredit une étiologie si étroite. L'étude comparée des faits observés, d'un côté, dans les pays où règne habituellement le typhus, d'autre côté, dans notre pays où il ne paraît que par importation, nous semble prouver que la race et le sol fournissent à l'étiologie du typhus des conditions essentielles et majeures que l'on ne saurait passer sous silence, et qu'il faut tout au moins associer aux conditions communes.

Si, dit M. Chauffard en terminant, les causes communes que résument les mots de misère et d'encombrement ne me paraissent pas suffire à créer parmi nous le typhus, je ne prétends pas contester l'influence de ces conditions dans sa propagation. Le typhus importé se maintient et sévit en proportion des souffrances supportées par les populations qu'il atteint. Il en est ainsi, d'ailleurs, de toutes les maladies épidémiques. Tout ce qui domine la résistance vitale des organismes, augmente ou facilite l'action du fléau épidémique. C'est ainsi que dans les hôpitaux les convalescents de fièvres graves et déprimantes, les malades atteints d'affections chroniques cachectisantes, sont une proie vouée d'avance au choléra épidémique. La misère, sous toutes ses formes, prépare au typhus ses victimes, soit dans les pays où il règne habituellement, soit dans les pays où il entre par importation. Je ne veux pas diminuer, mais élargir la vieille étiologie envisagée par tous les bons observateurs.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 19 avril 1872 (1). — Présidence de M. Gros.

Chassinat, en 1835, donne sa thèse sur la dilatation partielle du ventricule gauche.

Sur seize observations, neuf fois la dilatation occupe le sommet. Or, la pointe n'étant que le cinquième du cœur, sa dilatation (9 fois sur 16), doit être considérée comme très fréquente.

Pourquoi est-elle si souvent le siége d'un ramollissement inflammatoire prédisposant aux dilatations partielles? Si le ventricule entier est envahi, la pointe, ayant une épaisseur beaucoup moins grande, cède.

Le choc de la pointe ajoute à l'inflammation.

La distension de la paroi en membrane vient ensuite.

Cependant l'inflammation peut être locale primitivement.

Dans son *Traité des maladies du cœur*, 1840, dit Pelvet, Bouillaud ne traite pas d'une manière particulière de l'anévrysme partiel et en fait un accident de la cardite ulcérative.

Voici ce qu'écrit Bouillaud :

« Lorsque, par suite d'une maladie capable d'altérer sa nutrition, le tissu du cœur aura perdu plus ou moins complétement sa cohésion et sa contractilité dans un point de son étendue seulement, il est évident que la force avec laquelle le sang presse contre les parois de l'organe pendant les contractions de celui-ci, doit à la longue dilater le point devenu le moins résistant. »

Mercier, étudiant l'inflammation traumatique des muscles, en 1839, et trouvant une analogie complète entre l'anévrysme du cœur et l'état du muscle lésé par le couteau, conclut à l'origine inflammatoire de la transformation fibreuse du cœur. Dès 1839, il montre que tous les rétrécissements dits organiques de l'urèthre résultent d'une transformation fibreuse d'une partie ou de toute l'épaisseur de ses parois, et que cette transformation est le produit d'un travail analogue à celui qu'il décrit pour le cœur.

Si on examine l'extrémité d'un muscle intéressé dans une amputation à une époque suffisamment éloignée de la période inflammatoire, on le trouve blanc, rétracté, ne formant plus qu'un faisceau très-mince, en un mot transformé en tissu fibreux. Dans un moignon, longtemps après l'opération, les muscles, à une hauteur variant d'après l'intensité ou la durée de l'inflammation, dégénèrent en faisceaux fibreux qui vont se perdre dans la cicatrice. Cette transformation devient cause d'une rétraction consécutive à laquelle se joint même, au bout d'un certain temps, l'atrophie, la dégénérescence en une sorte de tissu cellulaire. Le travail est le même pour les gros vaisseaux coupés et pour le cœur.

En résumé, dit-il :

1° Presque toutes les perforations spontanées du cœur sont le résultat d'une myocardite circonscrite qui a continué sa marche ;

2° La transformation fibreuse du tissu musculaire a pour cause la résolution de cette inflammation quand elle s'est arrêtée à un certain degré ;

3° Enfin la dilatation est amenée par la pression du sang sur ce tissu qui a perdu sa contractilité, et qui est devenu extensible, comme tous les tissus fibreux.

Pelvet publie sa thèse inaugurale sur les anévrysmes du cœur en 1867.

Sous le nom d'anévrysme du cœur, il comprend tout *diverticulum* anormal formé par la substance de cet organe et communiquant avec lui. Il ne peut s'empêcher d'ajouter : « Peut-être les dilatations non circonscrites que j'en sépare ont-elles avec les anévrysmes une certaine communauté dans le mode de formation. »

Le terme anévrysme, qui ne convient pas rigoureusement à tous les cas, a, selon lui, l'avantage de n'avoir pas une signification bien arrêtée.

Pourquoi refuse-t-il cette désignation aux dilatations non circonscrites? Lorsque la transformation fibreuse est faite, l'anévrysme est commencé. Qu'importent le degré et la forme de la tumeur? C'est ainsi qu'on a pu dire que nos maîtres ne connaissaient pas les anévrysmes du cœur.

Il ne faut pas non plus trop reprocher à nos maîtres d'avoir mal délimité l'endocarde. Que dit, en effet, Pelvet : « La couche conjonctive n'appartient pas en propre à l'endocarde, mais se continue avec le tissu interfibrillaire des parois et est interposée entre les deux lames endocardiaques des valvules. » Plus loin, il dit que les valvules sont constituées uniquement par l'endocarde ; il oublie la couche conjonctive qui en fait partie.

J'aurais voulu que Pelvet étudiât le septum membraneux dans le chapitre des anévrysmes valvulaires plutôt que dans celui de l'anévrysme de la cloison. « L'anévrysme de la cloison a un siége constant, le septum membraneux. »

Le processus qui donne lieu à l'anévrysme de la cloison ne diffère que peu de celui que j'ai étudié sur les valvules; c'est le processus de l'endocardite aiguë.

Le point le plus fréquemment atteint d'anévrysme est la partie supérieure du septum, cet espace membraneux composé seulement de tissu fibreux.

Dans les autres points de la base, situés en avant ou en arrière de cet espace, la couche musculaire est fort épaisse, et là il est probable que la cardite joue un rôle plus important; mais c'est l'endocardite qui ouvre la marche des accidents.

L'anévrysme de la cloison ne diffère que par le siége de celui des valvules.

L'orifice de ces anévrysmes est invariablement dans le ventricule gauche, au-dessous des valvules sigmoïdes.

Le prolongement ou l'ouverture de l'anévrysme dans les cavités droites correspond toujours à son orifice dans le ventricule gauche et dépend du point où cet orifice est situé.

1° L'orifice est-il au niveau de l'espace membraneux au-dessous de l'union des valvules droite et postérieure? La communication aura lieu avec l'oreillette droite, s'il siége à la partie supérieure de l'espace; avec le ventricule, s'il est à la partie inférieure. Dans les deux cas, la saillie du sac ou son ouverture sera immédiatement au-dessus ou au-dessous de la tricuspide.

L'anévrysme peut se glisser dans la tricuspide même.

2° L'orifice est-il situé directement au-dessous de la valvule droite? L'anévrysme fera saillie dans l'infundibulum du ventricule droit et pourra s'ouvrir au-dessous des valvules pulmonaires.

3° L'orifice se trouve-t-il au-dessus de la valvule gauche de l'aorte? La communication aura lieu, dans ce cas, avec l'oreillette gauche.

4° Enfin, les quatre cavités du cœur peuvent communiquer ensemble. Il suffit que l'anévrysme siége au point de jonction de la valvule mitrale et des sigmoïdes, sur la limite inférieure de l'espace membraneux.

Vous voyez le rapport intime que Pelvet établit entre les anévrysmes du septum membraneux et les valvules. Il place, du reste, son chapitre de l'anévrysme de la cloison immédiatement après celui des anévrysmes valvulaires.

Ulcération et dilatation, voilà, dit-il, le procédé le plus habituel de l'anévrysme des valvules.

Mais le ramollissement inflammatoire peut gagner toute l'épaisseur de la valvule en un point limité; toutes les couches participent à la dilatation, et on a, en réalité, un anévrysme vrai.

L'abcès est un troisième mode de formation.

Le processus consiste dans la multiplication des éléments conjonctifs de la valvule, leur retour à l'état embryonnaire, la disparition de la matière intercellulaire et du tissu élastique.

Parfois, il y a simple enfoncement de la valvule, sans altération; c'est une simple distension mécanique.

(1) Fin. — Voir les numéros des 24, 27, 31 août, 3, 5 et 7 septembre 1872.

C'est par une erreur de mise en pages que la publication de cette séance avait été suspendue.

L'anévrysme valvulaire ne se rencontre guère que sur les sigmoïdes aortiques et sur la mitrale; pour 23 observations, 16 fois la mitrale est atteinte, 7 fois ce sont les sigmoïdes aortiques.

L'orifice est toujours tourné du côté sur lequel le sang exerce son effort, le sac proéminent dans le ventricule pour les sigmoïdes aortiques, dans l'oreillette pour la mitrale.

Pelvet insiste sur les erreurs de diagnostic, et montre qu'on confond le plus souvent les anévrysmes valvulaires avec les polypes, les caillots et les végétations.

Il conteste l'existence de la myocardite parenchymateuse, représentée par la dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire. La transformation fibreuse est une véritable cirrhose du cœur.

Sous l'influence de l'irritation progressive ou d'une autre cause, dont la conséquence est d'affaiblir l'activité fonctionnelle du muscle, la trame celluleuse du cœur augmente peu à peu, envahit l'élément musculaire, l'étouffe et le fait disparaître en partie.

Il y a, dit Pelvet, simple hyperplasie, et cependant ce ne sont plus des cellules étoilées; elles ont une forme toute spéciale qui résulte, selon Ranvier, de la pression et du tiraillement, et produisent par leur réunion un tissu serré, compact, ayant tout l'aspect extérieur du tissu fibreux. C'est la première période de la transformation fibreuse.

Plus tard, lorsque l'anévrysme tend à la guérison, le tissu conjonctif diminue peu à peu et est remplacé à la longue par du tissu élastique qui, disposé en mailles plus ou moins lâches dans les couches moyennes, se resserre à la surface interne en de véritables lames, où le tissu conjonctif a complétement disparu, tandis que, dans les couches moyennes, les deux tissus sont mélangés en proportion à peu près égale. Il est probable que c'est aux dépens du tissu conjonctif que se développe le tissu élastique.

Puis s'ajoutent des dépôts calcaires.

En même temps, les faisceaux musculaires disparaissent ou, du moins, diminuent de plus en plus à mesure qu'on va vers le fond de la poche. Le premier effet de l'irritation sur la fibre musculaire est la multiplication des noyaux du sarcolemme; la fibre primitive est atteinte à son tour, diminue de largeur, se réduit peu à peu et s'étire en quelque sorte comme un tube de verre sous l'action du chalumeau.

Dans les trois cas que Pelvet a vus, les fibres musculaires avaient conservé leur structure parfaitement intacte.

La fibre musculaire concourt-elle à la formation du tissu fibreux? Il a semblé à Pelvet que, en plusieurs points, les cellules embryonnaires étaient le résultat de la prolifération des noyaux de sarcolemme, et plusieurs des cellules allongées lui ont paru aussi provenir du sarcolemme qui se serait vidé et aurait gardé seulement ses noyaux.

Le plus souvent, les trois tuniques du cœur sont confondues en une membrane dure, blanchâtre.

L'endocarde, toutefois, a perdu son épithélium, ses fibres élastiques, et son tissu conjonctif s'est confondu avec la trame fibreuse du cœur.

Le ventricule gauche est le siége à peu près exclusif de la transformation fibreuse : il y en a trois exemples seulement pour le ventricule droit.

Sur 87 cas, 55 fois l'anévrysme occupait la pointe et 32 fois la paroi.

Cette fréquence, d'après Pelvet, tient à ce que la pointe est un des siéges de prédilection de la myocardite chronique.

Après avoir examiné l'anévrysme produit par la lésion du tissu cellulaire, Pelvet arrive à la lésion de la fibre musculaire même.

La dégénérescence graisseuse résulte-t-elle des intoxications et des fièvres graves? La mort est rapide. Succède-t-elle à un trouble de nutrition purement local, dû à l'inflammation des enveloppes séreuses ou au rétrécissement des artères coronaires? Les anévrysmes qui en résultent se terminent le plus souvent par la rupture.

Dans la partie clinique, Pelvet distingue l'anévrysme à marche aiguë, l'endocardite ulcéreuse, avec ses symptômes typhoïdes, et l'anévrysme à marche chronique ou dégénérescence fibreuse et graisseuse du cœur.

La première observation que nous rapportons peut être rapprochée de l'endocardite ulcéreuse, puisqu'à un moment donné il a dû exister une ulcération, et du pus a été versé dans le sang; il ne paraît pas cependant y avoir jamais eu de phénomène typhoïde. La maladie a paru se résumer en une lésion de l'orifice aortique, rétrécissement d'abord, puis insuffisance.

La seconde observation, que nous devons à notre ami M. Landouzy, fils du regretté médecin de Reims, se rapproche de la précédente par l'absence d'un diagnostic complet et de phénomènes typhoïdes, par la mort subite, si fréquente dans l'insuffisance aortique.

Dans le troisième cas, le diagnostic de la perforation ulcéreuse n'a pas été fait, pas plus que dans l'observation précédente; nous avions pensé à une communication anormale, à cause de la cyanose (qui ne peut exister, comme nous l'avons montré, qu'à la condition d'un obstacle qui force le sang à passer par la communication anormale).

L'abcès caséeux du quatrième malade me paraît impossible à diagnostiquer.

Nous arrivons à nos trois cas de transformation fibreuse du cœur, avec développement plus ou moins avancé d'une poche anévrysmatique.

La simple dégénérescence du cœur, fibreuse ou graisseuse, peut-elle être reconnue? Oui, lorsqu'elle est généralisée et avancée.

La femme H... a une fièvre typhoïde à 24 ans; à 32 ans, elle est malade pendant six mois, elle a une faiblesse extrême, des pertes de connaissance continuelles, des palpitations, de la toux, de l'œdème. A 40 ans, nous lui trouvons les phénomènes généraux d'une maladie du cœur; le cœur est peu développé, sans impulsion, sans frémissement, sans souffle; le pouls radial est régulier, très-petit; les crurales, comprimées, ne fournissent aucun souffle.

Que diagnostiquer, si ce n'est une dégénérescence du cœur? Mais les signes ne restent pas aussi nets pendant tout le cours de l'observation. L'impulsion du cœur se fait un peu sentir à un moment, bien que le pouls reste toujours très-petit : c'est que le ventricule droit n'est pas à beaucoup près aussi altéré que le gauche et se fait plus vivement sentir dans les moments de spasme. Nous n'avons en aucune façon diagnostiqué la formation des caillots de la pointe.

Voici un homme âgé de 65 ans, qui de tous temps a eu des palpitations et de la dyspnée; mais, depuis sept mois, il s'est ajouté des syncopes, de l'œdème, de l'ascite.

Le cœur est gros, sans impulsion, sans souffle; le pouls radial est très-irrégulier; on produit difficilement un souffle dans la crurale, qui se meut cependant avec force; il est évident qu'elle reçoit peu de sang.

Nous devons diagnostiquer une dégénérescence du cœur.

Enfin, dans le dernier cas, qui est notre seul exemple de dilatation en poche de la pointe, certains détails importants nous manquent. On avait diagnostiqué une simple insuffisance mitrale; le cas nous paraissait plus embarrassant. Le pouls était petit, inégal. Le souffle ne s'est montré que dans les derniers temps, couché le long du bord inférieur du cœur. Nous avons été très-étonné de trouver un véritable anévrysme de la pointe.

Pelvet semble ne pas désespérer de la possibilité du diagnostic des anévrysmes des parois, et dit en fournir quelques éléments. Nous en doutons. Nous pouvons diagnostiquer la dégénérescence graisseuse ou fibreuse; c'est là le point essentiel; quant à la poche, elle est accessoire dans la maladie et n'a pas encore été reconnue sur le vivant.

Le pronostic est naturellement guidé par l'état général.

Le traitement me paraît être celui de la dégénérescence graisseuse en général, l'emploi de l'électricité, avec ses différents modes d'application; nous avons indiqué un procédé qui consiste à placer une des éponges à la base et l'autre à la pointe; nous avons ainsi fait reparaître le pouls et les souffles.

Conclusions. — 1° Le ventricule gauche, dans l'insuffisance aortique, présente un type d'anévrysme vrai et paraît subir dans sa contexture des modifications qui le rapprochent de l'aorte, avec laquelle il ne fait plus qu'un seul et même canal.

L'adhérence du péricarde accompagne souvent l'insuffisance aortique. Le tissu cellulaire périphérique s'irrite comme celui d'un anévrysme de l'aorte.

2° On ne rend pas justice à nos auteurs français.

Sénac dit que la membrane interne du péricarde se réfléchit sur les oreillettes et sur les ventricules.

Donnant le nom d'anévrysme à toutes les dilatations du cœur, il ne peut parler en particulier de l'anévrysme de la pointe; mais il connaît la transformation fibreuse du cœur et il note des observations de dilatation considérable limitée à la pointe.

Il rapporte des exemples de polypes creux (anévrysmes des valvules).

Il indique les dangers inhérents aux polypes flottants, non adhérents au cœur (thromboses, embolies).

Il prescrit la condition nécessaire à la formation des caillots actifs.

Il sait que la variole peut atteindre le cœur.

Corvisart assimile la dilatation partielle du cœur aux anévrysmes des membres, et cite deux cas de perforation non congéniale du septum membraneux.

Bouillaud, dès 1824, dit que les lésions sont les mêmes pour les artères et pour le cœur (parois et valvules); de même que l'artérite produit les anévrysmes de l'aorte, l'endocardite et la lésion du muscle produisent les anévrysmes du cœur.

Jamais il n'a dit que tout ramollissement est inflammatoire.

Dans son *Traité des maladies du cœur*, il ne fait pas de la cardite ulcérative la condition nécessaire de l'anévrysme; toute altération du muscle qui en diminue la résistance peut produire l'anévrysme.

Laënnec décrit l'organisation fibrineuse des caillots dits purulents.

Mercier insiste sur la persistance de la membrane interne et des fibres musculaires dans la transformation fibreuse anévrysmale du cœur, qu'il assimile aux rétrécissements fibreux de l'urèthre et à la lésion des muscles par le couteau à amputation.

Pelvet décrit minutieusement la formation des anévrysmes valvulaires, et donne une bonne anatomie du septum membraneux.

M. Reliquet, candidat à une place de membre titulaire, lit un travail intitulé : *Moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes aux parois de la vessie.*

Une commission, composée de MM. Boinet, Giraldès et Caudmont, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur ce travail.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel : AD. TISSIER.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Laskowski, professeur libre, commencera son cours d'anatomie descriptive lundi 21 octobre, à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et les continuera tous les jours à la même heure.

Les élèves munis de cartes délivrées au secrétariat de la Faculté seront exercés à disséquer, sous la direction du professeur, tous les jours jusqu'à 4 heures.

Ce cours durera tout le semestre d'hiver.

On s'inscrit, pour ce cours, tous les jours de 4 à 5 heures, rue de Tournon, 12.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur d'O..., à Orléans. — Nous acceptons votre offre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Étude médico légale. Des effets de la foudre ; lésions anatomiques observées sur le cadavre d'un foudroyé, par le docteur FRADET. — In-8°. Prix : 75 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Paralysies obstétricales des nouveau-nés, par le docteur NADAUD. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 122. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 19 OCTOBRE 1872. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI.

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois.	16 —
Un an.	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Rapport au Président de la République française. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Contusion du nerf radial ; abolition du mouvement ; conservation de la sensibilité tégumentaire. Procédé pour extraire les membranes de l'œuf lorsqu'elles menacent de se rompre. — Nouveau traitement des affections du sac lacrymal par la dilatation combinée avec la cautérisation au moyen de la sonde hygrométro-caustique (M. P. Rabejac). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 18 octobre 1872.

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Paris, le 5 octobre 1872.

Monsieur le Président,

Depuis quinze ans, l'école instituée auprès de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg sous le nom d'école du service de santé militaire, a fourni au corps des officiers de santé de l'armée de terre, dans des conditions qui ne sont pas à l'abri de la critique, les ressources nécessaires à son recrutement. Après les événements de guerre dont Strasbourg a été le théâtre, les élèves qui appartenaient à cet établissement ont été placés en situation de poursuivre le cours régulier de leurs études près des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie de Paris et de Montpellier, et jusqu'à la fin de 1874 on trouvera là des éléments suffisants pour combler les vides qui se produiront dans le cadre de la médecine et de la pharmacie militaires.

Dans cette situation, j'ai dû me préoccuper des moyens d'assurer l'une des conditions fondamentales de l'existence du corps de santé militaire, en déterminant les bases d'un nouveau recrutement. Dans cette pensée, m'appuyant sur les propositions des hommes compétents, et après avoir pris l'avis du conseil de santé des armées, je me suis arrêté à un ensemble de dispositions qui peuvent se résumer ainsi qu'il suit :

Chaque année, au mois de septembre, un concours aura lieu pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire, d'après un programme arrêté par le ministre de la guerre et qui sera rendu public avant le 1er mai.

Seront admis à concourir :

Pour les emplois d'élèves en médecine :

1° Les étudiants pourvus des deux diplômes de bachelier ès-lettres et de bachelier ès-sciences complet ou restreint ;

2° Les étudiants ayant quatre, huit et douze inscriptions valables pour le doctorat, et ayant subi avec succès les examens de fin d'année correspondant au nombre de leurs inscriptions.

Pour les emplois d'élèves en pharmacie :

1° Les étudiants pourvus du diplôme de bachelier ès sciences complet ;

2° Les étudiants ayant quatre ou huit inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, et ayant subi avec succès les examens trimestriels.

Les autres conditions sont les suivantes :

1° Être né ou naturalisé Français ;

2° Avoir eu, au 1er janvier de l'année du concours, plus de 17 ans et moins de 21 ans (élèves sans inscription), moins de 22 ans (élèves à quatre inscriptions), moins de 23 ans (élèves à huit inscriptions) et moins de 24 ans (élèves à douze inscriptions) ;

3° Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée, au besoin, par le jury d'examen ;

4° Souscrire un engagement d'honneur de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans au moins, à dater de l'admission au grade d'aide-major de 2e classe.

Toutes les conditions qui précèdent seront de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé d'un médecin-inspecteur du service de santé, président, de deux médecins et de deux pharmaciens militaires, désignés par le ministre de la guerre.

Les candidats reconnus admissibles recevront, dans la proportion déterminée par les besoins du service, une commission d'élève du service de santé militaire, et seront classés en deux catégories.

Les élèves compris dans la première catégorie, c'est-à-dire ceux qui auront moins de douze inscriptions en médecine ou de huit inscriptions en pharmacie, seront répartis, suivant leur convenance, entre douze villes principales, y compris Paris, qui possèdent à la fois une Faculté de médecine et une École supérieure de pharmacie, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie et un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil. Attachés à l'hôpital militaire, sous les ordres et la surveillance du médecin en chef, ils concourront à l'exécution du service médical et phaamaceutique ; en même temps ils suivront les cours et travaux pratiques de la Faculté, ou de l'École supérieure de pharmacie, ou de l'école préparatoire, et y subiront les divers examens aux époques et dans la forme déterminées par la législation en vigueur.

Ces élèves ne porteront pas d'uniforme et ne recevront aucune solde. Toutefois, afin de venir en aide dans une juste mesure à des positions exceptionnellement intéressantes, ceux d'entre eux qui auront été boursiers au Prytanée militaire pourront obtenir, sur leur demande, une subvention mensuelle dont le chiffre sera fixé ultérieurement.

Les élèves de la seconde catégorie, c'est-à-dire ceux qui seront en possession de douze inscriptions pour le doctorat ou de huit inscriptions pour le titre de pharmacien de 1re classe, seront réunis à Paris et placés sous les ordres du directeur de l'école du Val-de-Grâce. Inscrits à la Faculté de médecine ou à l'École supérieure de pharmacie, ils suivront les cours spéciaux en rapport avec le degré de leur scolarité, ainsi que les cliniques de la Faculté. A l'intérieur du Val-de-Grâce, ils recevront l'enseignement pratique et complémentaire des matières sur lesquelles portent les examens du doctorat et ceux de pharmacien de 1re classe.

Pendant la première année du séjour au Val-de-Grâce, les élèves en médecine devront satisfaire aux deux premiers examens de doctorat, qui seront subis entre la 12e et la 16e inscription, dans l'ordre déterminé par le décret du 18 juillet 1860. Après la 16e inscription en médecine, et la 12e inscription en pharmacie, à dater du 1er juillet jusqu'au 1er mai suivant, les élèves en médecine auront à subir les trois derniers examens de doctorat et la thèse, et les élèves en pharmacie auront à satisfaire aux trois examens probatoires. Pour les uns et les autres, le stage proprement dit commencera le 1er mai et se terminera avec le mois d'août.

Les élèves de cette catégorie porteront l'uniforme et recevront la solde attribuée à l'ancien grade de sous-aide. Dès qu'ils auront obtenu le titre de docteur ou de pharmacien de 1re classe, la solde spéciale de l'emploi de stagiaire leur sera acquise.

A dater de l'admission à l'emploi d'élève du service de santé, les frais d'inscriptions, d'exercices pratiques, d'examens et de diplôme seront payés par l'administration de la guerre. Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen seront à la charge de l'État.

Un second échec au même examen de fin d'année, semestriel, ou de fin d'études, entraîne d'office le licenciement de l'élève et sa radiation immédiate des contrôles.

En cas de démission ou de licenciement, l'élève sera tenu au remboursement des frais de scolarité.

Le même remboursement sera exigé de ceux qui quitteraient volontairement le service de santé militaire avant d'avoir accompli la durée de leur engagement d'honneur.

Le ministre de la guerre,
E. de Cissey.

Approuvé :
A. Thiers.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Contusion du nerf radial. — Abolition du mouvement. Conservation de la sensibilité tégumentaire.

M. Lannelongue, chargé temporairement du service de la clinique chirurgicale de la Charité, dans l'une des dernières conférences cliniques qu'il a faites à l'amphithéâtre, a appelé l'attention de ses auditeurs sur un cas très-simple en apparence, mais auquel se rattache en réalité une question de physiologie pathologique très-intéressante. Il s'agit d'un homme qui est entré dans le service pour une contusion du nerf radial, suite de la compression exercée par la crosse d'une béquille dont le malade, atteint d'une fracture de cuisse, faisait depuis longtemps usage. L'une des conséquences immédiates de cette lésion avait été l'abolition de la motilité dans les muscles desservis par ce nerf. Les mouvements d'extension du poignet et des doigts, en particulier, étaient complétement abolis. Mais on fut frappé, en même temps, de la conservation de la sensibilité tégumentaire. Au point de vue des dispositions anatomiques connues du nerf radial et des notions physiologiques acquises sur les nerfs mixtes, ce fait aurait pu paraître, au premier abord, paradoxal. Mais il s'en faut qu'il soit sans précédent. Tout le monde connaît le fait si souvent rappelé de Béclard, les faits, plus récents, de Laugier et de M. Houël, communiqués, le premier à l'Académie des sciences, le second à la Société de chirurgie, et enfin le fait de M. Richet, rapporté dans la *Gazette des Hôpitaux* en 1867, et qui a été l'occasion d'une discussion approfondie de cette question dans ce journal.

On sait à combien d'explications diverses ces faits ont donné lieu. On est allé jusqu'à en déduire la réunion immédiate des nerfs dans les cas de section complète. Mais dans la plupart des cas rapportés, comme dans le cas du malade dont M. Lannelongue a entretenu ses élèves, cette explication était évidemment inadmissible. Il a fallu recourir aux diverses théories de la récurrence ou du rétablissement de la sensibilité par voie anastomotique. C'est à cette occasion que M. Lannelongue nous a signalé, comme pouvant fournir l'explication la plus rationnelle de ce fait, les expériences physiologiques de MM. Arloing et Léon Tripier, rapportées dans les *Archives de physiologie*.

Se tenant pour peu satisfaits des explications diverses qui ont été données de ces faits, MM. Arloing et Léon Tripier se sont livrés à des recherches expérimentales, dont il nous paraît intéressant de faire connaître les résultats à nos lecteurs.

Ces physiologistes ont commencé par étudier la disposition anatomique exacte des nerfs dans le membre thoracique du chien et du chat ; puis ils ont institué une série d'expériences relatives à l'état de la sensibilité dans les téguments de la patte et dans le bout périphérique des nerfs médian, radial et cubital, après leur section isolée ou combinée à des hauteurs différentes. Enfin ils ont étudié le mécanisme de l'innervation de la main et cherché à interpréter les données fournies par l'expérimentation, de manière à en tirer des conséquences théoriques pour la physiologie et des applications pratiques pour la pathologie.

D'une première série d'expériences il est ressorti ceci :

Il est impossible, chez le chien, de paralyser complétement un des doigts de la patte, par la section isolée de l'un des troncs nerveux. Celle du radial modifie à peine l'état de la sensibilité à la face dorsale des doigts. Celle du médian produit une anesthésie légère du bord interne de l'index et complète du lobe interne du gros coussinet. Celle du cubital amène l'anesthésie du bord externe de l'auriculaire et du lobe externe du gros coussinet.

Cherchant ce qui se passe lorsqu'il ne reste plus qu'un seul tronc nerveux intact dans la patte, ou, en d'autres termes, cherchant s'il n'est pas possible de délimiter la zone de sensibilité de chaque tronc, MM. Arloing et Tripier sont arrivés à montrer qu'il est impossible de délimiter exactement les parties de la peau qui seraient sous la dépendance de tel ou tel tronc ; qu'une certaine solidarité ou corrélation fonctionnelle paraît exister entre le radial, le cubital et le médian.

En rapprochant ces données physiologiques de celles que fournit l'anatomie, à savoir : l'existence de filets qui se détachent d'un tronc pour s'accoler à un autre tronc, la disposition en arcades de deux filets vasculaires, MM. Arloing et Tripier ont eu l'idée de se transporter à la périphérie, au-dessous de ces anastomoses. Si les sections des branches métacarpiennes, pensaient-ils, n'anéantissaient pas la sensibilité dans les téguments, ils devraient se transporter plus bas encore, sur les nerfs collatéraux des doigts, ce qui les rapprocherait singulièrement de la peau. — C'est ce qu'ils ont fait. Des sections isolées ou combinées des branches terminales des nerfs et des sections successives de tous les nerfs collatéraux d'un doigt, leur ont montré, par leurs résultats, qu'il devait exister des communications entre les extrémités terminales des troncs nerveux.

Ayant établi physiologiquement une corrélation fonctionnelle entre le médian, le radial et le cubital, il leur restait à en faire la démonstration, en explorant l'état de la sensibilité dans le bout périphérique des nerfs, après les sections isolées ou combinées à des hauteurs différentes.

Ils ont divisé cette seconde série d'expériences en plusieurs groupes. Un premier groupe a montré que le bout périphérique d'une branche terminale d'un nerf est sensible, quand ce nerf est la seule voie de communication qui soit intacte entre cette branche et les centres nerveux; d'où cette conséquence que les impressions sensitives sembleraient cheminer, dans un même nerf, du centre vers la périphérie, et de la périphérie vers le centre.

Restait à savoir si la transmission se fait d'un tronc sur un autre tronc.

L'expérimentation a répondu affirmativement. Le bout périphérique d'un tronc nerveux est sensible, pourvu qu'il reste un seul tronc intact dans le membre. Les impressions sensitives paraissent donc pouvoir gagner les centres en cheminant d'un tronc sur les troncs voisins.

En résumé, les résultats de la première série d'expériences de MM. Arloing et L. Tripier ont démontré, contrairement à ce que l'on enseignait jusque-là sur le rôle des nerfs qui président à la sensibilité des téguments, qu'il existe une corrélation fonctionnelle entre les différents nerfs qui se rendent à la peau.

Il s'agissait de rechercher ensuite ce que devient la sensibilité du bout périphérique des nerfs. On a vu encore, par la seconde série d'expériences, que, à l'encontre de ce qui était admis sur l'insensibilité du bout périphérique d'un nerf rachidien sectionné, ce bout périphérique conservait une sensibilité évidemment récurrente.

Rapprochant les résultats de ces expériences des données les plus récentes fournies par l'histologie sur les nerfs de la peau, ces physiologistes ont trouvé qu'elles se donnaient un mutuel appui.

Enfin, MM. Arloing et Tripier, après avoir constaté que les choses se passent dans le membre abdominal de la même manière que dans le membre thoracique, terminent la relation de leurs intéressantes expériences par cette remarque, qui en est comme la déduction générale, que la manière dont se comportent les nerfs rachidiens assure d'autant mieux la sensibilité des différentes régions où ils se rendent et empêche la paralysie de telle ou telle partie des téguments, pourvu que celle-ci soit encore en relation avec une branche nerveuse intacte.

Procédé pour extraire les membranes de l'œuf lorsqu'elles menacent de se rompre.

M. le docteur H. Godard, médecin-adjoint à la Maternité d'Angers, nous communique la note suivante, dans laquelle il expose un procédé de délivrance qui nous a paru, ainsi qu'à M. le docteur Bailly, à qui l'auteur l'a communiquée et dont tous nos lecteurs connaissent la compétence spéciale en pareille matière, mériter l'attention de nos lecteurs.

Dans son article sur la délivrance, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (1), M. C. Devilliers note que « l'on ne saurait trop rappeler qu'il est indispensable d'extraire le délivre de manière à ce qu'il ne reste dans la cavité utérine aucun lambeau de membranes, et que, pour peu que l'on conserve des doutes sur l'intégrité de celles-ci, il est de toute nécessité d'aller à la recherche de ces lambeaux en introduisant la main dans la matrice le plus tôt possible, après l'expulsion du délivre. »

(1) T. XI, p. 82. Paris, 1869

Tel est également le précepte de M. Depaul : « Si l'on s'aperçoit, dit-il (1), qu'un lambeau considérable fait défaut, il faut aller à sa recherche avec la main. »

Or, examinons ce qui survient d'ordinaire dans la délivrance.

L'accoucheur ayant attiré le placenta à la vulve, le tourne quatre ou cinq fois sur son axe et plus s'il le juge convenable, afin de détacher les membranes de l'œuf qui s'enroulent en cordon à la suite de ce placenta.

S'il arrive alors qu'il y ait une forte adhérence des membranes aux parois utérines ou que le col se resserre fortement sur ces membranes, lorsqu'on tirera sur le placenta les membranes se déchireront, et une portion de celles-ci restera dans la matrice.

Qu'adviendra-t-il ensuite?

De deux choses l'une, ou l'on suivra le précepte indiqué plus haut, en pratiquant une manœuvre très-pénible pour l'accouchée, ou l'on abandonnera les membranes dans l'utérus, en risquant alors de voir la femme prise d'écoulement lochial plus abondant, plus fétide, de pertes de sang plus considérables, de métrite, de métro-péritonite, voir même de fièvre puerpérale. Je sais que fort heureusement, en pareil cas, ces derniers accidents sont rares. L'on sait aussi que les avis sont partagés parmi les auteurs, pour juger si l'on doit, oui ou non, aller chercher ces membranes.

Et encore, en admettant qu'on se décide à les aller saisir, réussira-t-on toujours? — Combien est-il délicat, difficile, de les distinguer, de les pincer toutes, au milieu d'un magma de caillots et de sang liquide, avec une main souvent fatiguée!

Le procédé que nous proposons et que récemment nous avons pour la première fois mis en pratique avec beaucoup d'avantage, est aussi simple que dénué de tout inconvénient. Il nous semble ne devoir jamais être négligé dans les cas où les membranes ne viennent pas facilement à la suite du placenta et résistent aux tractions en menaçant de se rompre.

Voici en quoi il consiste : Le placenta étant sorti du vagin, après l'avoir tourné plusieurs fois sur son axe, nous posons ou faisons poser une ligature, avec un simple fil, suffisamment long et résistant, sur les membranes enroulées à la suite du placenta. Nous coupons avec des ciseaux ces membranes, entre la ligature et le placenta. De suite nous nous débarrassons de celuici. L'on ne craint plus alors de voir les membranes rentrer dans le vagin ou l'utérus, liées qu'elles sont et tenues par le fil dont les bouts restent suffisamment longs pour ne pas être entraînés en entier dans le vagin.

Il est toujours facile de ramener ces membranes au dehors; on peut ainsi tirer, par l'entremise du fil, sur elles, sans crainte de les déchirer, pourvu que l'on agisse avec quelques précautions. Nous dirons même, à ce sujet, que les membranes étant pincées également sur toute une circonférence de leur poche, dans le nœud qui les réunit en un seul faisceau, éprouvent ainsi *une traction égale* sur tous leurs points, lorsqu'on tire sur le fil, et résistent par conséquent beaucoup mieux aux déchirures.

En admettant que le décollement de ces membranes se fasse attendre, on peut, sans aucun inconvénient, patienter durant le

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1871, n° 20.

temps nécessaire pour en extraire le paquet, qu'on ne craint plus de perdre.

Je noterai la pratique du savant professeur de Louvain, en pareil cas. Voici ce que dit M. Hubert dans son *Traité d'accouchements* (t. II, page 519) : «... Il arrive parfois qu'un lambeau plus ou moins considérable des membranes se détache tout à fait et reste en arrière. Il faut alors le saisir avec un linge fin, aussi largement que possible, le tordre sur lui-même en tirant très-doucement et en le reprenant successivement plus haut, à mesure qu'il descend. Si son bout inférieur est caché dans le vagin, il faut bien introduire trois doigts, pour l'attirer d'abord à la vulve, le saisir et l'entraîner. »

Cette manœuvre très-utile, nous semble toutefois plus longue, plus délicate, que celle si simple qui consiste à jeter une ligature sur le cordon des membranes enroulées à la suite du placenta.

Un nœud, un coup de ciseaux, rien de plus.

Voici l'appréciation que M. Bailly a bien voulu nous transmettre sur le procédé de M. Godard, et qui accompagnait le manuscrit de notre confrère d'Angers :

« Le procédé employé avec succès par M. le docteur Godard, dans le fait relaté ci-dessus, n'a pas été, que je sache, décrit dans les traités classiques d'accouchements. Il est appelé, je crois, à rendre de réels services dans les cas où il s'agit d'extraire un paquet de membranes retenu en partie dans l'utérus, soit par des adhérences anormales, soit par la constriction trop énergique du col. En pareil cas, il importe avant tout de se rendre maître du lambeau membraneux. Une ligature jetée sur la portion la plus volumineuse de la corde formée par la torsion des membranes, est un bon moyen d'assurer sur celles-ci une prise solide, et d'empêcher qu'elles n'échappent à l'action de la main. Des tractions graduelles et soutenues exercées sur la ligature suffiront alors pour achever la délivrance. »

Dr B...

NOUVEAU TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU SAC LACRYMAL

PAR LA DILATATION COMBINÉE AVEC LA CAUTÉRISATION AU MOYEN DE LA SONDE HYGROMÉTRO-CAUSTIQUE

Du docteur P. Rabejac.

Il n'est peut-être pas d'affection atteignant l'appareil de la vision qui ait été l'objet de tant de traitements divers que celle dont nous allons nous occuper; nous voulons parler de la dacryocystite aiguë et chronique, de cette maladie que tous les moyens ont été impuissants à combattre avantageusement jusqu'à ce jour. Nous avons, pour notre part, essayé dans la clinique du docteur Daumas, remplaçant de M. le professeur Libreich, tous les procédés que les meilleurs traités d'ophtalmologie mettent à notre disposition; mais tous ont échoué ou du moins n'ont jamais amené qu'une guérison incomplète. La sécrétion du sac était diminuée, mais le larmoiement persistait toujours aussi abondant, et les malades partaient à demi guéris pour revenir quelques mois plus tard recommencer un nouveau traitement, qui était toujours fort long et impuissant à amender complétement les deux symptômes dont les malades se plaignent le plus, larmoiement et suppuration. Ces deux symptômes sont toujours accompagnés d'une cuisson dans l'angle interne de l'œil, ainsi que d'une légère injection de la conjonctive palpébrale. Une blépharite quelquefois intense est aussi, dans bien des cas, la compagne inséparable de cette maladie rebelle.

Dans le plus grand nombre de cas, le larmoiement est dû, non pas à ce que le canal ne présente pas une dilatation suffisante pour permettre le passage des larmes, mais bien à une accumulation de pus ou de sérosité purulente dans le sac. La guérison radicale ne peut donc être obtenue qu'en modifiant le canal secréteur et en le maintenant libre et exempt de tout ce qui peut amener son obstruction.

Nous pensons avoir résolu ce problème par l'emploi de notre procédé, que nous allons décrire et à l'appui duquel nous présenterons quelques observations.

Notre procédé consiste à avoir une sonde de corde à boyau, longue de 10 centimètres environ et du diamètre de 2 millimètres, que nous faisons recouvrir d'une couche mince de pâte de canquoin (3 de farine de froment, 2 de chlorure de zinc) dans une étendue de 5 centimètres.

Nous faisons l'opération de Bowman, qui consiste à inciser au moyen du couteau de Weber, du point lacrymal inférieur jusqu'au sac (1er temps de l'opération). Une fois cette incision faite, nous pénétrons avec le même couteau dans le sac lacrymal, que nous incisons dans toute son étendue (2e temps de l'opération). Ces deux temps de l'opération accomplis, nous introduisons la sonde porte-caustique, qui pénètre facilement, grâce à ces dernières incisions, et nous la coupons juste au niveau de son entrée dans le sac. Nous laissons agir cette sonde pendant 48 heures, après quoi nous l'extrayons au moyen de pinces mousses, et nous continuons le traitement par quelques sondages répétés tous les jours pendant environ trois semaines, combinés avec des injections d'eau simple, pour nettoyer le sac et afin d'aider à la cicatrisation.

Il est aisé de comprendre comment, par notre procédé, la cautérisation est unie à la dilatation. En effet, la sonde une fois introduite dans le sac, se dilate sous l'influence de la chaleur et de l'humidité qui la pénètre, et permet à la pâte caustique de se mettre parfaitement en contact avec le sac dans toute son étendue et de donner lieu à la formation d'une eschare régulière.

Un mois au plus suffit pour amener une guérison radicale de cette maladie si rebelle. Nous ne voulons aujourd'hui présenter que trois observations, nous réservant dans l'avenir d'en produire de nouvelles pour confirmer celles qui vont suivre.

Obs. I. — Mlle Ch. (Léontine), âgée de 14 ans, se présente à la consultation le 4 septembre. Elle se plaint d'un larmoiement et d'un léger picotement dans l'angle interne de l'œil. La conjonctive palpébrale est injectée et donne lieu, dit-elle, à une sensation de gravier. La pression exercée à l'angle interne de l'œil droit détermine la sortie par le point lacrymal inférieur d'une grande quantité de pus.

Le jour même de son arrivée à la Clinique, nous pratiquons l'opération ci-dessus décrite pour introduire la sonde hygrométro-caustique, que nous laissons à demeure. Le lendemain de l'opération, nous trouvons les paupières légèrement tuméfiées, avec une injection un peu plus prononcée de la conjonctive; le larmoiement est aussi abondant que la veille, mais ne paraît pas augmenté. Le surlendemain, c'est-à-dire 48 heures après l'opération, les symptômes inflammatoires sont en voie d'amendement; nous extrayons la sonde porte-caustique avec une pince mousse, et nous attendons la chute de l'eschare, qui ne tarde pas à avoir lieu six jours après.

Depuis le 4 septembre, notre jeune malade est venue nous voir tous les jours à la consultation. Nous nous contentons, depuis l'extraction de la sonde, de pratiquer tous les jours une injection d'eau fraîche et un sondage avec la sonde de Bowman n° 6, et aujourd'hui elle ne présente aucune trace de larmoiement ni de pus à la pression exercée dans l'angle interne de l'œil. La cicatrisation est aussi régulière que possible; la sonde parcourt le canal

avec facilité, et la malade demande quand elle pourra cesser ses visites.

Obs. II. — Mme G... (Marguerite), couturière, de Brie-Comte-Robert, âgée de 26 ans, vient nous consulter le 5 septembre. Il y a dix-huit mois, elle s'est aperçue que le larmoiement dont elle se plaignait depuis quelque temps, était accompagné d'un peu de suppuration dans l'angle interne de l'œil gauche. Aucune maladie des yeux antérieure. Santé générale bonne. La malade ne fait aucun traitement jusqu'au 5 septembre, époque à laquelle nous l'avons vue pour la première fois. Notre opération a été pratiquée et n'a donné lieu à aucun symptôme inflammatoire. Aujourd'hui, nous pratiquons les injections d'usage ainsi que les sondages répétés, et son œil gauche ne présente déjà plus de larmoiement ni la moindre trace de suppuration.

Obs. III. — Mme P... (Angelina), âgée de 40 ans, gantière, demeurant 82, rue Montmartre, vient nous consulter le 15 courant, pour une dacryocystite de l'œil droit. Le larmoiement avait paru cinq ans auparavant et la suppuration avait commencé depuis un an. L'état général est excellent; pas de maladie antérieure. — Conjonctive injectée, bord libre des paupières congestionné, paupière inférieure légèrement gonflée et œdématiée; sac lacrymal légèrement tuméfié et présentant à peu près le volume d'un petit pois. Nous pratiquons l'opération mixte de Bowman-Stilling pour introduire notre sonde hygrométrique chargée de caustique. Le lendemain, l'état inflammatoire de la conjonctive et des paupières était assez considérable, mais ne présentait rien d'inquiétant. Application de catasplasmes émollients pendant trois jours, renouvelés toutes les trois heures et amendement presque complet des symptômes. Extraction de la sonde caustique seulement le troisième jour. Aujourd'hui, nous pratiquons comme d'usage, et tous les jours, les sondages et les injections répétées, et nous voyons notre malade aller vers une guérison certaine. L'eschare est entièrement détachée, le canal est déjà libre de tout obstacle mécanique; enfin, plus de suppuration, plus de larmoiement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 octobre 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*; — le *Bordeaux médical*; — la *Gazette obstétricale*; — l'*Art dentaire*; — le 5e volume des *Transactions de la Société de clinique de Londres*.

M. Sistach, membre correspondant, fait hommage à la Société de deux mémoires intitulés : *Examen clinique de diverses luxations traumatiques*. — *Du traitement de la rupture du ligament rotulien par l'élévation et l'immobilité du membre inférieur sur un plan incliné*.

M. Giraldès offre à la Société le *Catalogue descriptif des calculs et autres concrétions animales contenus dans le musée du Collége royal des chirurgiens de Londres*; — le *Catalogue descriptif des spécimens dermatologiques contenus dans le même musée*; — le *Discours Huntérien pour 1871, prononcé par sir W. Fergusson*.

M. Larrey offre à la Société les tomes 71 et 72 des *Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences*.

M. Prestat, membre correspondant, assiste à la séance.

LECTURE

Reproduction des os par le périoste. — M. Prestat (de Pontoise), membre correspondant, lit l'observation suivante :

On m'amena le 16 juin 1872, vers dix heures du soir, un enfant de 13 ans, Louis F..., qui, vers les six heures, voulant dénicher un nid, avait perdu l'équilibre et était tombé d'une hauteur d'environ 12 mètres.

Toute la vitesse de la chute s'était épuisée sur l'avant-bras droit, qui s'était fracturé à sa partie inférieure. Le radius s'était séparé de son épiphyse inférieure et avait déchiré la peau en écartant les tendons fléchisseurs des doigts et faisait une saillie de 2 centimètres sur la face antérieure du poignet. Le cubitus était fracturé au-dessus de l'apophyse styloïde. Après avoir agrandi en T la plaie de l'avant-bras, je réduisis facilement la fracture et je reçus l'enfant à l'Hôtel-Dieu de Pontoise, pour l'avoir sous la main et pouvoir lui donner des soins plus assidus.

Pendant quatre semaines, je renouvelais les pansements matin et soir et je surveillais avec soin l'extrémité inférieure du radius, y cherchant des phénomènes de vitalité que j'espérais voir se développer sur cet os, bien que depuis l'accident il fût dépouillé de son périoste. Je pensais que les vaisseaux intérieurs, vu le jeune âge de mon blessé, pourraient suffire à entretenir la vie. A ce moment, bien convaincu que le radius était nécrosé dans sa partie inférieure et n'était plus qu'un obstacle à la guérison, craignant, d'autre part, de voir le périoste perdre, par la suppuration, sa vertu régénératrice du tissu osseux, je résolus de réséquer toute la portion séparée du périoste.

L'opération fut très-simple. Une incision parallèle à l'axe de l'avant-bras mit complétement à nu la partie nécrosée; une scie à chaîne, portée jusqu'au cul-de-sac formé par le périoste, retrancha 3 centimètres et demi de l'os, sans qu'aucun vaisseau important fût ouvert.

Pendant dix jours, j'employai encore le bandage roulé avec les attelles. Au bout de ce temps, je mis un appareil avec le silicate de potasse; une fenêtre pratiquée devant la plaie permettait le pansement, et le 28 juillet, je renvoyais l'enfant dans sa famille avec une plaie sans importance.

Ce ne fut que dans les premiers jours de septembre, cinq semaines après la résection, que j'enlevai l'appareil, et je trouvai le radius reproduit. Les mouvements de supination, de flexion et d'extension de la main étaient entiers. Seulement les deux phalangettes des doigts médius et annulaire sont pliées sur la seconde phalange sous un angle de vingt-cinq degrés, suite de la contracture du fléchisseur superficiel ou d'adhérence de ses tendons à la cicatrice. En outre, ces deux doigts ont perdu la sensibilité tactile.

Le résultat serait parfait si, comme il arrive dans le cas de régénération des os, le nouvel os n'était pas plus petit que l'ancien. Il en résulte que la main se trouve portée sur le bord radial, au lieu de prolonger l'axe de l'avant-bras, et que le fragment du cubitus formé par l'apophyse styloïde s'est coudé à angle aigu. Toute regrettable que soit cette légère déformation, elle n'apporte pas une difficulté manifeste aux mouvements et ne gêne pas les fonctions du membre.

COMMUNICATION

Ponction capillaire évacuatrice dans les épanchements sanguins articulaires. — M. Dubrueil communique le fait suivant :

Il y a huit jours environ, un malade entra dans mon service, à l'hôpital Baujon, avec une fracture transversale de la rotule. L'articulation était distendue par un épanchement considérable qui écartait les fragments et causait au malade de vives douleurs. Désirant le soulager, je songeai à vider la synoviale à l'aide de l'appareil de Dieulafoy. Une première ponction fut faite sur le côté interne de la rotule avec le trocart moyen et ne donna issue à rien du tout. Je retirai l'instrument et ponctionnai en dehors de la rotule. Cette ponction fut tout aussi inutile que la précédente. Pas une goutte de liquide ne fut évacuée.

Les piqûres furent immédiatement couvertes avec de la baudruche collodionée; le membre inférieur fut placé dans une gouttière, et le genou recouvert d'un large cataplasme.

Ce malade n'a rien présenté de particulier jusqu'à hier; mais hier matin, quand je m'approchai de son lit, il se hâta de me dire qu'il souffrait horriblement du genou; il avait une fièvre intense. Je retirai la baudruche qui recouvrait les piqûres, et je trouvai celle du côté interne cicatrisée; mais la piqûre externe était béante, et, sous l'influece d'une légère pression exercée sur l'articulation, elle laissa écouler une quantité considérable de liquide sanguinolent.

Trente sangsues ont été appliquées sur le genou, un purgatif salin a été administré; mais ce matin, malgré ce traitement, j'ai pu constater que du véritable pus s'échappait par la piqûre.

L'intervention chirurgicale me paraît ici avoir déterminé l'arthrite, et dorénavant je m'abstiendrai, en pareille occurence, de toute ponction articulaire.

M. CHASSAIGNAC. M. Dubrueil, montre une entière bonne foi dont je lui fais tous mes compliments, et ne mérite aucun reproche. Il a fait usage d'une méthode employée, et on lui doit des félicitations pour avoir publié un fait malheureux au lieu de le passer sous silence, comme le font tant d'inventeurs de procédés nouveaux. Oui, les ponctions des articulations peuvent être mortelles, il faut qu'on le sache. J'avoue que je crois nécessaire de s'élever contre l'abus des ponctions capillaires évacuatrices dans les épanchements de toute nature. M. Laboulbène n'a-t-il pas présenté à l'Académie, il y a peu de temps, un cas où il avait pratiqué les ponctions évacuatrices pour une arthrite blennorrhagique?

Les ponctions abusives se répandent partout. On les emploie, même dans les affections qui sont du ressort de la médecine. Il faut nous élever ici contre la pratique des ponctions dans les grandes articulations. Les cavités où il n'y a pas de suppuration ne doivent pas être soumises à ces ponctions, même lorsqu'il y aurait l'excuse de s'en servir pour le diagnostic; car, dans le fait observé par M. Dubrueil, il n'est rien sorti par la canule.

Les ponctions ne sont pas innocentes lorsqu'on les pratique contre des épanchements séreux. En effet, on voit souvent qu'après trois ou quatre ponctions évacuatrices qui ont donné issue à du liquide séreux, le chirurgien retirer du pus. Ceci pouvait être prévu à l'avance. Ne savons-nous pas que les ponctions simples dans des kystes hydatiques du foie étaient jadis un moyen de provoquer la suppuration de ces kystes?

M. DESPRÉS. Notre collègue, M. Dubrueil, était autorisé à pratiquer l'opération qu'il a tentée, car Jarjavay avait proposé et mis à exécution les ponctions des hémo-hydarthroses du genou avec la lancette en imitation des ponctions de la tunique vaginale dans l'orchite aiguë instituées par Velpeau. Mais les opérations qu'a faites Jarjavay et celle qu'a pratiquée M. Dubrueil sont passibles d'une critique générale. Elles sont en opposition avec les préceptes que nous avons reçus et que la plupart des chirurgiens mettent aujourd'hui en pratique. Les épanchements sanguins ne doivent pas être ouverts ni évacués.

Mais si l'on admet ce principe dans toute sa rigueur, on ne doit pas partager la réprobation montrée pour les ponctions des articulations dont la séreuse est malade. Je n'ai fait que deux fois des ponctions dans l'articulation du genou, et je l'ai fait avec sécurité. Une malade atteinte d'hydarthrose chronique, suite d'un ancien rhumatisme articulaire resté fixé au genou, et qui avait résisté aux moyens de traitement ordinaires, a été soumise, à deux reprises, à une injection iodée. La malade a guéri et a conservé les mouvements de son articulation; elle est restée infirmière à l'hôpital de Lourcine. Un autre malade, à l'hôpital Cochin, atteint d'hydarthrose chronique avec épaississement de la synoviale du genou, a été traité de la même façon, cette fois avec la seringue de Dieulafoy; deux ponctions et injections ont été faites. Le malade est sorti de l'hôpital amélioré et se servant de son membre. Il restait encore un peu de gonflement. Ces faits m'ont convaincu que les articulations supportent mieux qu'on ne pense les ponctions et les injections.

M. VERNEUIL. Il serait bon de mettre un frein à la manie des ponctions dans les articulations. A quoi servent des ponctions qui sont loin d'être innocentes, si l'on a de bonnes méthodes de traitement capables de guérir, et qui n'offrent aucun danger? Les douleurs des hydarthroses ne résistent pas à une bonne position du membre.

J'ai vu un malade atteint d'hydarthrose, auquel une ponction avait été faite; il y avait eu du soulagement; l'épanchement et la douleur s'étaient reproduits. J'ai mis le membre dans un appareil ouaté, et la guérison est survenue. Ces exemples sont communs. Aussi je m'élève contre la pratique des ponctions dans les hydarthroses aiguës.

M. GUYON. Je crois aussi à la puissance de l'immobilisation contre les hydarthroses, et puisque ce point de thérapeutique est soulevé, je parlerai d'un mode de traitement dont j'ai retiré des avantages pour les cas semblables à celui qu'a traité M. Dubrueil. Chez un malade qui avait une fracture de la rotule, avec épanchement dans l'article, j'ai eu la tentation de faire la ponction capillaire, mais je me suis arrêté et j'ai appliqué un vésicatoire. J'ai obtenu la résolution de l'épanchement.

M. TRÉLAT. Je partage entièrement l'avis de M. Després; oui, nous avons été élevés avec le précepte qu'il ne fallait pas ouvrir les épanchements sanguins, et j'ai vérifié moi-même ce précepte, ce qui a redoublé la valeur de mes convictions.

Il ne faut pas confondre les épanchements sanguins récents, les hydarthroses aiguës, avec les épanchements anciens; si la compression est bonne pour les hydarthroses aiguës, les épanchements anciens peuvent être traités par les ponctions.

M. MARJOLIN. On a abusé des ponctions évacuatrices en les appliquant aux épanchements sanguins. Les anciens chirurgiens ont dit qu'il ne fallait pas les ouvrir, et pour le céphalématome, en particulier, Danyau disait: « N'y touchez pas, quelle que soit la finesse du trocart. »

Je ne partage pas l'avis de M. Chassaignac sur le danger de la suppuration des kystes hydatiques après la ponction. J'ai fait des ponctions de ce genre et je n'ai pas eu d'accidents.

M. LARREY. Je m'associe à tous nos collègues pour dire que M. Dubrueil n'a aucun reproche à se faire. J'ajoute que je tiens pour très-dangereuse la ponction d'une articulation, et je dois dire que, dans aucun cas, je ne l'ai faite.

Je me joins à ceux de nos collègues qui disent qu'il ne faut pas toucher aux épanchements sanguins.

Je voudrais que la Société formulât une proposition destinée à réprimer cette tendance que l'on a à introduire les procédés chirurgicaux dans la médecine, car il est curieux de remarquer que plus les chirurgiens deviennent conservateurs, plus les médecins multiplient dans leur domaine les procédés chirurgicaux.

M. DUBRUEIL. Je répondrai à MM. Trélat et Després que je partage entièrement leur avis sur la nécessité de ne point toucher aux épanchements sanguins, et que c'est précisément parce que je croyais à l'innocence des ponctions capillaires que j'ai songé à les employer.

M. LE FORT. Les accidents d'arthrite survenus chez le malade de M. Dubrueil, ne sont pas dus d'une façon certaine à la ponction. M. Dubrueil ne doit pas trop s'accuser, car une fracture de la rotule avec épanchement de sang considérable dans l'article est une chose très-grave.

(*A suivre.*)

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

318. Sieffert. Essai sur les tumeurs du cervelet.

319. Onfray. Des injections au perchlorure de fer dans le traitement des tumeurs cirsoïdes artérielles.

320. Finot. Des moyens à opposer aux sueurs chez les phthisiques.

321. Verdun. Essai sur la diurèse et les diurétiques.

322. Cassaignau. Quelques mots sur les abcès des ligaments larges et leur traitement.

323. Verneuil. Remarques sur le cancer du pylore.

324. Bouillon. Propriétés thérapeutiques de l'Eucalyptus globulus.

325. Berruyer. Étude sur la thoracentèse comme moyen de traitement de la pleurésie aiguë.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Épidémies en Russie. — Un ordre du jour de S. Exc. le grand-maître de police notifie aux agents que la commission sanitaire de Saint-Pétersbourg, désireuse d'arrêter autant que possible les progrès du choléra et de la variole dans la capitale, a jugé nécessaire : 1° d'inviter les médecins inspecteurs d'arrondissement à se choisir des adjoints; 2° et de les autoriser à user gratuitement du télégraphe de la police pour leurs communications avec les bureaux de renseignements des hôpitaux. L'ordre en question prescrit à tous les agents de police d'aider les médecins inspecteurs dans l'accomplissement de leurs devoirs, et de veiller à ce que les malades de la variole qui ne sont pas en état de prendre, à domicile, les mesures de précautions hygiéniques nécessaires, soient immédiatement transportés dans les hôpitaux de la capitale.

— M. le docteur Fort recommencera son *cours annuel d'anatomie*, le mardi 22 octobre 1872, et le continuera tous les jours aux mêmes heures, jusqu'à la fin de mars 1873.

Le cours se composera de 260 leçons; deux leçons auront lieu tous les jours, la première à midi et demi, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique, et la seconde à quatre heures, dans l'amphithéâtre de M. Auzoux, rue Antoine-Dubois, n° 2.

Ce cours sera complet, et comprendra l'*anatomie descriptive*, l'*histologie*, les principales *régions*, et des notions de *physiologie*.

MM. les élèves seront dirigés dans la dissection.

On s'inscrit, 12, rue Caumartin, de 9 à 11 heures.

— On demande à acheter à Paris, ou dans un rayon de 100 kilomètres, une clientèle de médecin. Rapport annuel justifié de 15,000 fr. au minimum. — S'adresser à M. Joly, 59, rue de Rome, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

De l'embaumement chez les anciens et chez les modernes et des conservations pour l'étude de l'anatomie, par le docteur Sucquet, ancien préparateur d'anatomie au musée de l'École de médecine de Paris. — 1 vol. in-8°. Prix : 5 francs. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Nouvelles considérations pratiques sur le typhus, la fièvre jaune, les fièvres intermittentes, pernicieuses, paludéennes et la verrue péruvienne, par le docteur Tasset. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

De la curation des maladies de la peau, spécialement des maladies comprises sous le nom de dartres, à l'aide de la nouvelle médication phéniquée, par le docteur Déclat. — 1 vol. in-12. Prix : 2 francs. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 123. — MARDI 22 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 22 OCTOBRE 1872. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Clinique d'accouchements. Sur l'accouchement prématuré, dit spontané (M. Guéniot). — Du traitement du choléra par l'administration coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses (20 litres et plus dans les vingt-quatre heures) (M. A. Netter). — Société de chirurgie. — Correspondance. — Association française pour l'avancement des sciences. — Nouvelles.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. Guéniot

Suppléant M. le professeur Depaul.

Sur l'accouchement prématuré, dit spontané.

(Leçon recueillie par M. le Dr G. Chantreuil, chef de clinique.)

Messieurs, vous avez dû être frappés du grand nombre de femmes qui, depuis un mois, sont venues accoucher prématurément à la Clinique. La proportion en est telle qu'un instant elle a représenté plus de la moitié du chiffre de nos accouchées. C'est là un fait trop important pour que je le laisse passer sans commentaire sous vos yeux.

Et d'abord, quelles sont les conditions d'existence des femmes dont il s'agit? Vous avez assisté à l'enquête clinique que j'ai faite à cet égard dans le cours de nos visites ; il me suffit donc de vous en rappeler le résultat.

En premier lieu, vous avez pu constater avec moi que le plus grand nombre de ces accouchées sont des filles ; quelques-unes seulement sont des femmes mariées, et la presque totalité des unes et des autres se trouvent dans une profonde misère. Plusieurs nous ont avoué, sans grand détour, qu'elles n'avaient pas de quoi s'alimenter, qu'elles manquaient souvent du nécessaire même pour une femme non enceinte. — Jugez dès lors des privations qu'elles ont dû subir, elles qui avaient à se nourrir pour deux !

Ce dénûment, néanmoins, ne constitue pas encore l'influence la plus fâcheuse. Rappelez-vous ce que presque toutes nous ont répondu au sujet de leur travail quotidien. Malgré la grande variété de leurs professions, les unes se disant couturières, piqueuses de bottines, domestiques de charge ; les autres, cuisinières de restaurant, femmes de journée, filles de magasin, etc. ; toutes ou presque toutes comptaient onze heures, douze heures et plus de fatigue chaque jour. Vous n'avez pas oublié cette fille du n° 17, accouchée à huit mois et demi, qui, de sept heures du matin à minuit, était constamment en activité pour remplir son office de cuisinière ; ni cette autre du n° 16, accouchée plus d'un mois avant terme, et qui, malgré des conditions moins mauvaises, se tenait douze heures par jour debout devant un comptoir de vente ; ni cette jeune chiffonnière, couchée au n° 23, qui vint accoucher à sept mois et demi d'un enfant macéré, et qui, pendant tout le cours de sa grossesse, avait été employée à porter des paquets de chiffons. De tels exemples, il faut en convenir, sont bien significatifs et parlent assez d'eux-mêmes.

Mais ce n'est pas tout encore. Vous savez combien la plupart de ces malheureuses sont assaillies de préoccupations tristes. Le plus souvent dépourvues de tout, abandonnées de leur séducteur, répudiées par leur famille ou par les maîtres qu'elles servaient, elles supportent avec douleur le présent et ne voient dans l'avenir que misères et souffrances. Vous en avez entendu quelques-unes nous confier le secret de leur chagrin et nous dire combien, depuis plusieurs mois, leurs larmes étaient fréquentes et leur esprit agité.

Eh bien, messieurs, ce sont là autant de circonstances qui nous expliquent, chez ces femmes, la terminaison prématurée de la grossesse, l'accouchement à sept mois et demi, huit mois ou huit mois et demi. Ce sont ces trois causes réunies, — alimentation insuffisante, excès de fatigue physique et dépression morale ou chagrin persistant — qui, chez plusieurs d'entre elles, ont eu incontestablement la part principale dans cette expulsion anticipée de leur fruit. Notez, en effet, qu'elles n'ont éprouvé dans le cours de leur grossesse ni maladie aiguë, ni chute, ni traumatisme ; et que les intoxications syphilitique, saturnine ou autres ne sauraient être invoquées, puisque nos investigations sur ce point n'ont fourni que des résultats négatifs.

Dans un instant, je vous signalerai quelques causes spéciales d'accouchement prématuré ; vous savez que plusieurs de nos accouchées en offrent aussi des exemples. Mais, auparavant, recherchons comment agissent les influences plus générales dont je viens de vous entretenir.

Si vous considérez à part l'une quelconque de ces influences, soit l'excès de fatigue, soit le chagrin, soit l'insuffisance de nourriture, il vous faudra certainement lui supposer un bien haut degré d'intensité pour qu'elle arrive, par elle seule, à déterminer l'accouchement avant terme. Son action, en effet, n'intéresse pas directement la grossesse, elle s'exerce d'abord sur l'ensemble de l'économie de la femme, qu'elle contribue à appauvrir. En fait, journellement nous voyons accoucher à terme des femmes qui ont vécu, les unes dans la misère, les autres dans la tristesse, d'autres enfin dans un labeur constant. Mais ce qu'une cause isolée ne parvient pas à produire, plusieurs réunies peuvent le réaliser, et c'est, en définitive, à leur association qu'il convient

de rapporter, chez nos accouchées, la manifestation prématurée du travail de l'accouchement.

Chacune de ces influences, on ne saurait en douter, provoque dans les grandes fonctions une perturbation plus ou moins profonde et plus ou moins prolongée. L'insuffisance de l'alimentation entrave principalement la nutrition, et, par elle, beaucoup d'autres fonctions d'un ordre secondaire. Le chagrin et les émotions troublent à la fois l'innervation et la circulation. L'excès de fatigue musculaire vient ajouter son action dépressive à celle des causes précédentes, et c'est ainsi que, l'une fortifiant l'autre, elles aboutissent à des effets que ni l'une ni l'autre n'aurait pu produire séparément. Ces troubles persistants des grandes fonctions retentissent bientôt sur l'utérus, dont ils altèrent la circulation et surexcitent les contractions latentes; ils exaltent sa sensibilité propre, suractivent le développement ou l'hypertrophie de ses fibres musculaires, et préparent ainsi, d'une façon continue, cet organe à entrer en jeu avant l'époque du terme.

Tel est, messieurs, le mode suivant lequel se transmet, jusqu'au foyer même de la grossesse, l'influence des causes malfaisantes dont je vous entretiens. Vous le voyez, c'est par une action indirecte, lente, non interrompue que la misère physique et morale provoque dans la matrice un travail hâtif et précipite le terme de la gestation.

Voici maintenant d'autres femmes qui, elles aussi, sont accouchées prématurément, mais par des causes bien différentes des précédentes. C'est d'abord la femme du n° 7 qui, atteinte d'un prolapsus utérin, accoucha, malgré la réduction du col, vers 7 mois 1/2; puis, celle du n° 24, accouchée à 7 mois et une semaine par suite d'une insertion vicieuse du placenta; puis celle du n° 15, qui expulsa, à 7 mois 1/2, un enfant mort et macéré; puis, la mère des deux petits jumeaux que vous avez pu voir à notre visite, et dont la naissance eut lieu vers 8 mois de conception; enfin, cette femme du n° 3, dont je vous ai récemment retracé l'histoire, et qui, atteinte d'un kyste volumineux de l'ovaire, accoucha, ou, pour mieux dire, avorta à 5 mois 1/2. Peut-être ne devrais-je pas mentionner ici ce dernier fait, puisque l'expulsion du fœtus s'est effectuée à une époque où celui-ci n'était pas encore viable. Mais, en réalité, au point de vue qui nous occupe, cette particularité peut être négligée; d'autant que, généralement, les tumeurs de l'ovaire permettent à la grossesse d'arriver plus près de son terme.

Comment agissent ces causes spéciales pour déterminer prématurément l'évacuation de la matrice? Quelle qu'en soit la nature, c'est toujours en sollicitant intempestivement les contractions de cet organe, ou plutôt en exaltant celles qui, dans le cours normal de la gestation, existent à l'état obscur et ne se révèlent qu'à une main exercée.

Ainsi, dans la grossesse de jumeaux, comme dans les cas d'hydropisie de l'amnios, la distension excessive des parois utérines provoque celles-ci à réagir, à se contracter et à commencer le travail de déplétion avant que le fruit soit arrivé à maturité.

Il en est de même lorsqu'une tumeur abdominale entrave le développement de la matrice ou qu'une irritation permanente se produit sur le col par le fait d'un prolapsus. S'agit-il d'une hémorrhagie survenant dans les derniers mois de la gestation? Le mécanisme de son action est encore à peu près le même. Que cette hémorrhagie soit la conséquence d'une insertion vicieuse du placenta ou qu'elle reconnaisse toute autre cause, elle détermine en effet un trouble dans la circulation de l'utérus et surexcite consécutivement les contractions de cet organe. Ajoutez que les moyens de traitement qu'on lui oppose concourent souvent, pour une bonne part, à la provocation du travail.

Quant aux accouchements avant terme qui sont dus à la mort du fœtus, rien de plus naturel que leur existence, ni de plus aisé à concevoir. Une fois l'enfant mort, la grossesse ne saurait plus avoir d'objet; sa terminaison prochaine devient donc pour ainsi dire fatale. En pareil cas, le sang de la mère, privé de son stimulus ordinaire, cesse bientôt d'arriver jusqu'au placenta. Par suite, celui-ci ne tarde pas à jouer, entre la matrice et le fœtus, le rôle d'un corps isolant; et l'œuf tout entier, à son tour, se trouve en quelques jours dans les conditions d'un corps étranger à l'organisme. Il est vraiment remarquable de voir comment l'utérus qui, auparavant, nourrissait cet œuf et le protégeait d'une façon si exceptionnelle, change parfois rapidement de disposition à son sujet, devient intolérant pour lui, entre en suractivité et ne se repose qu'après son entière expulsion.

Ainsi, messieurs, relativement à l'étiologie de l'accouchement prématuré, voilà toute une variété d'exemples qui se trouvent accumulés sous vos yeux. Une telle réunion, en un temps si court, représente assurément quelque chose d'insolite, une de ces *séries* de faits concomitants qu'aucune cause commune ne semble relier, et qui sont toujours pour le médecin une réalité inexplicable.

Ajoutez aux influences qui précèdent les chutes ou les traumatismes, les intoxications syphilitique et saturnine, l'ictère malin, les grandes et brusques émotions de l'âme, comme la colère ou la frayeur, et vous aurez le tableau presque complet des causes de l'accouchement prématuré spontané. Quand je dis *spontané*, vous comprenez combien cette épithète, après la revue étiologique que je viens de tracer, se trouve inexactement appliquée. On peut le dire, rien n'est moins spontané que l'accouchement qualifié tel. Mais c'est par opposition avec l'accouchement *provoqué* avant terme par le chirurgien, que nous sommes obligés de recourir à cette désignation en apparence fautive. De fait, sur ce point tout le monde s'entend, et cela suffit.

En résumé, il résulte de cet examen des causes spéciales d'accouchement prématuré que, contrairement aux causes générales que nous avons signalées en commençant, elles agissent directement, soit sur la fibre musculaire de l'utérus, soit sur l'innervation ou sur la circulation de cet organe.

(*A suivre.*)

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA

PAR L'ADMINISTRATION, COUP SUR COUP, D'ÉNORMES QUANTITÉS DE BOISSONS AQUEUSES (20 LITRES ET PLUS, DANS LES VINGT-QUATRE HEURES) (1).

Par M. A. Netter.

III

Dans l'Inde, le choléra exerça d'abord ses ravages de 1817 à 1824; alors il y eut une intermission et l'on se croyait à la fin de l'épidémie. Scot, le célèbre Scot, ayant par devers lui tous les documents nécessaires, rédigea son livre intitulé : *Traité complet du choléra-morbus de l'Inde, tel qu'il s'est montré dans les territoires soumis à la présidence du fort Saint-George, rédigé par ordre du gouvernement...* 1824. (Ouvrage traduit par Blin, 1831.)

J'en transcris le passage suivant :

« Il n'y a point eu, dans la pratique, de point plus universel-

(1) Suite. — Voir les numéros des 3, 8 et 15 octobre 1872.

lement établi, d'un commun accord, quoique évidemment un des plus sujets à contestation, que l'*interdiction* des boissons et des délayants dans le choléra. On les a presque unanimement regardés comme *inadmissibles*, sous prétexte, principalement, que l'estomac se refuse à les garder, et qu'il importe d'éviter tout ce qui pourrait entretenir l'irritation de cet organe ou servir à la renouveler; mais peut-on bien se permettre de ne faire aucune attention à ce sentiment terrible de soif qui forme un des principaux et des plus affligeants symptômes de la maladie? Peut-on aussi négliger cet état du corps, privé de toutes ses parties séreuses ou aqueuses?

« Quelques-uns de nos meilleurs praticiens ont, à la vérité, permis de bonne heure, et en apparence avec avantage, l'usage des boissons adoucissantes, délayantes tièdes et même des boissons acidulées. On a aussi lieu de croire que, depuis la première apparition du choléra (en 1817), la défense rigoureuse d'user des liquides a reçu quelques modifications. Mais quoique, en général, l'on accorde maintenant de plus grandes quantités de boissons, l'avantage réel d'en étendre l'emploi jusquà remplir l'office de délayants *n'a pas, ce semble, attiré l'attention autant que le demanderait l'importance du sujet.* »

On le voit, de 1817 à 1824, pendant sept ans, les médecins anglais, bien loin d'appliquer le traitement de Sydenham, ont tout à rebours refusé les boissons, et quand ils en accordèrent, ce fut toujours avec parcimonie, dans la crainte d'augmenter *l'irritation* de l'estomac. Ici se constate un des effets fâcheux de la doctrine médicale qui alors venait de s'établir. « L'humorisme, dit éloquemment Chomel, avait régné dans les écoles, pendant des siècles, sans partage. Il est attaqué vers la fin du dernier siècle, et en quelques années le triomphe du solidisme est complet et incontesté. C'est ainsi que marchent les affaires humaines. Dans les sciences, dans les lettres, en politique, en toutes choses, les opinions des masses exercent sur les esprits une action comparable à celle de ces torrents qui entraînent irrésistiblement ce qui se trouve sur leur passage. Telle a été l'influence du solidisme, *personnifié dans la doctrine de l'irritation.* Chacun peut se rappeler avec quelle puissance elle s'est étendue, quelle tyrannie elle a exercée... » On en a ici, hélas! une preuve trop pénible. Pendant deux mille ans l'humorisme guérissait les cholériques à coup sûr par le lavage intestinal; le solidisme vient renverser l'antique doctrine et laisse les malades mourir de soif, oui, mourir de soif; car, dans le choléra, la soif, tourmentant les malades au milieu même de leurs vomissements, est le cri de l'organisme réclamant l'eau qui fait défaut. En vain les désastres se succèdent et s'accumulent; personne n'a la pensée de consulter Celse ou Sydenham, et aurait-on ouvert ces auteurs, on n'y aurait plus rien compris, l'idée d'une *matière âcre dans le tube digestif* (déjections nuisibles comme nous disons aujourd'hui) et les idées corrélatives de *délayants* et de *lavage*, tout cela étant considéré comme choses chimériques inconciliables avec la doctrine de l'irritation.

« Telle a été, à l'origine du fléau, la déplorable disposition des esprits, qui s'est encore aggravée par l'idée dès-lors préconçue que le choléra actuel serait une maladie tout à fait différente du choléra de Sydenham. Laissons encore parler Scot.

En 1817, quand le choléra a commencé à sévir, les médecins ignoraient complétement que, dans l'Inde, l'affection régnait endémiquement; ils ne savaient pas, comme Scot enfin le démontre en 1824, que déjà de semblables épidémies avaient régné en 1814, 1783, 1773, 1770. « En 1817, tout le monde, dans l'Inde, y compris les médecins, avait été, pour ainsi dire, pris au dépourvu. La maladie, bien que *non nouvelle en réalité*, l'était pour les uns comme pour les autres; mais depuis qu'elle est devenue familière aux anciens praticiens, plusieurs d'entre eux se rappellent en avoir rencontré des cas isolés... Un moment on a considéré l'affection comme une forme insolite et maligne du choléra de Sydenham, mais cette idée a été bientôt, et *peut-être trop précipitamment abandonnée.* »

On le voit, tout s'est comme conjuré pour égarer les esprits. D'une part, idée préconçue de maladie nouvelle, sur laquelle, conséquemment, les anciens ne sauraient rien apprendre; d'autre part, doctrine de l'irritation qui, en présence des vomissements, devait refuser les boissons!!!

En 1824, enfin, Scot s'est aperçu qu'il fallait aussi compter avec la soif inextinguible des cholériques ainsi qu'avec les pertes d'eau éprouvées par les organismes, et, remontant aux causes des errements suivis: « *Peut-être*, dit-il, a-t-on trop précipitamment abandonné l'idée d'un rapport avec le choléra de Sydenham, et *il semble* que le traitement par les boissons très-abondantes n'a pas attiré l'attention autant que le comporterait l'importance du sujet... » Regrets inutiles, qui ne pourront ébranler la doctrine tyrannique de l'irritation. Le choléra se réveille dans l'Inde, y sévit jusqu'en 1830, et personne n'a égard aux paroles de Scot. Moreau de Jonnès, qui nous décrit là les choses jusqu'à cette dernière époque, énumère tous les traitements essayés, et ne dit mot du lavage intestinal. Est-il besoin d'ajouter qu'avec l'extension du fléau en dehors de l'Inde, en Europe, les errements resteront les mêmes: idée de maladie nouvelle et doctrine de l'irritation dominant de plus en plus les esprits, crainte excessive des vomissements, interdiction ou parcimonie des boissons, rien ne changera.

En vain, de nos jours, M. Bouillaud s'élève-t-il contre la distinction scolastique des deux choléras; sa voix reste sans écho. Pendant le cours des épidémies qui se succèdent, divers praticiens viennent tour à tour vanter les effets prodigieux du traitement par les boissons en quantité énorme: personne n'y fait la moindre attention. Depuis dix ans, je ne cesse de rappeler les esprits à la pratique ancienne, en 1862, en 1865, en 1867, on n'écoute rien. Espérons que maintenant les choses changeront et que toute la question sera reprise *ab ovo*.

On dit et on se plaît à répéter que le choléra est une affection bizarre, cédant à tel remède entre les mains d'un médecin, résistant au même remède entre les mains d'un autre, affection horriblement meurtrière aussi à un moment de l'épidémie et et puis, à un autre moment, se dissipant facilement, dans les cas en apparence les plus graves; oui, toutes ces bizarreries se sont présentées jusqu'ici; mais comment en eût-il été autrement! Dans le choléra, c'est l'eau qui fait défaut, et jusqu'ici nous avons prescrit de l'opium, de l'éther, du calomel, du gingembre, que sais-je... Naturellement les malades ont dû guérir ou succomber, selon que, chose pour nous accessoire, ils auront bu plus ou moins d'eau. Quant à l'influence qu'exercerait sur la terminaison des cas tel ou tel moment de l'épidémie, l'explication pourrait bien être de la même simplicité. En effet, au début d'une épidémie, notre confiance dans les remèdes actifs nous fait veiller à la stricte exécution de nos ordonnances, jusqu'à ce que, découragés par l'inutilité de nos soins, de guerre lasse, nous ne faisons plus rien, ne prescrivant plus que par acquit de conscience; alors les malades, ceux des hôpitaux, sont comme abandonnés à eux-mêmes, et s'ils obtiennent d'un infirmier la seule chose qu'ils demandent, à savoir de l'eau, ils ressusciteront dans les cas les plus graves, à la grande surprise des mé-

decins dont l'attention était ailleurs. Rappelez-vous les paysans dont parle Legroux et qui, abandonnés à eux-mêmes, guérissaient, grâces aux seaux de leurs puits.

Le choléra est une affection bizarre ! Mais non ; autour de nous, dans la nature, rien n'est bizarre, et tous les faits y sont également ordinaires, c'est-à-dire rentrant tous dans l'ordre des lois de nature. Seule, l'intelligence humaine est trop souvent bizarre, au point qu'ici, s'étant engagée dans la question de travers, et n'ayant pas tardé à voir les choses grimacer les unes avec les autres, elle s'en prend à la nature, disant que les faits sont bizarres. Je l'ai déjà dit à propos d'autres questions : de même qu'en optique, les miroirs convexes et concaves renvoient des images grotesques, de même l'esprit humain, miroir intellectuel, s'il est imbu d'idées fausses, reflète les choses de travers. Bref, l'aveu même que le choléra nous apparaît comme une affection bizarre, cet aveu même est la déclaration que la question a été horriblement engagée. Donc il faut reprendre les choses *ab ovo*, et en thérapeutique, eu égard aux ressemblances incontestées entre les deux choléras, commencer d'abord par le traitement traditionnel. Si c'est de ma part une illusion, nous aurons toujours le temps de revenir à nos errements actuels.

Je terminerai cet exposé par quelques considérations sur la diarrhée initiale du choléra et sur les cas dits *foudroyants ;* finalement, je formulerai les conditions du traitement.

(*La fin prochainemant.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 octobre 1872 (1). — Présidence de M. Trélat.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Tumeur fibreuse de l'utérus simulant son renversement. — M. LÉON LE FORT. La pièce anatomique que je vous présente offre, comme intérêt, son volume et son siége exceptionnels et quelques particularités intéressant le diagnostic. Le 30 septembre, entrait dans mon service à Lariboisière une femme de 40 ans, extrêmement anémiée, au point de faire redouter une mort prochaine. Cette anémie ne pouvait être attribuée qu'à des métrorrhagies fréquentes survenues depuis deux ans. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, elle vit sortir de la vulve une tumeur d'abord petite, mais dont le volume augmenta rapidement, et dont la sortie était accélérée par les efforts d'expulsion qu'amenait sa présence. Le lendemain, l'hémorrhagie devint subitement considérable, et subitement aussi la malade accoucha en quelque sorte, mais sans efforts et sans douleurs, de la tumeur volumineuse pour laquelle elle vint réclamer nos soins.

Cette tumeur pyriforme a le volume d'une tête de fœtus à terme ; sa base est un peu aplatie d'avant en arrière, allongée transversalement. Le pédicule, de la grosseur du poignet, se perd dans le vagin. Sa surface, noire par places, grisâtre dans d'autres points, paraît en voie de mortification ; du côté du pédicule, au contraire, elle est rosée, extrêmement vasculaire, et présente l'aspect d'une muqueuse dont les vaisseaux seraient variqueux.

Tout d'abord, je songe à un polype de l'utérus spontanément expulsé ; mais en pratiquant le toucher, je constate des particularités très-insolites. Le doigt, mené le long du pédicule, arrive au cul-de-sac vaginal, aussi bien en avant qu'en arrière sans rencontrer aucune saillie, aucune dépression, aucune bride qui puisse faire croire à la présence du col utérin.

Assez incertain sur le parti à prendre, je pris l'avis de mon collègue M. Verneuil. Sa première impression fut qu'il s'agissait d'un polype utérin ; mais le toucher lui fit également abandonner ce diagnostic, et nous crûmes tous deux qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse volumineuse implantée sur le fond et sur la face péritonéale de l'utérus, tumeur ayant peu à peu invaginé le fond de l'organe dans son col, et qu'en dernier lieu, le col lui-même, au moment de l'accouchement de cette tumeur, s'était invaginé. Cette hypothèse pouvait seule expliquer les phénomènes observés.

Nous pensions donc que l'enveloppe extérieure de la tumeur était formée par du tissu utérin entourant une volumineuse tumeur fibreuse, et que le pédicule était formé par le col utérin retourné et coiffé d'une faible partie de la muqueuse vaginale. Une incision faite à la base libre de la tumeur ne donna issue qu'à un peu de sérosité ; cette partie était en voie de mortification.

Il nous parut utile, en raison de l'état grave de la malade, de la débarrasser d'une tumeur dont le poids, par les tiraillements qu'il exerçait, paraissait la cause des vomissements incessants qui s'étaient montrés depuis deux jours, et de la débarrasser aussi d'un foyer d'infection, en retranchant ce qui paraissait se sphacéler. Le lendemain, avec l'aide de M. Verneuil, je fis au galvano-cautère une incision circulaire sur le pédicule ; comme il s'écoulait cependant du sang (ressemblant à de la sérosité sanguinolente), et que l'état de la malade rendait grave la moindre hémorrhagie, j'appliquai sur ce pédicule, un peu au-dessus de l'incision, une chaîne d'écraseur faisant l'office d'une ligature en masse. Toute hémorrhagie cessa. J'incisai alors verticalement ce tissu en partie sphacélé qui, dans nos prévisions, devait être du tissu utérin entourant la tumeur fibreuse, et en effet, après avoir incisé une couche mince d'une sorte de tissu aréolaire, nous trouvâmes une sorte de cavité dans laquelle on pouvait promener le doigt autour d'une volumineuse tumeur, laquelle incisée à son tour, était évidemment une tumeur fibreuse. Notre diagnostic nous parut dès lors pleinement justifié. J'appliquai près de la chaîne de l'écraseur une forte ligature, et j'excisai la tumeur.

Après l'opération, les vomissements cessèrent. La malade étant très-faible, je lui fis donner chaque jour une demi-bouteille de champagne ; mais après trente-six heures de mieux apparent, elle alla en s'affaiblissant, et mourut dans la nuit du deuxième jour.

A l'autopsie, que je fis moi-même avec le plus grand soin, je comptais trouver la confirmation de notre diagnostic, mais après avoir ouvert le ventre, je constatai que l'utérus avec son volume normal, ayant pu remonter, grâce à l'enlèvement de la tumeur, se trouvait à sa place ordinaire.

Rien d'anormal n'existait du côté du bassin. Je sciai le pubis, j'incisai la paroi antérieure du vagin, et je constatai que le pédicule se continuait sans aucune marque de démarcation avec la muqueuse vaginale. Aucune trace de col ne pouvait être constatée. J'incisai par le bassin le fond de l'utérus, j'introduisis une sonde cannelée que je vis, à la surprise de tous, sortir par une fente allongée, existant sur la face postérieure du pédicule, fente que même sur le cadavre et après l'ouverture du vagin, l'examen direct ne nous avait pas fait apercevoir, car elle ressemblait à un pli vertical, à une légère dépression linéaire du pédicule. Cette fente, mesurant 4 centimètres de longueur, n'était autre que l'ouverture du col utérin, et en résumé, cette tumeur est une tumeur fibreuse développée très-près de la face libre et sur la superficie du col ; tumeur qui, en s'accroissant, a continué à se coiffer d'une certaine quantité de tissu du col, laquelle a subi une hypertrophie, faisant plus que compenser son extension. Le col s'est à son tour allongé, hypertrophié, de telle sorte qu'il ne faisait qu'un avec la tumeur, dont il constituait le pédicule ; et, ce qui fait surtout l'intérêt de cette tumeur, c'est que sa configuration, son mode de développement, pourraient faire commettre à d'autres l'erreur de diagnostic, dans lequel un examen attentif a fait tomber M. Verneuil et moi, bien que notre impression première eût été que nous avions affaire à un polype.

M. TARNIER. Les tumeurs fibreuses développées dans une des lèvres du col ne sont pas très-fréquentes. J'ai vu un cas de ce genre.

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Une femme présentait une tumeur qui emplissait le vagin. Je cherchai le pédicule et ne le trouvai point. L'examen au spéculum ne me permit pas de trouver le col que je supposais dévié. Je pensai à enlever la tumeur, car il me paraissait bon d'agir, à cause des pertes qui affaiblissaient la malade. Je vis la malade avec M. Huguier, qui considéra ce fait comme rare et comme un exemple de corps fibreux du col, et il fut d'avis de ne pas opérer, parce que, disait-il, si l'on opère ces tumeurs avant qu'elles soient pédiculées, on s'expose a ouvrir le cul-de-sac péritonéal.

M. CHASSAIGNAC. Le toucher rectal a-t-il été pratiqué? Il fournit dans les cas de ce genre de précieux renseignements. Si l'on y joint l'introduction d'une sonde dans la vessie et qu'on la promène dans tous les sens, en même temps que l'on touche par le rectum, on peut constater l'absence ou la présence de l'utérus. C'est ainsi que j'ai reconnu l'absence de l'utérus chez une jeune fille qui, néanmoins, était hystérique.

Le danger d'ouvrir le péritoine lorsqu'on enlève une tumeur du col, n'existe pas pour l'opérateur qui observe les règles prescrites pour ce genre d'opération; si l'on circonscrit la tumeur en y passant, d'avant en arrière, un trocart courbe, autour duquel on jette une chaine d'écrasement, on évitera de toucher le péritoine.

M. LE FORT. Je n'ai rien trouvé de précis par le toucher rectal. La tumeur que l'on voit sur cette pièce aurait pu me faire supposer que c'était le col, mais je ne pouvais arriver jusqu'au corps de l'utérus.

M. CHASSAIGNAC. Je ne partage pas l'avis de M. Tarnier Je crois que l'on peut opérer près du col, et si l'on n'enlève pas toute la tumeur, on peut en enlever une partie. M. Depaul a enlevé une hypertrophie du col avec l'écraseur, et j'ai enlevé des corps fibreux emplissant le bassin avec cet instrument.

J'ajoute qu'il n'est pas facultatif d'enlever ou de laisser des tumeurs semblables à celles dont il est ici question; il ne faut pas laisser les malades s'affaiblir.

M. TARNIER. La palpation de l'abdomen et le toucher rectal permettent de trouver l'utérus, cela est incontesté. Mais chez les femmes très-grasses, il y a de très-grandes difficultés pour tirer profit de ces explorations. Une femme m'a été envoyée à la Maternité, elle avait une tumeur au museau de tanche; le toucher combiné avec le palper abdominal n'a pas permis de sentir le fond de l'utérus.

J'ai été surpris de voir M. Hugnier dire que les tumeurs fibreuses du col étaient rares. Je ne les crois pas très-fréquentes, mais je pense qu'il en a été déjà observé un bon nombre.

Quant à l'opportunité de l'opération, elle dépend du caractère du chirurgien; dans le cas que j'ai observé et pour lequel M. Hugnier était d'avis d'attendre, il n'y avait pas de pertes inquiétantes, et la crainte de toucher le péritoine en enlevant la tumeur me paraissait justifiée.

M. BLOT. J'ai été consulté pour un mariage à l'effet de savoir si une jeune fille avait un utérus. J'ai introduit une sonde dans la vessie, et j'ai exploré ainsi le bassin avec la plus grande facilité. Les résultats obtenus, combinés à ceux qui étaient fournis par le toucher rectal, m'ont permis d'affirmer qu'il n'y avait pas d'utérus.

Pour ce qui est des opérations, il ne faudrait pas être timoré à l'excès.

On doit opérer, même si les pertes ne sont pas abondantes, et ne pas attendre que les femmes soient affaiblies. Les petites hémorrhagies répétées sont plus redoutables que de grandes hémorrhagies éloignées.

M. LEFORT. On ne peut savoir, par le toucher rectal, ni où commence ni où finit l'utérus dans les cas pareils à celui dont j'entretiens mes collègues, puisque, à l'autopsie et *de visu* on ne peut pas préciser où se termine le col et où commence la tumeur fibreuse.

M. GUYON. Mais la tumeur n'est pas le col lui-même, et le tissu utérin qui l'environne n'est pas exceptionnel. C'est au contraire la règle que le tissu utérin entoure le fibrome.

M. TRÉLAT Il y a beaucoup de confusion parce que l'on ne se décide pas à appeler les tumeurs fibreuses par leur véritable nom, celui de myome.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

CORRESPONDANCE

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la GAZETTE DES HÔPITAUX.

11 octobre 1872.

Monsieur,

J'arrive de la campagne, où je m'étais arrangé des vacances si complètes qu'aucune publication scientifique, pas même votre très-estimable journal, ne parvenait jusqu'à moi. Ce n'est qu'à mon retour en ville, et par votre numéro du 30 septembre dernier, que j'ai eu connaissance du décret rendu, à la date du 25 septembre, par le Président de la République, sur la proposition du ministre de la guerre, et que vous avez reproduit tout au long dans vos colonnes. Votre journal, comme son titre l'indique et comme ses traditions l'y obligent, est l'organe naturel des médecins tant civils que militaires, et c'est à ce titre que je me permets de vous soumettre les réflexions suivantes que m'inspire le décret en question.

Aux premières lignes de ce document officiel on éprouve une certaine satisfaction, car on peut supposer qu'il s'agit là de porter remède à un état de choses que tous s'accordent à trouver défectueux; je veux parler de cette division des médecins-majors de l'armée en deux catégories, celle des hôpitaux qui comprend 180 sujets, et celle des corps de troupe qui en comporte 280. Aux premiers seuls est dévolu le soin de traiter nos soldats malades; les autres, — les médecins des corps, — sont condamnés, en temps ordinaire du moins, à ne faire presque que signer des billets d'hôpital pour leurs hommes, pour peu que ceux-ci tombent sérieusement malades, car il leur est interdit, de par le règlement, de conserver, soit à la chambre, soit à l'infirmerie, un soldat dès qu'il a *la fièvre*.

On sait que c'est par voie de concours, qu'aux termes du décret organique de 1852, on passe du service des corps de troupe dans celui des hôpitaux.

Disons bien vite que ce mode de fonctionnement a le tort immense, entre plusieurs autres, de tenir systématiquement éloignés de la pratique médicale, c'est-à-dire de l'unique moyen de perfectionnement professionnel, toute une catégorie de docteurs en médecine, formés à grands frais et à grand'peine par l'État; ce qui n'empêche pas qu'à un moment donné, en temps de guerre surtout, ces mêmes docteurs ne puissent être appelés par les circonstances à prendre la direction de services importants, pour lesquels ce ne serait pas trop de toutes les ressources de praticiens rompus, de longue main, au maniement des malades.

Un autre défaut choquant de ce système, c'est que tandis que l'État se prive volontairement d'utiliser les services et le savoir de serviteurs dont il s'est plu à compléter lui-même l'éducation médicale, il se résigne à confier les malades de son armée, dans de nombreux hospices civils, à des médecins qui peuvent lui être absolument inconnus, et sur lesquels, en tout état de cause, il ne saurait avoir d'action efficace.

De pareils errements, dont le décret constate les abus, réclament une prompte réforme. Un instant j'ai eu l'espoir que le décret venait couper court à ces abus, sans attendre l'éclosion de ce travail de réorganisation du service de santé qu'il mentionne, et dont le besoin se fera désormais sentir plus vivement encore que par le passé, car le décret, hélas! me paraît avoir aggravé notablement l'état des choses. Le but qu'il se propose, en effet, c'est de suppléer à l'insuffisance du nombre des médecins traitants, qui se fait sentir, paraît-il, dans certains hôpitaux; pour y atteindre, il autorise, en cas de besoin, les généraux divisionnaires à désigner d'office, *et sur*

la proposition des intendants militaires, les médecins des corps voisins pour faire, en même temps que leur service régimentaire, le service des hôpitaux.

En résumé, toute la modification consiste à substituer aux décisions du concours l'initiative de l'intendance.

Cette mesure est signalée comme provisoire, sans doute, et elle cessera d'être exécutoire quand l'organisation définitive qu'on annonce sera mise en vigueur; en attendant, n'en voici pas moins l'intendance investie de la grave mission de recruter le personnel traitant des hôpitaux. Quant à la division déplorable des médecins en deux catégories, elle subsiste toujours; les médecins des régiments y perdent même la faculté qu'ils avaient d'entrer à leur gré dans le service hospitalier, à la seule condition de faire, au concours, la preuve de leur aptitude : dorénavant ils devront attendre le choix de l'intendance.

En vérité, on reste perplexe et profondément troublé, par ce temps de service militaire obligatoire, en présence de ces nouvelles et écrasantes attributions dévolues à l'intendance. Quels que soient le mérite reconnu et les lumières incontestables de la plupart des membres de ce corps, on se demande sur quels indices ces fonctionnaires se baseront pour juger de l'aptitude professionnelle des médecins. En pareil cas, le conseil de santé, malgré sa compétence éprouvée, malgré sa grande habitude de *diagnostiquer* les hommes, et encore bien qu'il eût à sa disposition le dossier moral et scientifique de chacun de ses subordonnés, dossier grossi et complété incessamment par les notes successives des inspections médicales nouvelles, le conseil de santé, dis-je, ne croyait pas pouvoir résoudre la question autrement que par l'épreuve du concours. Comment l'intendance arrivera-t-elle à se passer de ce critérium précieux?

Qu'on ne s'y trompe pas, en effet, le concours est le meilleur, sinon l'unique moyen connu jusqu'ici de sonder la capacité d'un médecin, surtout quand ce concours, comme celui qui présidait à l'entrée des hôpitaux militaires, porte presque exclusivement sur des épreuves pratiques. Dans ces conditions, il échappe aux reproches les plus fondés qu'on lui ait adressés. Il ne risque pas de faire triompher ces nullités bavardes qui sont habiles à cacher le vide de leur esprit sous un déluge de mots, et qui se sont stérilement exercées à traiter indifféremment *de omni re scibili et de quibusdam aliis*. Il ne saurait davantage faire sombrer les travailleurs sérieux et instruits, mais dépourvus du talent, après tout secondaire ici, de bien dire. Mais pour le déshérité de la fortune, pour celui qui n'a point d'autre appui que son travail et son mérite, le concours reste et restera toujours un moyen assuré de conquérir sa place au soleil. En revanche, il est une barrière protectrice contre les médiocrités ambitieuses et contre ces personnalités remuantes qui fondent leur espoir d'avenir beaucoup plus sur le savoir-faire que sur le savoir.

Voilà pourquoi le concours est utile, indispensable, et que, loin de le voir disparaître, on voudrait qu'il présidât à la collation des principaux grades de la médecine militaire.

Pauvre concours!... le décret n'est pas tendre pour lui, car il l'accuse formellement *de n'avoir pas tenu tout ce qu'on en attendait*. C'est ici une des plus regrettables obscurités dont il s'est glissé plusieurs dans la contexture du décret; serait ce donc que ce dernier reprocherait aux élus du concours d'avoir été inférieurs à leur tâche? Ce serait là un reproche bien immérité, à l'adresse de serviteurs dévoués, qui forment, en somme, l'élite du corps de santé, et qui ont affirmé leur capacité supérieure dans les circonstances les plus diverses et les plus difficiles; mais non : une telle pensée ne saurait avoir été conçue par l'homme éminent et juste qui a signé le décret. Il est évident que celui-ci n'a eu en vue que l'insuffisance numérique des candidats, dont il ne s'est jamais présenté un nombre assez grand pour remplir tous les emplois du cadre réglementaire. On est bien forcé de reconnaître, en effet, que beaucoup de sujets d'une capacité notoire se tenaient systématiquement éloignés du concours, préférant ainsi la vie facile de régiment, malgré son horizon borné comme avancement, aux chances du principalat, qui étaient jusqu'ici exclusivement réservées aux médecins des hôpitaux.

On n'a pas à chercher bien loin la raison d'une semblable abstention : cette raison, trop légitime hélas! et fort connue, vient encore d'être mise en pleine lumière dans un remarquable article que la *Gazette hebdomadaire* a inséré dans son numéro du 4 octobre dernier; ce qui éloigne du concours, ainsi que l'indique le distingué rédacteur de cet article, ce ne sont pas les difficultés de l'épreuve assurément, car il ne s'agit que d'une épreuve toute pratique, où il suffit de montrer qu'on sait porter un diagnostic, instituer un traitement et pratiquer méthodiquement une autopsie, ou faire *selon l'art* une opération chirurgicale. Cette démonstration est à la portée de tout médecin de quelque valeur, et celui qui serait impuissant à y satisfaire ne saurait évidemment prétendre à un service d'hôpital. Ce qui repousse les candidats sérieux, ce n'est donc pas la preuve à fournir, c'est bien plutôt la presque certitude, pour les élus, d'être dirigés sans délai sur l'Algérie. Il y a, en Algérie, 45 hôpitaux, pour 40 qui existent en France; c'est le personnel fourni par le concours qui doit suffire à les desservir tous. Il en résulte que tous les médecins qui se présentent au concours doivent prendre leur parti de passer la meilleure partie de leur carrière en Afrique, sans profit ni pour leur avancement, ni pour leur réputation scientifique, ni pour leur santé. Bien plus, on sait quand on ira en Algérie, mais, faute d'un tour de rôle équitablement établi et rigoureusement suivi, on ne sait jamais quand on en reviendra; on n'a même que trop souvent l'amère déception de voir des camarades plus heureux, et qui ont eu l'adresse de se maintenir loin de l'Algérie, où ils n'iront jamais, dans des centres favorisés, où tous les moyens d'instruction et de perfectionnement sont à leur portée, recueillir les récompenses qu'on pouvait croire avoir méritées.

Oui, *l'Algérie*, telle est la pierre d'achoppement qui faisait échouer le concours; ne la cherchons pas ailleurs.

Quoi qu'il en soit, ce qui domine la question et ce qui en fait le fond, c'est la santé du soldat. Comme il n'a pas la faculté de choisir ses médecins, il est nécessaire qu'on lui attribue les meilleurs, les plus capables : le concours les lui assurait, sans contredit; désormais, il faut se demander si l'intendance, malgré son bon vouloir, effectuera aussi heureusement le triage délicat qui lui est imposé. N'est-il pas à craindre qu'involontairement elle laisse la porte s'ouvrir trop souvent à l'ambition non justifiée, plutôt qu'au vrai mérite? Gare aux épaves du concours!!!

Au demeurant, plus on médite ce décret du 24 septembre, et moins on est édifié. Ne fait-il pas double emploi avec ce pouvoir dont a souvent usé, depuis deux ans, le ministre de la guerre, de détacher provisoirement dans les hôpitaux des médecins-majors n'ayant pas subi le concours? Et dans l'attente d'une réorganisation qui ne peut tarder longtemps, sans doute, où est l'urgence de bouleverser aussi complétement et d'une façon si aléatoire un *modus faciendi* qu'on avait tant de moyens de modifier ou de compléter?

J'aurais encore bien des choses à dire, mais j'ai la conscience d'avoir déjà trop abusé de votre patience, monsieur; permettez-moi seulement d'ajouter que ce qu'on peut, très-probablement, souhaiter de mieux à la mesure qui fait l'objet de cette lettre, c'est qu'on ne trouve jamais l'occasion de l'appliquer.

Veuillez, monsieur le Directeur, agréer, avec mes excuses, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Un vieil abonné.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1)

Injections intra-veineuses.

M. Oré a exposé la suite de ses recherches sur les injections intraveineuses communiquées aux Académies des sciences et de méde-

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 septembre, 8 et 15 octobre 1872.

oire. Il a montré comment il était arrivé à doser mathématiquement l'action du chloral et la strychnine, suivant les voies d'absorption et les quantités mises en usage, et quelle diversité, soit dans le mode, soit dans la rapidité d'action, on observe selon que l'on fait varier tel ou tel facteur de l'expérimentation.

M. Oré, appelant l'attention sur la méthode des injections intraveineuses, a fait remarquer l'importance du chloral comme agent anesthésique, et les avantages que l'on peut retirer de cette méthode et de cet agent dans les applications thérapeutiques.

Expérimentation physiologique.

M. Laborde a résumé dans les conclusions suivantes un travail sur *l'expérimentation physiologique comme fondement de la thérapeutique rationnelle et de la méthode expérimentale.*

1° L'expérimentation physiologique est nécessaire, indispensable pour l'édification d'une thérapeutique rationnelle.

2° Sans l'étude expérimentale, préalable de l'agent chimique destiné à faire partie ou à être rejeté de la matière médicale, on est et on reste dans l'empirisme.

3° Rechercher et déterminer l'action élective de la substance végétale ou minérale par une application exacte et définitive de la perturbation fonctionnelle qu'elle occasionne, tel est le but essentiel de cette étude préalable.

4° Cette action, déterminée quant à sa localisation organique et quant à son mode, n'est pas autre que l'action physiologique propre de l'agent chimique, elle révèle l'application de cet agent à la thérapeutique, c'est-à-dire l'indication qui a trait au choix des médicaments.

4° La méthode qu'il convient de suivre pour réaliser cette recherche et cette détermination, doit être appropriée, autant que possible, au but qu'elle se propose : l'application raisonnée et sans danger des résultat obtenus à l'homme lui-même.

5° Introduction de l'agent chimique dans l'organisme par les voies physiologiques naturelles, et, autant que possible, par des procédés qui imitent le mieux les procédés de la nature.

6° Essai expérimental sur les organismes de l'échelle animale qui se rapprochent le plus de celui de l'homme.

8° Contrôle clinique.

Le sphygmographe.

M. Segay a lu un mémoire sur le sphygmographe dans la cure des anévrysmes, qu'il a résumé dans les conclusions suivantes :

1° Le sphygmographe de Marey donne des indications précises dans la cure des anévrysmes et guide le chirurgien dans le choix des divers modes de compression.

2° Le sphygmographe l'encourage à persévérer ou à modifier le mode opératoire, suivant les tracés que lui fournit cet instrument.

Le sphygmographe, soit en précédant les notions que fournit le témoignage des sens, soit en contrôlant ces mêmes données, soit enfin en fixant par le dessin les tracés graphiques que nous révèle l'observation, doit être désormais un moyen de diagnostic indispensable pour tout chirurgien qui se trouve en face d'un anévrysme.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du 5 octobre 1872, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Thiébaut, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Saint-Martin ; — Warnier, pharmacien-major à l'hôpital de Saint-Martin ; — Ragot, sergent de la 1re section d'infirmiers.

— Par décret en date du 16 octobre 1872, M. Lantz, conservateur du Muséum d'histoire naturelle à la Réunion, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *École de médecine navale de Brest.* — M. Rochard, directeur du service de santé à Brest, est élevé à la 1re classe de son grade.

— *École de médecine navale de Rochefort.* — M. Jossic est promu au grade de directeur du service de santé.

— M. Bérenger-Féraud, médecin principal, est promu au grade de médecin en chef et prend la direction du service de santé au Sénégal.

— Dans la publication du rapport (voir notre dernier numéro) approuvé par le Président de la République en vue d'assurer à titre provisoire le recrutement du corps de santé militaire, une erreur a été faite à la phrase suivante :

« Toutefois, en cas d'ajournement à un examen, les frais de consignation pour la répétition de cet examen *seront à la charge de l'État.* » Il faut lire : « *seront à la charge de l'élève.* »

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 124. — JEUDI 24 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 24 OCTOBRE 1872. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

d'appare.

AU CORPS MÉDI- a ...u 10 octobre 1853 ... institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,0C ...couragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce ... un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des ...ants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE.— SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. Ophthalmie grave (Conjonctivite ulcéreuse ; kérato-iritis avec hypopion). — Blépharite ciliaire à répétition. — Ulcères multiples de la cornée par obstruction des voies lacrymales (M. Fieuzal). — Du traitement du choléra par l'administration coup sur coup, d'énormes quantités de boissons aqueuses (20 litres et plus dans les vingt-quatre heures) (M. A. Netter). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous nous attendions aujourd'hui à entendre M. Colin sur la question de la septicémie. Mais M. Colin qui se livre, paraît-il, à une série d'expériences suivies sur ce sujet, a fait prévenir le bureau qu'il n'était pas prêt. Personne n'ayant réclamé la parole sur cette question, la discussion reste suspendue.

L'ordre du jour, pour avoir dû être modifié, n'en a pas moins été très-complétement rempli, grâce aux nombreuses compétitions. Cinq lectures, dont quatre faites par des candidats aux diverses places vacantes ont occupé cette séance :

La première, par M. Arm. Moreau, relative à un point intéressant de physiologie, l'influence des nerfs sur les circulations locales ; la deuxième, par M. Chairou, sur un cas de ponction du péricarde à l'aide du procédé d'aspiration sous-cutanée ; la troisième, par M. Hillairet, sur une question d'hygiène professionnelle, l'assainissement des ateliers de dérochage et de décapage par l'emploi de l'ammoniaque ; la quatrième, par M. Hervieux, sur le poison puerpéral et ses voies d'élimination ; la cinquième, par M. Lagneau, relative à l'influence des professions sur l'accroissement de la population.

On trouvera au compte rendu un résumé de celles de ces lectures dont les auteurs ont bien voulu nous mettre à même de consulter l'original ou tout au moins un extrait de leur travail.

— A propos de la discussion sur la septicémie, nous avons reçu une nouvelle lettre de M. Raimbert, qui nous prie de compléter le sens d'un membre de phrase de sa lettre du 3 octobre dernier. Il s'agit du dernier paragraphe de cette lettre où M. Raimbert se résumant, rappelle les deux points qu'il croit avoir établis, savoir le fait de la contagiosité de la septicémie et les distinctions qui séparent le virus charbonneux de la septicémie. Il faut, pour rendre le sens de ce deuxième point complet, rétablir la phrase comme il suit : « Il résulte, etc..., d'autre part, que j'avais établi entre les phénomènes locaux et généraux, produits chez l'homme par le virus charbonneux et par celui de la septicémie, des distinctions qui séparaient l'un de l'autre ces deux principes. » Ajoutons que si quelque inexactitude avait pu se glisser dans les citations faites par M. Raimbert, il en étai bien excusable, la Bibliothèque ayant été brûlée par les Prussiens et se trouvant obligé de citer de mémoire.

— Réponse à une question qui nous a été adressée. Quel est le terme fatal de la remise des mémoires destinés au concours pour le prix d'Ourches? Ce terme est le 28 février 1873 (29 si l'année est bissextile), ou, en d'autres termes, avant le 1er mars.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — M. FIEUZAL.

Ophthalmie grave (Conjonctivite ulcéreuse ; kérato-iritis avec hypopion). — Blépharite ciliaire à répétition. — Ulcères multiples de la cornée par obstruction des voies lacrymales (1).

Pour opérer la dilatation des points lacrymaux, il est indispensable d'avoir un petit stylet mousse de forme conique, à peu près semblable à une épingle à pointe mousse ; on l'introduit, quelquefois non sans une certaine difficulté, après avoir tiré en bas la paupière inférieure, quand il s'agit du point inférieur, et au contraire en relevant fortement la paupière supérieure, quand on a besoin d'agir sur le point supérieur. Quand on est parvenu à introduire la pointe du stylet, en le dirigeant perpendiculairement au bord palpébral, on lui imprime des mouvements de demi-rotation en sens inverse, après quoi, s'il s'agit du point supérieur, on prend le couteau de Weber, on en introduit la pointe mousse à travers le point lacrymal, puis longeant la paroi interne du conduit lacrymal, on en pousse la pointe dans la gouttière lacrymale, et quand on a la sensation qu'elle est dans le sac, au niveau de l'orifice du canal nasal, on en abaisse le manche de façon à trancher d'un coup la paroi du conduit, jusqu'à la commissure palpébrale, après quoi, *sans jamais abandonner la paroi conductrice de la pointe du couteau*, on en relève le manche en lui faisant exécuter un léger mouvement qui place son tranchant directement en avant, puis se dirigeant comme point de repère sur le sillon naso-labial, on pousse le couteau dans cette direction, de façon à le faire pénétrer de toute sa longueur, c'est-à-dire de 3 centimètres, dans le canal nasal, ce qui se fait le plus souvent sans grande résistance ; alors le chirurgien exerce avec le pouce de la main gauche une traction sur le bord externe de la paupière qu'il tire vers la tempe, de manière à faire saillir le tendon du muscle de Horner, et avec la main droite il retire le couteau dont il appuie le manche sur l'apophyse orbitaire in-

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 octobre.

terne. De cette façon le tranchant dirigé directement en avant sectionne le tendon.

Cette ténotomie est indispensable, tant pour permettre le cathétérisme ultérieur, que pour faciliter l'écoulement du muco-pus et pour tarir la sécrétion à l'aide d'injections, qu'on est dans certains cas obligé de faire plus tard. On sait, en effet, que le tendon de l'orbiculaire passe au-devant du sac, et que, lorsqu'il est tendu, ce dernier prend la forme d'une gourde. La section en est donc indispensable; du reste, elle n'est suivie d'aucun inconvénient, et il y a, au contraire, des avantages réels à la pratiquer.

Après cette section, qui doit toujours amener un écoulement sanguin et qui, dans tous les cas de dacryocystite, amène la sortie immédiate du pus ou du muco-pus renfermé dans le sac, on doit prescrire au malade l'application de compresses d'eau froide dans la journée; ce n'est que le lendemain qu'on doit tenter le cathétérisme avec une sonde de Bowman du n° 2 ou 3, c'est-à-dire d'un calibre de 1 millimètre à 1 millimètre 1/2 ; le cathétérisme immédiat n'offre aucun avantage ; on peut en dire autant de l'usage des grosses sondes des n[os] 5 et 6 de Bowman ; lorsqu'une sonde n° 4 (2 millimètres) passe sans difficulté, le calibre du canal est bien assez large pour l'écoulement des larmes. Il faut se rappeler que le passage de plus grosses sondes, dans la plupart des cas, contond la muqueuse et qu'elle la dispose à une rétraction consécutive qui va à l'encontre du but qu'on se propose ; nous n'avons jamais vu dépasser le n° 4 par M. de Wecker, qui fait tous les jours de nombreux cathétérismes, et s'il est arrivé à ne pas dépasser le n° 4, c'est, croyons-nous, par la raison que nous venons de donner.

Lorsqu'il y a larmoiement sans sécrétion du sac, c'est au point inférieur seul qu'il faut s'adresser, et ici la manœuvre est bien plus facile, quoiqu'elle doive cependant être faite avec prudence.

On cherche le point lacrymal et on introduit perpendiculairement au bord de la paupière le stylet mousse ; dès qu'on l'a introduit, on l'incline pour le placer parallèlement à ce même bord, et on dilate le conduit, après quoi on introduit à sa place le couteau de Weber ou celui de Giraud Teulon, dont on pousse la pointe mousse jusque dans la gouttière lacrymale. Quand on sent la paroi osseuse, on retire le manche, en ayant soin de diriger le tranchant obliquement en arrière, de façon à faire une gouttière qui, s'ouvrant désormais dans le sac lacrymal, puisse facilement recueillir les larmes et corriger ainsi la position vicieuse qui occasionnait le larmoiement.

On doit faire une incision de 2 ou 3 millimètres, qu'on maintiendra béante pendant un temps variable, selon qu'il faudra remédier à un rétrécissement du canal nasal, à un rétrécissement du conduit lacrymal, à une direction vicieuse ou à une oblitération des points lacrymaux.

On devra agir comme pour le point supérieur, attendre au lendemain pour faire le cathétérisme.

Pour introduire la sonde, on tirera la paupière inférieure en bas et en dehors, et la tenant comme une plume à écrire, le pouce en dessus, on la conduira jusqu'à la paroi osseuse, et lorsqu'on aura éprouvé la sensation particulière que donne une légère percussion sur l'os unguis, sans que la pointe abandonne cette paroi, on redressera la sonde en lui faisant décrire un quart de rotation, de manière à l'amener dans la direction du canal nasal. Dès lors, si la pointe n'a pas abandonné la paroi du sac, on peut en toute confiance imprimer, à l'aide du pouce et de l'index, la main prenant appui sur le front pour éviter les secousses, un mouvement de descente qui se fera avec d'autant plus de difficulté que le canal sera plus rétréci.

Il arrive souvent qu'on éprouve une grande résistance, mais si on est dans la direction du canal nasal dont nous avons donné les points de repère, on pourra apprécier que la résistance est surtout latérale, et que le bec de la sonde ne butte pas contre un obstacle se présentant au-devant d'elle dans la lumière du canal, mais plutôt de champ, et dès lors on peut et on doit même pousser avec une certaine force pour franchir le rétrécissement.

Il faut être prévenu que la son[illegible]ve pas toujours avec facilité jusqu'à la paroi osseuse, retenue qu'elle est par un rétrécissement du canal lacrymal, et se donner de garde de relever la sonde avant que son bec ne soit arrivé contre l'os, car alors on ferait son chemin à travers la muqueuse repliée, et bien que les fausses routes n'aient pas ici la même gravité que dans l'urèthre, il n'en faut pas moins veiller à conserver l'intégrité des voies naturelles.

Quand on n'est pas bien sûr d'être à l'entrée du canal nasal, ce qui arrive encore quelquefois, même sur des personnes qu'on a l'habitude de sonder très-facilement, il ne faut pas insister et vouloir arriver quand même à introduire la sonde. La prudence ici comme ailleurs est une excellente recommandation dont il faut savoir user, dût l'assistance la mettre sur le compte de l'inhabileté. L'habileté doit consister à ne pas être nuisible au malade, et une tentative de sondage qui ne réussit pas aujourd'hui réussira demain. Nous croyons donc qu'il faut bannir les procédés de force, car ils nous paraissent être en contradiction avec la méthode physiologique que le procédé dont nous parlons a eu l'incomparable avantage de prendre pour base.

Dans les dacryocystites chroniques avec catarrhe du sac que les sondages simples réussissent si difficilement à guérir, d'autant plus que, dans un grand nombre de ces cas, il n'y a pas de rétrécissement à proprement parler, mais le plus souvent une altération des parois osseuses, ou tout au moins une altération de la muqueuse du sac, on a recours au cathétérisme avec une sonde du n° 2 ou 3 de Bowman, qu'on a fort ingénieusement creusée et qui, s'adaptant à une seringue d'Anel, permet de faire des lavages du conduit lacrymo-nasal et des injections astringentes, soit avec du sulfate de zinc à 1/300, soit avec la teinture d'iode étendue d'eau.

Cette sonde creuse, quelque bien faite qu'elle soit, présente une ouverture terminale dont les bords exercent sur la muqueuse une pression toujours douloureuse et souvent même une véritable rugination qui met la surface sécrétante dans de mauvaises conditions de guérison.

Préoccupé de l'idée de faire disparaître les graves inconvénients que nous venons de signaler, tout en conservant les avantages incontestables que cette sonde à injections présente sur les canules en cul-de-sac perforées latéralement dans le voisinage de leur extrémité, nous avons fait adapter par M. Mathieu, à la sonde creuse des n[os] 2 et 3, un mandrin métallique qui en obture exactement le bec, et dont un anneau terminal rend l'extraction très-facile; on convertit ainsi la sonde creuse en sonde pleine; son introduction se fait suivant les règles ordinaires, avec la même aisance que pour une sonde pleine du numéro correspondant.

Une fois introduite, on tient d'une main la sonde et de l'autre on retire le mandrin, après quoi on adapte à son embout une seringue d'Anel, chargée de liquide à injecter ; on recommande au malade de se pencher en avant, et on pousse doucement une

première injection, on remplit de nouveau la seringue, et pour faire parcourir au liquide successivement les diverses parties du canal lacrymo-nasal, on retire doucement la sonde avec la main gauche, à mesure qu'on pousse l'injection avec la droite.

On poussera avec une certaine force, à partir du moment où la sonde arrive à la partie supérieure du canal et dans le sac lacrymal. En procédant ainsi, on fait souvent sortir un véritable bouchon de mucus qui permet au liquide de baigner directement la surface malade.

Cette modification, d'apparence insignifiante, a produit entre nos mains d'excellents résultats; c'est ce qui nous a engagé à la faire connaître, persuadé que nous sommes qu'elle sera adoptée dans tous les cas où il est nécessaire de faire des injections dans le canal lacrymo-nasal.

(*A suivre.*)

DU TRAITEMENT DU CHOLÉRA

PAR L'ADMINISTRATION, COUP SUR COUP, D'ÉNORMES QUANTITÉS DE BOISSONS AQUEUSES (20 LITRES ET PLUS, DANS LES VINGT-QUATRE HEURES) (1).

Par M. A. NETTER.

Diarrhée initiale du choléra. — La diarrhée qui précède les vomissements (je parle de celle qui survient brusquement, d'ordinaire pendant la nuit), ne tardant pas à être suivie d'évacuations par le haut, cette diarrhée initiale doit-elle déjà être combattue par les boissons aqueuses abondantes? Je ne possède à ce sujet qu'un seul fait observé sur moi-même.

Pendant l'épidémie de 1849, j'arrivai à Alger, et, le lendemain de mon débarquement, sortant de dîner, je fus tout à coup pris d'une violente diarrhée, qui se prolongea jusqu'à 2 heures du matin. M'abandonnant à ma soif, j'ai consommé un litre entier de sirop de gomme, remplissant la bouteille d'eau à mesure que je la vidais de sirop. Le lendemain matin, je me suis levé guéri, mais brisé. Était-ce le choléra que j'aurais ainsi enrayé à son début? Tout ce que je puis dire, c'est qu'un camarade qui m'avait veillé, est allé le matin, pendant que je dormais encore, prévenir M. Paul, médecin en chef de l'armée. Mon honorable chef se hâta de venir, et, me voyant debout dans ma chambre, il resta tout surpris. — D'après ce qui m'a été raconté, me dit-il, je m'attendais à vous trouver en plein choléra.

Cas dits foudroyants. — Il y a quelques années, à la Société de médecine de Strasbourg, dans la discussion sur la contagion de cette maladie, le professeur Kuss a émis et soutenu l'opinion qu'il n'existait pas du tout de choléra, que cette affection était un mythe et que tout était un effet de la peur. Un beau jour le bruit se répand que des cas ont surgi, la peur prend les gens et les transsudations abdominales arrivent. On croyait d'abord que le professeur se plaisait dans un paradoxe; mais non, il maintint sérieusement son appréciation. (Voir *Gazette médicale de Strasbourg*). Eh bien! derrière cette exagération exagérée, il y a, à mon avis, un grand fonds de vérité, du moins en ce qui concerne les cas dits *foudroyants*. Et, en effet, la peur agit dans le sens du choléra, activant la transsudation intestinale, de sorte que les deux causes venant à se combiner à un fort degré, la marche des accidents peut en être singulièrement hâtée.

J'ai assisté au choléra de la Dobrutcha, à Kustandjé, comme médecin-major de régiment (20e de ligne), ayant pu ainsi suivre la maladie depuis les premiers instants du début jusqu'à la terminaison; or les cas foudroyants, j'entends parler de ceux qui ont amené la mort en moins de trois à quatre heures, n'ont différé des cas graves ordinaires ni par la nature des symptômes, ni par l'ordre dans lequel les périodes se succèdent, mais seulement par l'extrême rapidité de l'évolution : diarrhée d'abord, vomissements ensuite, puis cyanose se généralisant immédiatement, le tout en trois ou quatre heures, au lieu d'une succession plus lente. En même temps, dans ces circonstances, j'ai noté l'influence considérable des conditions morales. Voici les faits qui m'ont le plus frappé.

A Kustandjé, le lendemain de notre retour de Kargalic, après une quinzaine de lieues faites par le corps d'armée en moins de vingt-quatre heures, je suis appelé à l'extrémité du camp auprès d'un grenadier que je trouve atteint du choléra; ce fut le premier cas observé par moi au régiment, prélude de beaucoup d'autres. J'institue les soins tels que je les connaissais alors et je retourne à ma tente. Chemin faisant, je suis arrêté par un adjudant-major qui, il faut tout dire, m'offre un petit verre et invite en même temps un capitaine qui se trouvait à quelques pas de là. Nous restons ensemble pendant une vingtaine de minutes et je gagne mon logement. A peine un quart d'heure s'est-il écoulé, qu'on vient me chercher pour le second invité que je trouve sur son lit, me disant qu'il venait d'être pris d'une forte diarrhée. Je tâche de le rassurer et je lui donne du thé. Au bout d'une demi-heure, on me rappelle encore et je constate la coloration bleue de la cyanose. Je cours prévenir le colonel, qui me donne l'ordre de diriger l'officier sur le port, où un bâtiment était en partance pour Varna. Je fais hisser sur un cacolet le malade déjà devenu noir, et, au bout d'une heure de transport, arrivé sur la plage, il expire. Voici maintenant les conditions morales dans lesquelles s'était trouvé cet infortuné.

Huit jours auparavant, je l'avais vu assis devant sa tente, la tête penchée, dans une morne tristesse. « Qu'avez-vous? lui dis-je.—J'ai que je n'ai plus rien, » me répondit-il. Il n'avait pas fait de provisions et était réduit à la nourriture du soldat. De concert avec le colonel, je l'ai invité ce jour-là à notre table, mais nous n'avons pu faire plus, nous-mêmes étant rationnés. Si à ces conditions l'on ajoute qu'il aura sans doute été vivement impressionné par le fait du grenadier cholérique, on reconnaîtra là l'existence de fort mauvaises dispositions morales.

Autre exemple. — Pendant ces jours néfastes, je suis prévenu qu'un lieutenant se promenait dans le camp en sifflant et ne répondait rien aux camarades qui lui adressaient la parole. Je m'arrange de façon à croiser le promeneur dans ses allées et venues; mais il refuse également d'entrer avec moi en conversation. Le soir, il était mort. Évidemment il était déjà fort malade quand il se promenait en sifflant, et la transsudation intestinale existait alors déjà. Depuis quand? je l'ignore. Et ainsi l'on voit, remarque déjà faite par Scot, que, dans les cas relatés comme foudroyants, on ne connaît pas toujours le moment du début du mal.

Je passe à des cas plus rassérénants. — Un matin, en me levant, je vois, devant ma tente, mon ordonnance pansant mon cheval. De temps en temps il va dans les champs à côté, ayant la diarrhée. Je lui donne du thé et je le laisse continuer son pansage tout en ne le perdant pas de vue. La diarrhée continue, et voici qu'une fois il me revient des champs la figure décomposée et ayant la main sur l'estomac. Il y avait là une tumeur dure comme un poing (contraction musculaire). J'envoie le malade à l'ambulance, d'où on l'évacue sur Varna, où je le trouve trois semaines après, parfaitement rétabli.

(1) Fin. — Voir les numéros des 3, 8, 15 et 22 octobre 1872.

Ce fait montre que, dans les cas les plus rapides, la guérison est possible.

Le capitaine-major prend le choléra, et pendant tout le cours de sa maladie, il ne cesse de répéter qu'il ne peut pas mourir, attendu qu'il a une femme et des enfants. « Que voulez-vous qu'ils deviennent sans moi?... » me dit-il à tous moments. Et il a échappé.

Le sapeur G..., cuisinier du colonel dont je partageais la table, est atteint quelques jours avant la levée du camp, et il ne veut absolument pas entrer à l'ambulance, craignant d'être dépossédé de son emploi. Comment faire? Nous allions revenir sur Varna, et il y avait quatre ou cinq jours de marche: « Hissez-le sur un mulet, » me dit le colonel. Nous partons le soir. Il fait la route ainsi, se mettant de temps en temps les doigts dans la bouche pour s'aider à vomir. Nous arrivons à onze heures de la nuit à notre campement, près le mur Trajan, et, là, je le trouve couché tout de son long contre le feu de bivouac, *bleu*, et, je l'affirme sur l'honneur, tenant à la main une casserole dans laquelle il agitait des œufs. « Que faites-vous là? lui dis-je. — Je prépare votre omelette, » me répondit-il d'une voix cassée. Et il a aussi guéri.

Notons que, dans cette désastreuse épidémie, le 20e de ligne a été le moins éprouvé, n'ayant perdu que le cinquième de son effectif, tandis que dans les autres corps, ce fut le quart (voir la statistique de M. Chenu); c'est que le 20e était arrivé en Orient, venant d'Afrique, où plusieurs années de campagne l'avaient bien trempé moralement.

Il résulte de ces faits ce que l'on sait déjà, mais ce que l'on ne saurait assez répéter, à savoir que dans le choléra l'influence du moral est énorme, hâtant la guérison dans un cas, conduisant à une mort précipitée dans l'autre. Quand donc il sera reconnu que la maladie est facilement curable par le moyen qui fait l'objet de ce travail, les cas foudroyants disparaîtront sans doute, et on rencontrera seulement les choléras *secs* des anciens, formes dans lesquelles le tube digestif est, par suite de susceptibilités individuelles, comme frappé d'atonie, laissant accumuler le fluide dans son intérieur sans le rejeter par les évacuations; c'est dans ces cas que nos prédécesseurs administraient l'émétique et ne procédaient au lavage qu'après les vomissements établis.

Conditions du traitement.

Dans les cas sporadiques, on peut donner comme boisson l'eau gommeuse mélangée d'eau de seltz.

En temps d'épidémies, mieux vaut employer *l'eau de veau* anciennement recommandée (trente grammes de rouelle de veau par deux litres d'eau). Cette boisson, différant peu de l'eau pure, est facilement absorbée; elle renferme néanmoins quelques matières nutritives pouvant remplacer celles du sérum perdu; enfin c'est une décoction, c'est-à-dire une eau qui a été préalablement purifiée par l'ébullition, détail qui, en temps d'épidémie, peut avoir son importance.

Les boissons ne doivent être ni chaudes, ni tièdes, étant ainsi désagréables aux malades, ni très-froides non plus, les vomissements ne devant pas être contrariés. Il faut les donner telles quelles, à la température ambiante.

On doit les administrer coup sur coup, mais *verre par verre*; si on laissait les malades ingurgiter d'un coup, par exemple, un bidon plein, ce que quelques-uns ont fait d'eux-mêmes, on risquerait de déterminer l'atonie du tube digestif.

Il faut qu'une personne reste en permanence devant le malade, jour et nuit, pour exécuter ces prescriptions.

On ne doit nullement s'effrayer des vomissements, qui n'ont pas plus d'importance que ceux du mal de mer.

Aucun autre remède ne doit être donné simultanément par la voie intérieure; car les médicaments se mêlant à l'eau peuvent empêcher ou gêner l'absorption.

Dans la période de cyanose généralisée, tant qu'il reste un souffle ou un indice de vie, l'indication est d'introduire dans le tube digestif une quantité suffisamment considérable de boisson, au besoin avec la sonde œsophagienne.

Condition de haute importance: — il faut rassurer les malades, et, à cet effet, leur donner la conviction d'une guérison immédiate.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 octobre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Côte-d'Or et de l'Orne en 1870 (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend:

1° Une lettre de M. le docteur Philippeaux, qui se présente comme candidat dans la section d'anatomie et de physiologie;

2° Une lettre de M. le docteur Moutard-Martin, qui se présente comme candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale;

3° Une lettre de M. le docteur Woillez, qui se présente pour la section de pathologie médicale;

4° De MM. les docteurs Joulin et Hervieux, candidats pour la section d'accouchement;

5° Une lettre de M. le docteur Bouteiller (de Rouen), accompagnant l'envoi d'un dilatateur de l'anus, fabriqué sur ses indications, par M. Mathieu, et destiné au traitement de la fistule anale;

6° Un pli cacheté adressé par M. Cap, membre associé, et contenant un nouveau système de traitement des maladies pulmonaires et autres par les voies respiratoires.

M. le secrétaire dépose sur le bureau une brochure de MM. les docteurs Leven et Laborde, sur l'action physiologique de l'ésérine, alcaloïde de la fève du Calabar, et donne lecture d'une lettre de M. Laborde, jointe à cette brochure. M. Laborde croit pouvoir conclure des expériences qu'il a faites à ce sujet, que l'on peut reproduire expérimentalement tous les phénomènes de l'infection septicémique et même purulente, pourvu que l'on réalise les conditions essentielles au développement complet et à l'évolution de cet état morbide; l'une de ces conditions est la production d'embolies pyoémiques que l'on obtient en associant, pour l'injection, des poudres ou même des petits corps inertes avec le liquide septique, notamment avec le sang putréfié ou intoxiqué.

PRÉSENTATIONS

M. Tardieu présente: 1° au nom de M. le docteur De Larroque, un ouvrage intitulé: *Traitement complémentaire et prophylactique du lymphatisme et de la scrofule confirmée*;

2° Au nom de M. le docteur Lunier, un travail sur la folie (extrait du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*);

3° Au nom de M. le docteur Séverin Causse (d'Albi), la relation d'une opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant.

M. Barth offre en hommage à l'Académie, de la part de M. le docteur Aug. Mercier, un ouvrage intitulé: *Traitement préservatif*

et curatif des sédiments, de la gravelle, de la pierre urinaire et de diverses maladies dépendant de la diathèse urique.

M. BUSSY dépose sur le bureau un pli cacheté adressé par M. Doray, pharmacien à Saint-Lô. (Le dépôt est accepté.)

LECTURES

M. A. MOREAU lit un travail sur les circulations locales et l'action des nerfs qui y président.

— M. CHAIROU communique une observation de ponction du péricarde au moyen de l'aspiration sous-cutanée.

Assainissement des ateliers de dérochage et de décapage. — M. HILLAIRET, candidat pour la section d'hygiène, lit une note sur l'assainissement des ateliers de dérochage et de décapage par l'emploi de l'ammoniaque.

Les ateliers où l'on travaille au dérochage et au décapage des métaux, et spécialement du cuivre, sont rendus insalubres par les vapeurs nitreuses qui s'y dégagent. Les accidents qui en résultent sont de deux sortes, les uns produits par l'irritation presque constante et plus ou moins vive des parties atteintes, se prolongent ou se renouvellent indéfiniment. Les symptômes de l'intoxication nitreuse peuvent être résumés ainsi :

Irritation excessive des bronches, toux violente, sèche et bruyante parfois suivie d'une expectoration jaunâtre très-abondante; râles sonores et humides généralisés dans tous les rameaux bronchiques; intermissions fréquentes suivies d'exacerbations des plus vives, caractérisées par de l'oppression, de l'anxiété, de la suffocation et parfois aussi de l'orthopnée, accompagnée de toux incessante qui rend le décubitus dorsal impossible. Les yeux deviennent brillants, les lèvres cyanosées, et dans quelques cas la cyanose se généralise. La température s'abaisse aux extrémités, une sueur froide recouvre le front, le visage et les membres; la parole, graduellement affaiblie, est bientôt entrecoupée et presque éteinte; le pouls, petit dès le début, devient progressivement imperceptible. Dans quelques cas, vomissement avec sensation de constriction épigastrique, expulsion de fèces colorées en jaune citron, irritation excessive de la muqueuse vésicale, qui rend la mixtion difficile et douloureuse; parfois aussi léger délire, suivi de mouvements convulsifs avant-coureurs de la mort.

Ces symptômes ont ordinairement une marche très-rapide, la mort survient en onze, vingt-quatre ou trente-six heures. Mais ils peuvent aussi, comme dans le cas d'Eulenberg, se succéder avec beaucoup plus de lenteur sans perdre rien de leur gravité.

Les prescriptions des règlements sanitaires, qui consistent principalement en moyens physiques de ventilation et d'appel, ne suffisent que très-imparfaitement à expulser complètement les vapeurs nitreuses. Frappé d'un tel état d'insalubrité, dans une circonstance qui le mit à même d'être témoin de ces opérations, M. Hillairet s'empressa immédiatement de chercher un moyen propre à détruire les vapeurs nitreuses au moment même de leur développement, et il pensa qu'en les mettant en contact avec une solution basique en évaporation, le but pourrait être facilement atteint. Dans divers essais, l'ammoniaque lui a donné les meilleurs résultats.

En présence des vapeurs ammoniacales, les vapeurs nitreuses se transforment, donnant lieu à de l'azotate et à de l'azotite d'ammoniaque, complétement inodores et absolument inoffensifs.

Voici en quels termes M. Hillairet décrit ses expériences :

« J'allai dans un atelier au moment du décapage. Je fis placer de chaque côté de la cuve d'immersion et à une faible distance une soucoupe, contenant deux ou trois cuillerées d'ammoniaque liquide. Les pièces de cuivre furent immergées et aussitôt nous vîmes les vapeurs rutilantes, à mesure qu'elles s'élevaient, se porter en se bifurquant au-dessus des soucoupes et devenir blanches, en se combinant avec l'ammoniaque; l'odeur était nulle.

Cependant une partie des vapeurs nitreuses non dédoublées était entraînée vers la cheminée de tirage. Je plaçai encore deux autres soucoupes sous la hotte, de manière à les détruire complétement afin qu'elles ne fussent point entraînées au dehors, bien que l'on sache qu'elles se dédoublent aussi au contact de l'oxygène de l'air.

Le succès fut complet.

L'expérience fut renouvelée sur-le-champ d'une manière plus concluante encore. Dans le but de produire un volume énorme de vapeurs nitreuses et de nous placer dans les conditions analogues à celles où s'étaient trouvées les personnes empoisonnées, je fis mettre une poignée de laiton dans un vase de porcelaine contenant de l'acide nitrique pur. L'atmosphère de l'atelier ne tarda pas à devenir insupportable. Nous éprouvions de la cuisson et de la constriction à la gorge, la respiration commençait à devenir très-pénible; mais dès que les vases remplis d'ammoniaque furent rapprochés de celui d'où partaient les vapeurs nitreuses, le dédoublement s'en opéra avec une rapidité aussi grande que dans l'expérience précédente. »

Ce procédé, d'après M. Hillairet, pourrait s'appliquer également à toutes les fabriques où l'on se sert d'acide nitrique. — (Ce travail est renvoyé à la section d'hygiène constituée en commission d'élection.)

M. HERVIEUX, candidat pour la section d'accouchements, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Des voies d'élimination du poison puerpéral et de la méthode éliminatrice.* (Sera publié.)

Influence des professions sur l'accroissement de la population. — M. LAGNEAU lit un travail sur ce sujet. En voici un résumé.

L'étude comparative, d'une part des populations rurales et des populations urbaines, d'autre part des populations agricoles et des populations industrielles, montre qu'en France les ruraux abandonnant les campagnes pour les villes y présentent un accroissement physiologique moindre de plus de moitié, et que la substitution des professions industrielles, commerciales et libérales aux professions agricoles amène, dans le nombre d'individus composant les familles des personnes exerçant ces professions, une diminution variable d'un sixième à plus de moitié selon les professions.

L'habitat urbain et l'abandon des travaux agricoles concourent donc d'une manière notable à restreindre l'accroissement de la population. Toutefois, malgré ces conditions défavorables qui, d'ailleurs, ne portent que sur uue portion plus ou moins limitée de la population, une nation peut continuer à s'accroître rapidement si sa natalité est suffisamment considérable.

La France et l'Angleterre, nations également civilisées, offrant un développement industriel considérable, présentent une mortalité proportionnelle identique. Cependant la France est une des nations de l'Europe dont l'accroissement de population est le plus lent parce que sa natalité est minime. L'Angleterre est une des nations s'accroissant rapidement, parce que sa natalité est considérable. (Renvoyé à la section.)

La séance est levée à 5 heures.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 7 juin 1872. — Présidence de M. Gros, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. LUNIER demande la parole à propos du procès-verbal. Contrairement à l'opinion émise par M. Chausit, il croit que la cause de la pellagre est dans l'usage de céréales altérées et surtout ne présentant pas une maturité suffisante. En France, c'est dans les asiles d'aliénés, où l'alimentation est insuffisante, que l'on a observé la pellagre. Cette affection a succédé à des accidents du côté de l'intestin.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Gillebert d'Hercourt, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance;

2° Les numéros du *Marseille médical* du 20 octobre 1871, 20 février 1872 et 20 mai 1872;

3° Les *Mémoires et Bulletins de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux et hospices de Bordeaux* (tome V, 1er et 2e fascicules 1870);

4° La *Revue médicale de Toulouse*, mars 1872.

On procède à l'élection de deux membres titulaires. MM. Blumenthal et Gillette obtiennent chacun l'unanimité des suffrages.

On procède à l'élection d'un membre correspondant. M. le docteur Hameau est nommé à l'unanimité membre correspondant de la Société de médecine de Paris.

M. VOISIN. Dans un voyage que je viens de faire en Suisse, on m'a demandé si j'avais connaissance du mémoire publié par la Société de médecine de Paris après l'enquête faite sur la conduite des médecins allemands pendant la dernière guerre. Ce résultat de notre enquête n'est peut-être pas assez répandu à l'étranger. Ainsi, à Zurich, j'ai vu des étudiants suisses qui n'en avaient pas connaisssance. Je crois qu'il serait bon d'envoyer un certain nombre d'exemplaires au plus grand nombre de Sociétés de médecine possible.

M. GROS. J'ai déjà envoyé des brochures à Londres, en Russie, en Suisse, mais il n'en reste plus à distribuer. Il serait utile, je crois, de faire un nouveau tirage et de ne pas oublier d'en faire parvenir aux élèves de l'Université de Prague, dont la conduite a été si digne.

Sur les observations de plusieurs membres de la Société qui n'ont pas reçu le mémoire, et sur la proposition de M. Forget, il est décidé que l'on fera un nouveau tirage à 300 exemplaires.

M. CHARRIER. M. le docteur Thévenet, rédacteur du journal le *Courrier de France*, s'est chargé de répondre aux médecins allemands, qui prétendaient que la Société de médecine de Paris est une société sans importance, que cettesociété renferme dans son sein des hommes de la valeur de M. le professeur Denonvilliers, quatorze membres de l'Académie de médecine et un certain nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux et de professeurs et agrégés de la Faculté.

M. le docteur Peter a la parole pour communiquer à la Société le résultat de ses nouvelles études sur la névralgie diaphragmatique.

M. PETER. Messieurs, j'ai publié, l'année dernière, dans les *Archives générales de médecine*, un travail sur la névralgie diaphragmatique, je viens aujourd'hui vous communiquer le résultat de mes nouvelles recherches sur cette affection. L'analyse attentive des symptômes m'avait bien nettement démontré l'existence de douleurs sur le trajet du nerf phrénique au cou et le long de la poitrine, dans des circonstances pathologiques fort diverses et en particulier dans des cas d'angine de poitrine et de goître exophthalmique, mais comment comprendre alors cette névralgie du phrénique? C'est ce que deux autopsies successives sont venues révéler.

Dans deux cas d'angine de poitrine, j'ai trouvé une lésion profonde de l'aorte. De la tunique interne du vaisseau, l'altération avait gagné la tunique celluleuse. Il y avait *aortite* généralisée. L'inflammation s'était propagée au tisssu cellulaire ambiant, il y avait *périaortite*. Elle avait gagné les filets nerveux du plexus cardiaque, et il y avait périnévrite cardiaque (d'où les douleurs si intenses et si angoissantes rétro-sternales). L'inflammation, continuant sa marche envahissante, avait intéressé le feuillet du péricarde qui se réfléchit sur la base de l'aorte avant de tapisser le cœur, et il y avait péricardite aortique. De là, le travail de phlogose s'était propagé au péricarde pariétal en y produisant une péricardite préalable. Enfin les nerfs phréniques, surtout le gauche, étaient englobés dans l'atmosphère inflammatoire du péricarde, en sorte qu'il y avait, en dernière analyse, une névrite diaphragmatique.

Le fait est très-évident sur les dessins de pièces que j'ai l'honneur de présenter à la Société. On voit, dans chacun des cas, une lésion profonde de l'aorte, une vascularité anormale du tissu péri-aortique et des filets nerveux du plexus cardiaque. L'épaississement du péricarde et des plaques laiteuses sur le péricarde aortique; puis, fait caractéristique, des fausses membranes rattachant le péricarde aortique au péricarde périétal; enfin, le nerf phrénique gauche, sur chacune des pièces, passant au niveau des fausses membranes.

A l'examen microscopique, on trouve une altération identique des nerfs cardiaques et diaphragmatiques. De part et d'autre, il y avait prolifération luxuriante du tissu conjonctif : un développement énorme des noyaux de ce tissu et une gangue très-serrée de fibres de nouvelle formation. Au milieu de ce tissu adventice, les tubes nerveux, étranglés de place en place, avaient un aspect moniliforme, et aux points où l'étranglement était le plus considérable, la myéline avait disparu, le tube nerveux était réduit à sa tunique celluleuse ou périnèvre.

Dans presque tous les points, la myéline était altérée et avait subi une dégénérescence granuleuse.

Ainsi, c'était le péricarde qui avait servi à transmettre l'inflammation de l'aorte au nerf phrénique, et les douleurs sur le trajet de ce nerf étaient la conséquence d'une névrite diaphragmatique, comme les douleurs rétrosternales de l'angine de poitrine sont le fait d'une névrite cardiaque.

Après quelques observations de MM. Voisin, Duchenne de Boulogne, Lunier et Onimus, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire annuel ; AD. TISSIER.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

326. Barbat. Étude sur la pathogénie de certains kystes des mâchoires.

327. Oppermann. Quelques considérations critiques sur la nature miasmatique et spécifique de l'infection purulente.

328. Cantellauve. Quelques observations sur le traumatisme aux pays chauds.

329. Didion. Du mécanisme des fractures malléolaires.

330. Hestrès. Étude sur le croup de chaleur, maladie des pays chauds.

331. Nicolas. Considérations sur l'uréthrite.

332. Dubourquois. Notes sur les maladies des Européens en Chine et au Japon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 octobre 1872, a été promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Duplouy, médecin professeur de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Les cours de la Faculté commenceront le 4 novembre. Les consignations pour les examens et exercices pratiques sont reçues depuis le 21 octobre. Le registre des inscriptions sera ouvert du 4 au 20 novembre.

— L'Institut royal des sciences, des lettres et des arts de Venise décernera, en 1874, une médaille de la valeur de 3,000 francs au meilleur travail sur le sujet suivant :

« Faire connaître les avantages qu'apportèrent aux sciences médicales, spécialement à la physiologie et à la pathologie, les découvertes modernes de la physique et de la chimie, avec un aperçu rétrospectif des systèmes qui dominaient en médecine dans les temps passés. »

Les étrangers sont admis au concours, et les mémoires pourront aussi être écrits en langue française.

— MM. les docteurs en médecine qui ont obtenu de M. le ministre de l'instruction publique l'autorisation de faire un cours dans les amphithéâtres de l'Ecole pratique, sont prévenus que la distribution aura lieu jeudi, 31 octobre, à midi précis, dans la salle du conseil de la Faculté.

Bulletin hebdomadaire des décès d'après les déclarations à l'état civil, du 12 au 18 octobre 1872.

CAUSES DE DÉCÈS.	Domicile.	Hôpitaux.	Totaux.	Total des décès de la semaine précédente.
Variole	»	2	2	»
Rougeole	2	»	2	4
Scarlatine	»	2	»	»
Fièvre typhoïde	16	14	30	31
Typhus	»	»	»	»
Érysipèle	14	4	18	3
Bronchite aiguë	18	3	21	22
Pneumonie	33	12	45	28
Dysentérie	1	3	4	8
Diarrhée cholériforme des jeunes enfants	9	2	11	9
Choléra nostras	»	»	»	2
Choléra asiatique	»	»	»	1
Angine couenneuse	6	1	7	6
Croup	8	6	14	14
Affections puerpérales	3	5	8	16
Autres affections aiguës	187	36	223	223
Affections chroniques	238	78	316 *	296
Affections chirurgicales	26	31	57	43
Causes accidentelles	3	1	4	19
Totaux	564	198	**762**	723

LONDRES. — Population, 3,311,298 hab. — Décès du 6 au 12 octobre 1872 ... 1,218

Variole, 7. — Rougeole, 7. — Fièvre scarlatine, 21. — Coqueluche, 34. — Fièvre typhoïde, 20. — Diarrhée, 45. — Bronchite, 143. — Pneumonie, 78. — Croup, 13.

* Sur ce chiffre de 316 décès, 164 ont été causés par la phthisie pulmonaire.

— M. le docteur Carré vient d'ouvrir un dispensaire pour les maladies des yeux, rue de Lafayette, 103. — Consultations gratuites à 2 heures et demie.

— On demande à acheter à Paris, ou dans un rayon de 100 kilomètres, une clientèle de médecin ou une Maison de santé. Rapport annuel justifié de 15,000 fr. au minimum. — S'adresser à M. Joly, 59, rue de Rome, Paris.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur G..., à Angers. — Le prix de chaque numéro est de 25 centimes.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Étude générale et comparative des pharmacopées d'Europe et d'Amérique, par VERWAEST, pharmacien. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Étude sur la température dans la phthisie pulmonaire, par le docteur BILHAUT. — 1 vol. in-8° avec 4 planches. — Prix : 2 francs. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Résumé de clinique sur le diagnostic et le traitement des différentes espèces de néphrite et de la dégénérescence amyloïde des reins, par le docteur GLATZ. — 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre de cas de folie et de suicide, par le docteur L. LUNIER, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons de France. — In-8° de 40 pages. Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1872, F. Savy.

Impressions de voyage d'un médecin (Londres, Stockholm, Pétersbourg, Moscou, Nijni-Novgorod, Méran, Vienne, Odessa), par DE VALCOURT. — 1 vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

ÉMULSION DE GOUDRON VÉGÉTAL DE LE BEUF

Seule préparation contenant le Goudron ni altéré, ni modifié.

M. ADRIAN, dans un travail très-intéressant publié en 1867 (*Bull. de thérap.*, t. LXXII, p. 407), a montré que les *alcalis*, comme les acides, modifient le *goudron* au point de *dénaturer* presque complétement la nature du médicament; il s'ensuit que toutes les *liqueurs concentrées* qui se sont mutuellement copiées, et qui ne sont que des solutés de savon de goudron avec un excès de carbonate de soude, n'offrent plus, comme dit le docteur GUBLER (1), certaines qualités de l'*eau de goudron*, et ne sauraient, par conséquent, remplacer facilement celle-ci dans tous ses usages.

Pour ce motif, le GOUDRON LE BEUF, obtenu par l'intermédiaire d'un corps complétement *neutre*, la Saponine (2), donne un produit qui offre sur tous les autres l'avantage énorme et *absolument indispensable*, de présenter la substance médicamenteuse *ni altérée, ni modifiée*, et possédant toutes les propriétés thérapeutiques qui caractérisent le *goudron naturel*.

Doses : *une cuillerée à café* pour un verre d'eau, ou *une cuillerée à bouche* par litre.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) *Commentaires thérap. du Codex*, par A. GUBLER.— Article GOUDRON VÉGÉTAL, page 143. Paris, 1868.
(2) Principe immédiat contenu dans la *Saponaire* et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraichissantes. Mais la *Saponine*, corps neutre comme la gomme et le sucre, se trouve en si petite proportion dans cette émulsion (2 millièmes), qu'on peut négliger son action sur l'économie.



HUILE DE FOIE DE MORUE

IODO-BROMO-PHOSPHORÉE

De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :
A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; GRIMAULT et Ce, r. Vivienne, 8.

SIROP ANTI-NERVEUX DE FALIÈRES

AU BROMURE DE POTASSIUM

Préparé par le procédé publié, après approbation, dans le **Bulletin de l'Académie de Médecine.**
Il renferme 1 gramme de Bromure irréprochablement pur par cuillerée à bouche.
Il réalise la forme la plus rationnelle d'administration. En le prescrivant, les médecins sont assurés d'employer le *Bromure de potassium* dans les conditions d'absolue pureté qu'exige la Thérapeutique.

Dans les principales pharmacies. PRIX : 4 FRANCS.
A PARIS : GEOFFRION, 16, rue Grande-Truanderie. FAVROT, 102, rue Richelieu.
DÉPOT GÉNÉRAL A PARIS, 2, RUE DE LA COUTELLERIE.

SIROP DÉPURATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

Ce sirop, résultat de la combinaison intime du goudron de Norwége et du monosulfure de sodium inaltérable, est, en raison de sa puissance modificatrice des muqueuses, prescrit avec succès dans les *bronchites aiguës et chroniques* et dans la *tuberculose* quand l'expectoration est très-abondante. Il remplace avec avantage, sans en présenter les inconvénients, l'huile de foie de morue et les Eaux-Bonnes naturelles. Il est journellement ordonné pour combattre les *maladies* de peau.

Pharm. CROSNIER, 7, r. des Filles-St-Thomas.

VIN FERRUGINEUX

A la Rhubarbe

De Ad. CARPENTIER, pharmacien à Paris.

Ce vin ne produit jamais de constipation par un long usage. Agréable au goût, il convient dans tous les cas où le fer est indiqué. — LE FLACON 3 FR. — 61, Boulevard Malesherbes et dans toutes les pharmacies.

DÉPOT A SAINT-QUENTIN, PHARMACIE LEBON. BELGIQUE : BRUXELLES, PHie DELACRE.—TOULOUSE, PHie DEBARRY.—NANTES, PHie INGRAND.

SIROP ET DRAGÉES DE DESPINOY

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui accompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de médecine. Autorisé par circulaire spéciale du Ministre.

Extrait de l'*Annuaire de thérapeutique* de 1870, p. 161 :

« La préparation qui se prête le mieux à toutes les indications est le FER QUEVENNE. 1 ou 2 décigrammes (une ou deux mesures) pris au principal repas, dans la première cuillerée de soupe, constituent le mode d'emploi des ferrugineux le plus inoffensif et le plus sûr. » — *Bouchardat.*

Le succès constant de ce produit explique les nombreuses imitations et contrefaçons dont il est l'objet, et qui cachent sous des étiquettes trompeuses des produits inférieurs et d'une efficacité douteuse. Pour éviter ces fraudes, exiger :

1° *La marque de fabrique ;*
2° Le *cachet Quevenne* aux deux extrémités du flacon ;
3° Le nom *Emile Genevoix*, dépositaire général à Paris, 14, rue des Beaux-Arts.

Prix du flacon, avec la petite mesure, 3 fr. 50.

VIN DE GILBERT SEGUIN

Tonique et fébrifuge.

Aucune autre préparation de quinquina ne se recommande par une aussi longue expérimentation, une efficacité aussi certaine.

« *Ce vin contient tous les principes actifs du quinquina et se conserve indéfiniment.* » (Bouchardat.)

Paris, pharmacie G. SEGUIN, 378, r. St-Honoré. Exiger sur l'étiquette la signature G. SEGUIN.

VIN DE CHASSAING

A LA PEPSINE et DIASTASE
contre les
AFFECTIONS DES VOIES DIGESTIVES
Paris, 2, rue de la Coutellerie.

SHERRY-KINA

Le plus agréable et le meilleur tonique.

C'est le vin de quinquina préféré par nos sommités médicales, à cause de la qualité exceptionnelle du quinquina et du vin (Xérès de la marque Calvairac A.G.C., de Séville). La bout., 4 fr. Paris, Pharm. THOMMERET GÉLIS, 32, faub. Montmartre. Dépôt des *Granules et Bains sulfo-acidules*, remplaçant les eaux *sulfureuses naturelles* pour boisson et bains. — Dans toutes les pharmacies.

CONSOMPTION

PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE
RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.
Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 82, rue Rambuteau.—**Gros**, 8, rue Neuve-St-Augustin, **Paris.**

LA CONSTIPATION

guérie en quelques jours sans purger par les pilules de Podophylle Coirre, 24, rue du Regard, Paris. — 3 fr. la boîte. — Pour en faciliter l'essai, envoi *franco* aux médecins contre 50 centimes.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires.
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institue en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois	16 —	
Un an	30 —	

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : De l'influence des troubles de la digestion sur le développement de la diathèse urique et des sédiments et concrétions urinaires en particulier. Fracture du sternum. — Des voies d'élimination du poison puerpéral et de la méthode éliminatrice (M. Hervieux). — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l'aide de l'écraseur (M. Verneuil). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nécrologie. — Thèses. — Nouvelles. — Bibliographie.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

De l'influence des troubles de la digestion sur le développement de la diathèse urique et des sédiments et concrétions urinaires en particulier.

Lorsqu'un médecin, adonné depuis longues années à la pratique de l'une des grandes spécialités médicales, connu d'ailleurs par de bons et nombreux travaux et par l'application constante d'un esprit sérieux d'observation, vient exposer à ses confrères, sous une forme concise, les résultats de sa grande expérience, nous lui devons un accueil reconnaissant. C'est le cas qui se présente pour le petit volume in-12 que vient de publier M. le docteur Aug. Mercier (1), et qui, pas plus tard que mardi dernier, était présenté avec les éloges qu'il mérite par M. Barth à l'Académie de médecine. En jetant un coup d'œil rapide sur ce volume, notre attention a été particulièrement appelée sur le chapitre intitulé : *Causes des sédiments et concrétions urinaires*, et après l'avoir lu, nous avons eu l'idée d'en résumer, à l'usage de nos lecteurs, ce qui concerne en particulier l'influence de l'alimentation sur le développement de la diathèse urique, comme constituant un des problèmes étiologiques les plus dignes d'intérêt.

Pour M. Mercier, la diathèse urique dépend d'une élaboration insuffisante des aliments, de digestions dont les produits ne sont pas assez complétement transformés pour entrer dans la composition de nos tissus, et qui n'arrivant pas même à l'état d'urée dont la solubilité faciliterait l'élimination, restent à un degré inférieur d'oxydation, à celui d'acide urique. Il est rare, en effet, qu'on n'observe pas des troubles gastriques plus ou moins prononcés chez les goutteux et les graveleux : digestions pénibles, aigreurs, pituites flatuosités, vomissements, constipation ou diarrhée ; d'où une oxygénation imparfaite, une nutrition viciée de tous les organes, en un mot, des perversions fonctionnelles de toute sorte.

Il était donc intéressant de rechercher dans quelles conditions se manifestent ces troubles gastriques eux-mêmes, quelles sont les causes qui les déterminent.

Il faut chercher les causes ordinaires de ces troubles gastriques dans les aliments ou dans les boissons qui pèchent par la quantité ou par la qualité. « Des gens affectés de goutte ou de gravelle, dit M. Mercier, les uns mangent habituellement beaucoup trop, de manière à former dans l'estomac une masse volumineuse que les sécrétions gastrique, hépatique, pancréatique, etc., pénètrent difficilement, incomplétement, que les concrétions péristaltiques des intestins ne meuvent et ne délogent qu'avec peine ; d'autres mangent beaucoup trop souvent, et ne donnent à leurs organes digestifs aucun temps de repos, de sorte que les excitations, se succédant sans interruption, finissent par dégénérer en irritation habituelle et maladive; d'autres mangent beaucoup trop vite et ne mâchent pas assez leurs aliments, de sorte que ceux-ci, mal broyés, résistent physiquement aux dissolvants gastriques, et, peu insalivés, sont mal disposés à subir leur action chimique ; chez un certain nombre, ce sont les dents qui font défaut ; d'autres usent fréquemment de mets trop réfractaires au travail digestif, ce qui produit les mêmes effets que les repas copieux ou trop rapprochés, et, ce qui les produit peut-être encore plus vite, c'est l'usage habituel des condiments trop excitants. »

Quant aux boissons, les uns en prennent trop et délayent ainsi le fluide gastrique au point d'annihiler ses propriétés ; d'autres les prennent trop irritantes, etc. « M. Mercier fait la remarque que les vins blancs, les vins rouges acides, la bière et le cidre disposent d'une manière toute particulière aux aigreurs d'estomac, contribuent à la fréquence de la goutte et de la gravelle dans les pays où l'on en fait largement usage, malgré l'abondance d'urine qui en résulte. D'un autre côté, l'eau et les boissons aqueuses, chaudes surtout, lui paraissent, pour beaucoup d'estomacs, dans les régions tempérées, une cause de débilité fâcheuse.

Chez d'autres malades, poursuit M. Mercier, ce ne sont pas les substances ingérées qu'il faut accuser, mais le mauvais état des organes digestifs qui élaborent mal la petite quantité d'aliments choisis qu'on leur confie.

Un premier résultat de l'inflammation des muqueuses ou des glandes est une modification de la qualité et de la quantité de leurs sécrétions. Aussi voit-on souvent les personnes atteintes de gastro-entérite, d'hépatite chronique rendre de l'acide urique et des urates en abondance dans leurs urines.

(1) *Traitement préservatif et curatif des sédiments, de la gravelle, de la pierre urinaire et de diverses maladies dépendant de la diathèse urique*, par le docteur Aug. Mercier. — 1 vol. in-12, Paris, 1872. — Chez Adrien Delahaye.

Un second résultat non moins évident, c'est qu'un estomac enflammé se révolte au contact des aliments, et que s'ils ne sont pas expulsés par des vomissements, ils sont poussés dans les parties inférieures du tube digestif trop rapidement pour pouvoir subir une transformation convenable.

D'un autre côté, les organes digestifs peuvent pécher par perversion de leurs facultés. Une diminution de sécrétion ou de contractilité est souvent cause, au moins en partie, de cette constipation très-opiniâtre qu'on remarque chez les gens affectés de diathèse urique. Beaucoup de goutteux ou de calculeux succombent à des désordres intestinaux. Le début de ces affections est assez fréquemment signalé par un ballonnement considérable du ventre tel que les organes respiratoires en sont quelquefois gênés. M. Mercier a vu et publié des cas de mort survenus presque subitement dans des conditions de ce genre.

M. Mercier signale, enfin, au nombre des circonstances particulières qui peuvent s'opposer aux bons effets de la digestion, alors que le régime alimentaire est bien ordonné, d'ailleurs, et que les organes digestifs sont sains, l'usage de fumer aussitôt après le repas, le repos, le sommeil, le travail d'esprit avec immobilité du corps, les abus vénériens dans les mêmes circonstances.

Comment ces troubles digestifs amènent-ils la production d'un excès d'acide urique?

Ici M. Mercier, après avoir examiné les diverses hypothèses physiologiques qui ont été mises en avant pour expliquer cette production, se résume ainsi : « En définitive, que, pendant le travail de la digestion, les acides affluent en trop grande abondance dans le tube intestinal, ou que les alcalis n'y arrivent pas en proportion convenable, il est évident que les produits du travail digestif ne parviennent dans le sang qu'insuffisamment alcalinisés, par cela même incomplétement transformés, et trop peu fluidés pour que l'acte respiratoire puisse s'exercer sur eux dans toute sa plénitude. Il semble alors que tout, dans l'organisme, tende à la solidification. »

Comme complément à ce qui précède, M. Mercier termine sur ce point par cette remarque, que c'est la dernière moitié de la vie, celle où toutes nos fonctions perdent de leur énergie, et où néanmoins, par une fâcheuse aberration, on abuse le plus des organes digestifs, que la gravelle et la goutte apparaissent habituellement.

Quant à la gravelle des enfants, qui semblerait à certains égards faire exception ou contraste avec ce qui précède, elle n'en est pas moins aussi, bien qu'avec des conditions différentes, sous l'influence d'une mauvaise alimentation, dont les effets se font surtout sentir à l'époque de la dentition.

Les conséquences naturelles de tous les faits que nous venons de passer en revue, c'est l'extrême importance de veiller à l'état des fonctions digestives chez les sujets atteints de l'une ou l'autre forme de la diathèse urique, ou chez ceux qui y sont prédisposés par l'hérédité ou par leurs conditions d'existence, et de combattre de bonne heure les troubles gastriques dans quelques conditions qu'ils se manifestent, afin d'en prévenir les conséquences fâcheuses possibles.

L'examen des moyens nous conduirait un peu trop loin aujourd'hui. Nous en ferons l'objet d'un autre article de revue.

Fracture du sternum.

Dans le numéro du 27 juin dernier, nous avons rapporté un exemple de fracture du sternum sans déplacement, recueilli dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin, fracture qui ne fut reconnue que grâce au procédé d'exploration auquel eut recours ce chirurgien, et qui consista à placer un oreiller roulé sous le dos du malade, de manière à faire saillir fortement en avant la partie antérieure du tronc, et à rendre ainsi sensibles les signes de déplacement et de crépitation qu'il était impossible de percevoir dans l'attitude normale du corps. Il vient de se présenter récemment, dans le même service, un cas semblable de fracture du sternum sans déplacement, mais dans des conditions bien autrement graves, comme on en va juger par la relation suivante du fait qui a été recueilli par M. Viguier, interne du service.

Le nommé D... (Victorien), âgé de 42 ans, fit le 9 septembre dernier une chute d'environ 40 pieds de hauteur dans une carrière. Après être resté quelque temps sans connaissance, il put se relever et remonter sur ses genoux au moyen d'une échelle, et il entra à l'hôpital (salle Cochin, n° 6), où l'on constata : 1° une fracture compliquée de plaie de la jambe droite à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur; 2° une fracture de deux os de la jambe gauche au tiers inférieur; 3° une plaie de tête n'intéressant que le cuir chevelu ; 4° enfin une ecchymose assez considérable à la région pré-sternale, sans déformation de la région. M. Després soupçonna une fracture du sternum sans déplacement; mais l'état du blessé l'empêcha de recourir au moyen d'investigation qu'il emploie ordinairement en pareil cas, et dont il a été question dans l'observation précitée. Deux jours après, une pneumonie se déclara du côté droit, et, le 15 septembre, le malade mourait de cette complication.

A l'autopsie, on trouva, outre les diverses lésions (pneumonie, fracture de jambe, etc.), une fracture sans déplacement de la deuxième pièce du sternum.

Cette fracture, que l'ecchymose seule avait fait soupçonner, aurait certainement pu être constatée si l'état du blessé avait permis de rechercher la mobilité et la crépitation au moyen de l'oreiller roulé, placé transversalement sous les reins du malade. Ce cas est, du reste, en ce qui concerne la fracture du sternum, absolument analogue à celui qui a été publié au mois de juin dernier. Sur la pièce que nous avons présentée à la Société anatomique, on peut voir une fracture du sternum siégeant à la partie supérieure de la seconde pièce, et très-obliquée de haut en bas et d'avant en arrière ; les couches fibreuses qui tapissent le sternum en avant et en arrière ne sont pas déchirées, mais un peu décollées ; les cartilages costaux voisins ne sont pas fracturés. On trouva, en outre, du côté gauche, une rupture du cinquième cartilage, au niveau de son insertion sur le sternum.

Ce qui est particulièrement intéressant dans cette pièce, c'est précisément l'intégrité des couches fibreuses qui tapissent les deux faces du sternum, à laquelle est due l'absence de déplacement. Si l'on rapproche ce fait de l'observation précédente (*Gazette des hôpitaux*, 27 juin), il est permis de croire, ainsi que nous l'avons dit, que les fractures du sternum sans déplacement sont moins rares qu'on ne le pense, mais qu'elles passent souvent inaperçues, précisément à cause de ce que la crépitation et la mobilité ne peuvent être facilement constatées qu'à l'aide du procédé employé par M. Després et encore trop peu en usage ; et dès-lors, il ne reste plus que l'ecchymose qui, ne se développant pas toujours immédiatement, échappe souvent à l'attention.

Dr Brochin.

DES VOIES D'ÉLIMINATION DU POISON PUERPÉRAL ET DE LA MÉTHODE ÉLIMINATRICE.

Par M. le docteur HERVIEUX.

Extrait d'un mémoire lu à l'Académie de médecine (séance du 22 octobre 1872).

On sait, ou plutôt on ne sait pas assez, qu'il n'y a guère que deux voies d'introduction du poison puerpéral dans l'organisme : la voie utérine pour quelques cas seulement, la voie pulmonaire pour l'immense majorité des cas. Les voies d'élimination, au contraire, se font remarquer par leur multiplicité.

Au premier rang parmi les voies d'expulsion de l'agent délétère, il faut citer la voie gastro-intestinale. Les vomissements sont, en effet, un des premiers symptômes de toutes les formes de l'intoxication puerpérale. J'ai vu souvent des malades fébricitantes qui, après avoir présenté soit pendant, soit après l'accouchement, des vomissements inquiétants, avaient été complétement mises hors de danger par ces éjections spontanées. La diarrhée appartient au même ordre de moyens expulsifs. Elle est, comme je l'ai dit ailleurs, solidaire des vomissements, en telle sorte que si, par une intervention thérapeutique, on supprime ceux-ci, les évacuations intestinales se rétablissent, et réciproquement. — Combien de fois aussi n'ai-je pas vu l'apparition de la diarrhée coïncider avec une amélioration sensible dans l'état des nouvelles accouchées. La diarrhée et les vomissements deviennent trop souvent, il est vrai, une cause d'aggravation, mais cela ne prouve qu'une chose, c'est que l'économie s'épuise dans l'effort immodéré qu'elle tente pour sa délivrance.

Aux sécrétions intestinales s'ajoute presque toujours dans une certaine mesure la sécrétion biliaire. Il n'est peut-être pas de voie éliminatrice qui concoure plus activement que celle-là, surtout dans les grandes épidémies, à l'expulsion du principe toxique. C'est alors que l'on voit des malades qui, après avoir rejeté par régurgitation, sans effort et d'une manière presque incessante une bile épaisse et vert foncé, comme des épinards cuits, présentent après la mort près d'un litre de la même matière dans l'estomac, l'intestin et la vésicule hépatique. Ne savons-nous pas, ainsi que l'avait établi depuis longtemps Orfila pour les poisons minéraux, que le foie est le refuge de prédilection de la plupart des poisons, le centre où ils se déposent et s'accumulent dans les proportions les plus considérables. Cette accumulation n'est probablement pas étrangère à l'altération graisseuse du tissu hépatique chez les femmes en couches.

Eu égard à l'élimination de l'agent toxique, l'écoulement lochial n'a guère moins d'importance que les sécrétions précédentes. Les anciens avaient compris et exagéré cette importance en faisant dériver toutes les affections puerpérales de la suppression des lochies. Ils prenaient en ceci l'effet pour la cause ; mais, ce qui est constant, c'est que l'écoulement lochial sert de véhicule au principe délétère, et voici sur quels motifs je me fonde pour admettre l'élimination par cette voie : 1° La fétidité et l'abondance des lochies atteignent dans certains cas des proportions qui ne s'expliquent ni par l'état local, ni par l'état général des malades ; 2° cette abondance et cette fétidité coïncident avec l'abaissement de la température et du pouls, avec une expression meilleure de la physionomie, le retour du sommeil, de l'appétit, etc.

La peau participe moins souvent et moins activement que les muqueuses utérine et gastro-intestinale à l'élimination du poison puerpéral. Elle intervient surtout dans les situations graves, et cette intervention est signalée tantôt par des sueurs profuses, tantôt par des éruptions miliaires. Je possède quelques observations de sueurs profuses ayant duré plusieurs jours sans interruption et ayant réussi par leur persistance à conjurer les dangers les plus sérieux. Dans ces cas remarquables la sécrétion sudorale avait perdu son acidité pour devenir alcaline ; elle ramenait au bleu le papier de tournesol rougi.

Les cas d'éruptions miliaires amenant une terminaison favorable de la maladie chez des accouchées gravement compromises, sont trop nombreux et trop bien connus des praticiens pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Mais il faut ajouter que les sueurs profuses, comme la miliaire, sont trop souvent aussi des accidents de la période ultime, et, comme ils se produisent alors dans des conditions désespérées, on ne saurait exiger d'eux qu'ils opèrent miraculeusement la guérison.

La surface des vésicatoires peut ouvrir aussi, dans quelques cas, une issue au poison puerpéral. J'ai vu, tout récemment encore, avec mon interne, M. Budin, chez des malades que leur état général ne prédisposait ni à la pourriture d'hôpital, ni à la gangrène, la plaie des vésicatoires exhaler une horrible fétidité, et sous l'influence vraisemblable de ces exhalaisons salutaires, un mieux sensible se produire, le pouls reprendre ses allures normales, les accidents douloureux disparaître, etc.

Jusqu'ici l'organisme n'a requis, pour l'élimination du principe toxique, que les voies naturelles. Une autre voie, que j'appellerai par effraction, pour me servir d'une expression de mon très-honoré maître M. Ricord, peut être établie avec avantage, c'est celle qui résulte de l'ouverture spontanée ou artificielle des formations purulentes et surtout des formations purulentes périphériques. Tous les accoucheurs savent que le développement des abcès du sein suffit souvent pour enrayer une péritonite, une phlébite utérine ou quelque phlegmon diffus, que les abcès des membres ne sont pas moins efficaces pour détourner des organes viscéraux une menace inflammatoire grave, et qu'il n'est pas jusqu'aux manifestations arthritiques qui ne possèdent ce pouvoir libérateur, en appelant l'action morbigène sur des organes éloignés de la sphère pelvi-abdominale.

Il ne faut pas avoir pratiqué longtemps dans une maternité pour comprendre que ces diverses affections ne sont pas purement locales, mais qu'elles sont l'expression, la résultante des efforts de l'organisme pour repousser le mal du centre vers la périphérie et rendre plus inoffensive l'élimination du principe toxique par ces points éloignés. J'ajoute que le succès de ces efforts est subordonné à l'intensité du mouvement épidémique. S'il en était autrement, pourquoi, dans certaines années, les gerçures les plus douloureuses, les crevasses les plus profondes ne donnent-elles jamais lieu à des abcès du sein, tandis qu'à de certaines époques, la mamelle devient le siége de formations purulentes chez la plupart de nos accouchées, qu'elles soient ou non atteintes de gerçures du mamelon ?

L'expérience nous a appris qu'il faut accueillir avec satisfaction ces manifestations périphériques, d'abord comme l'indice d'une amélioration dans l'état sanitaire de la maison, puis, au point de vue individuel, comme une facilité de plus offerte à la matière septique pour son élimination.

La médication des voies et moyens mis en œuvre par l'organisme pour l'expulsion du poison puerpéral n'est point une médication stérile. Elle a des conséquences pratiques de la plus haute portée. Notre curiosité scientifique n'est pas seule intéressée à connaître le secret de certaines guérisons ; la thérapeutique y trouve son compte. Du moment que nous savons par quels procédés la nature s'affranchit des agents toxiques, il ne nous reste plus qu'à l'imiter. Ses procédés sont essentiellement éliminateurs. Notre méthode devra être essentiellement éliminatrice. Toutes les voies d'élimination ouvertes par l'organisme au poison puerpéral ne sont pas également accessibles, mais il en est quelques-unes sur lesquelles pourront se porter avec avantage nos efforts médicaux. Telles sont la voie gastro-intestinale et la voie cutanée.

Somme toute, la méthode éliminatrice comprend quatre modes principaux calqués sur les procédés d'élimination employés par l'organisme.

1° *Vomitifs.* Le rôle important que jouent les vomissements, soit au début, soit à une période avancée, dans les formes graves de l'empoisonnement puerpéral, ne laisse aucun doute sur les ressources que peut nous offrir la médication vomitive. Aussi ai-je établi en principe dans mon service que toute nouvelle accouchée malade, quelle que soit d'ailleurs la lésion dont elle est menacée, doit être soumise tout d'abord à l'action de l'ipéca. Chez les femmes sérieusement atteintes, on ne prévient pas par ce moyen le développe-

ment des accidents ultérieurs, mais on y réussit parfois dans les formes légères de la maladie et dans les épidémies bénignes. Il est rare dans tous les cas qu'on ne parvienne pas à atténuer les symptômes généraux.

2° *Purgatifs*. Les purgatifs n'ont jamais joui parmi les praticiens de la même faveur que l'ipéca, ot pourtant ils sont peut-être un des auxiliaires les plus sûrs et les plus actifs de notre méthode de traitement. Mais ils veulent être maniés avec beaucoup de tact et une grande légèreté de main, sous peine de s'exposer à de graves mécomptes. S'il n'est pas tenu compte du génie épidémique dominant, on court le risque, en aggravant la diarrhée, de la rendre incoërcible et de précipiter l'issue funeste. Il est telle épidémie dans laquelle on peut purger tous les jours sans danger aucun et avec grand bénéfice; telle autre où un seul purgatif déterminera une diarrhée cholériforme.

A mesure que l'expérience m'a initié à la connaissance plus approfondie des conditions favorables à l'emploi des purgatifs, je suis devenu beaucoup plus hardi dans leur administration et tous les jours ils me rendent les plus grands services.

Il semble résulter des considérations qui précèdent que, étant donnée une femme en couches atteinte de diarrhée ou de vomissements, on devra respecter les vomissements comme la diarrhée. Il y a ici une réserve à faire.

Oui, il faut respecter les vomissements du début, quand il sont peu abondants et tendent à s'arrêter d'eux-mêmes. Je complète même en pareil cas l'effort de la nature par la prescription d'un ipéca. Mais quand ils se produisent d'une manière insuffisante, sont purement bilieux, et surtout quand ils prennent la forme de la régurgitation, je les réprime si faire se peut par les moyens habituels : glace, eau de Seltz, potion de Rivière, etc., mais surtout en agissant sur l'intestin par des lavements purgatifs, de manière à faire suivre aux matières éliminées la filière intestinale. Quant à la diarrhée, je la tiens pour salutaire dans l'immense majorité des cas, et je ne tente sa répression que quand, par son caractère séreux ou sa continuité, elle compromet directement l'existence.

3° *Évacuations sanguines*. — Elles constituent un agent éliminateur de premier ordre.

N'était la crainte d'ajouter par des déperditons sanguines artificielles à la débilitation qu'entraînent les pertes naturelles résultant de l'accouchement, je n'hésiterais pas à mettre en usage les saignées générales chez les femmes en couches atteintes d'accidents sérieux. La masse du sang, surtout au début, contient le principe toxique en proportions plus ou moins considérables. Elle n'a pas eu le temps de s'en dépouiller au profit des organes chargés de l'élimination. Soustraire alors une certaine quantité de sang par la veine serait donc décharger en partie l'organisme du principe infectieux.

Cette manière de voir est confirmée d'une façon péremptoire par les excellents résultats que fournissent journellement les émissions sanguines locales. Les applications de sangsues, mais surtout les applications de ventouses scarifiées, ne manquent jamais, dans les affections pelvi-abdominales des femmes en couches, d'apporter un soulagement très-sensible, et il est tel état sanitaire dans lequel elles suffisent pour enrayer l'évolution des accidents puerpéraux. On conçoit dès lors l'importance des services que pourrait rendre la saignée du bras, si des motifs déduits de la physiologie même de l'état puerpéral ne nous obligeaient à une extrême circonspection dans l'emploi de ce moyen.

4° *Vésicatoires*. — Quoique appartenant par leur action la mieux démontrée à la médication révulsive, les vésicatoires n'en méritent pas moins une très-large place dans la méthode éliminatrice. Mais pour que le vésicatoire soit vraiment éliminateur, il ne suffit pas que l'épiderme soit partiellemement soulevé dans quelque points de son étendue, il faut que l'application ait été assez exacte et assez prolongée pour donner lieu à la formation d'une ampoule volumineuse et conséquemment à une abondante sécrétion de sérosité.

L'évacuation de ce liquide pourra contribuer à l'élimination du principe toxique.

En tout état de cause, les vésicatoires constituent l'une des plus puissantes ressources dont nous disposions pour combattre les manifestations locales de la puerpéralité pathologique.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM

ET DE LEUR TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF PAR LA RECTOTOMIE LINÉAIRE OU SECTION LONGITUDINALE DE L'INTESTIN A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR.

(Lu à la Société de chirurgie, dans la séance du 16 octobre 1872 par M. VERNEUIL.)

Tous les chirurgiens qui ont eu à lutter contre le rétrécissement de la partie inférieure du rectum savent combien le traitement en est difficile et la cure incertaine. Ils savent aussi que cette affection est grave, qu'elle porte le trouble dans les fonctions digestives et amène à la longue un dépérissement considérable, qu'elle est enfin la source de douleurs incessantes et d'accidents divers qui empêchent les patients de se livrer au travail et parfois mettent la vie en péril.

Je ne m'occuperai point ici des causes et de la pathogénie encore contestée de ces rétrécissements. Je me contente de rappeler qu'ils sont de nature différente et peuvent être, au point de vue anatomique, rangés en trois groupes :

1° Induration plus ou moins étendue de la paroi rectale due à l'inflammation chronique ;

2° Anneaux cicatriciels plus ou moins épais, plus ou moins étroits constitués par des tissus fibreux ;

3° Productions néoplasiques malignes : fibrome, épithélium ou cancer le plus souvent développés dans la région anale.

Le pronostic de ces variétés est naturellement en rapport avec la structure ; mais, malgré les différences histologiques, un caractère commun rapproche tous ces cas, je veux parler de la diminution du calibre de l'intestin, entraînant la rétention stercorale, l'altération de la muqueuse au-dessus de l'obstacle et toutes les conséquences habituelles de ces états morbides secondaires.

Il faut y ajouter surtout, avec les rétrécissements inflammatoires ou cicatriciels, une complication très-fâcheuse, c'est-à-dire le développement de phlegmons péri-rectaux arrivant jusqu'au périnée et aux régions voisines et produisant des décollements, des clapiers, des fistules plus ou moins éloignées de la marge de l'anus. Aux troubles engendrés par le rétrécissement, viennent alors se joindre les suppurations profuses, interminables, épuisantes, avec menace continuelle de poussées inflammatoires nouvelles, de lymphangite, d'érysipèle, de phlegmons intra-pelviens, etc.

Certes la chirurgie n'est pas désarmée contre ces graves désordres. Cependant il faut avouer qu'elle reste trop souvent incapable de guérir et même de soulager. Aussi, lorsqu'on a seulement recours aux moyens actuellement en faveur, on éprouve bien des mécomptes, sans préjudice des revers inattendus, moins rares qu'on ne le pense.

Insuccès et revers sont dus, je crois, à ce qu'on se montre un peu trop timide dans l'emploi des procédés opératoires, et aussi à ce que ces procédés ont par eux-mêmes une gravité trop grande.

Les progrès de la médecine opératoire, surtout en ce qui touche la diurèse chirurgicale, nous permettraient cependant, ce me semble, tout à la fois d'être plus hardis que nos devanciers et d'exposer beaucoup moins les jours de nos malades. Telle est l'idée principale que je me propose de mettre en relief dans le présent travail.

Quelle que soit la nature du mal, l'indication à remplir est formelle. Il y a rétrécissement, obstacle, barrière, il faut rétablir largement la voie et rendre à l'extrémité de l'intestin un calibre normal.

En cas de cancer anal, on tente l'extirpation, rarement suivie,

il faut en convenir, de guérison radicale, mais qui amène presque sûrement une amélioration considérable dans les souffrances.

Par malheur, cette extirpation est souvent impossible parce que le mal remonte trop haut et cesse d'être accessible. On a recours alors à divers expédients palliatifs : le brisement des végétations cancéreuses, le raclage circulaire, avec une espèce de cuiller à tranchant émoussé, sorte d'évidement du centre de la tumeur, qu'on dit très-efficace et dont je doute un peu, et que d'ailleurs je m'abstiens de juger, ne l'ayant jamais mis en usage.

Si l'obstruction est très-complète et les limites du mal trop élevées, on recourt à la colotomie inguinale ou lombaire par la méthode de Littre ou celle de Callisen, si vantée par Amussat, et à laquelle les chirurgiens anglais ont fréquemment recours.

Je ne suis pas opposé à cette opération qui, dans le seul cas où je l'ai pratiquée, m'a permis de prolonger de près d'un an la vie d'un jeune homme affecté de cancer colloïde du rectum. Mais je la crois assez difficile, assez dangereuse, et seulement indiquée dans un petit nombre de cas.

Pour les rétrécissements cicatriciels ou constitués par une induration chronique de l'intestin, nous avons aussi des moyens : la dilatation avec ses nombreux procédés, la divulsion brusque, la cautérisation destructive, et enfin les incisions uniques ou multiples, superficielles ou profondes.

Je ne crois pas trop m'avancer en affirmant que ces ressources sont très-insuffisantes et n'amènent la guérison que dans des cas fort peu graves en eux-mêmes. La cautérisation est abandonnée. Peut-être l'électrolyse la remplacera, mais la preuve est encore à faire. La divulsion pourra convenir, mais seulement en cas de rétrécissement valvulaire mince ou de contracture ancienne simulant un rétrécissement organique, comme j'en ai vu un fort bel exemple dans ma propre pratique.

J'ai employé avec avantage le dilatateur métallique à branches parallèles pour élargir rapidement des obstacles forts étroits, mais cet instrument ne fait que soulager. Il faut en répéter l'usage assez fréquemment, car l'ampliation produite n'est pas durable. Son application, faite même avec prudence et douceur, peut d'ailleurs être dangereuse. Chez une malade de l'hôpital Lariboisière affectée d'induration chronique et fort étendue du rectum, je fis, à quinze jours d'intervalle environ, cinq séances heureuses. La sixième provoqua une péritonite promptement mortelle.

J'ai, dans mes notes, un cas plus funeste encore. Il s'agissait d'une femme âgée et cachectique atteinte de rétrécissement cancéreux de la fin du rectum. Je pratiquai le toucher pour reconnaître le mal, et mon doigt s'étant engagé dans l'obstacle, j'en profitai pour le dilater un peu par la pression digitale. Dès le soir, des accidents survinrent qui, en quarante-huit heures, enlevèrent ma malade.

J'ai eu plusieurs fois recours à la dilatation temporaire et progressive avec de grosses bougies de cire de forme conique que les malades introduisent matin et soir et gardent une heure si la chose est possible.

On obtient ainsi des améliorations sensibles mais passagères, car aussitôt que la dilatation est suspendue, les accidents reparaissent. Ce procédé étant très-assujétissant, les malades y renoncent bientôt. D'ailleurs, il n'est guère possible d'aller loin, les bougies n'étant plus tolérées dès qu'elles dépassent un certain volume.

Les mèches de charpie enduites d'un corps gras sont mieux tolérées, mais doivent séjourner beaucoup plus longtemps. Leur introduction est d'ailleurs quelquefois difficile, si le rétrécissement est excentrique et son trajet tortueux. De plus, leur présence, à la manière de tous les corps étrangers, provoque souvent du ténesme, du malaise, des douleurs. Il faut y renoncer. La dilatation progressive rend quelques services; mais il ne m'a pas encore été donné de lui voir guérir radicalement un seul cas de rétrécissement tant soit peu étendu.

Deux de mes malades atteints de rétrécissements avec fistules anales, se sont appliqué la dilatation par les bougies coniques et les mèches avec une grande persévérance et un soin particulier. Au bout de quelques mois, le doigt pénétrait sans peine dans l'obstacle, mais la paroi rectale était toujours indurée et les fistules persistaient. L'un de ces malades me quitta; l'autre me demanda de l'opérer.

On a recommandé dans les rétrécissements du rectum, comme dans tous les autres rétrécissements des canaux muqueux, les incisions superficielles ou profondes portant directement sur le point rétréci. Je n'ai pas eu l'occasion d'y recourir. Sans doute, elles peuvent être efficaces dans les rétrécissements valvulaires de petite étendue et d'épaisseur minime; mais je ne vois pas ce qu'elles pourront faire dans ces indurations considérables qui transforment la paroi rectale en un canal cylindrique tortueux, étroit et inextensible. Si ces débridements intérieurs sont superficiels, ils seront sans grande utilité; s'ils sont profonds, de manière à intéresser toute la paroi indurée jusqu'aux tissus périphériques restés souples, ils pourront être efficaces, mais exposeront à des phlegmons graves et d'ailleurs nécessitant l'emploi simultané de la dilatation, ou l'interposition de corps étrangers, sous peine de voir bientôt se réunir les lèvres de l'incision, qui n'ont aucune tendance naturelle à s'écarter.

Toutes les difficultés qu'on rencontre dans le traitement des rétrécissements graves de l'urèthre se retrouvent à un haut degré dans la cure des rétrécissements compliqués de la partie inférieure de l'intestin, et il ne serait pas malaisé de faire ici à la dilatation et aux incisions les reproches qu'on adresse à l'emploi des sondes et à l'uréthrotomie interne.

J'ajouterai que la présence du sphincter anal contribue largement pour sa part à l'insuccès, à l'insuffisance et à l'intolérance des moyens curatifs annoncés plus haut.

Sous l'influence des douleurs, du ténesme, de l'inflammation de la muqueuse rectale, du contact irritant des matières qui baignent la muqueuse de l'anus, ce muscle est d'ordinaire contracturé et joue de son côté le rôle d'obstacle à l'issue libre des matières; souvent aussi il se révolte énergiquement contre l'action des corps dilatants.

Ce n'est pas en un jour ni en me basant sur un seul fait que je suis arrivé à douter de l'efficacité des moyens classiques; c'est à force d'échouer en les employant et de réussir, ou du moins d'obtenir des résultats beaucoup plus satisfaisants en adoptant d'autres procédés, que j'ai acquis la conviction que je vais vous faire connaître.

Mes premières recherches classiques remontent à neuf ans. J'ai recueilli depuis cette époque dix observations, qui ont affermi ma manière de voir et m'ont prouvé que l'art avait quelques progrès à faire sur ce point.

Ces dix faits sont ainsi répartis :

4 rétrécissements avec fistules anales nombreuses.

1 rétrécissement avec une fistule ancienne et un phlegmon récent.

1 rétrécissement avec une fistule opérée deux fois sans succès.

1 rétrécissement simple à l'union de l'ampoule rectale et de la région anale. Traité depuis plus de quatre années sans succès.

3 cancers de l'extrémité inférieure du rectum.

J'ai suivi tous ces malades sans exception, de sorte qu'il m'a été possible de juger des résultats obtenus.

Ces faits diffèrent trop les uns des autres pour être confondus dans une description commune, il faut donc les distinguer en catégories et les étudier séparément.

1° *Rétrécissements de la partie inférieure du rectum compliqués de fistules anales.* — Dans tous les articles consacrés soit aux rétrécissements du rectum soit à la fistule de l'anus, cette association est mentionnée, mais d'une façon sommaire et comme détail descriptif. Au chapitre du traitement, il n'est plus question ni de la combinaison ni des indications thérapeutiques qui en découlent.

A propos des rétrécissements, on énumère tous les moyens propres à vaincre l'obstacle, mais sans dire un mot des fistules. Quand il s'agit de ces dernières, on indique les diverses façons de les inciser ou de les cicatriser, on note bien les indurations, les callosités qui

les accompagnent, mais on ne mentionne plus le rétrécissement qui en résulte, ni les moyens de rendre à l'intestin son calibre normal. De ce silence on pourrait conclure qu'il suffit de guérir le rétrécissement pour tarir les fistules et d'inciser celles-ci pour faire disparaître l'obstruction rectale. Or, rien n'est plus contraire à la vérité, car chacun des éléments de cette affection complexe doit être traitée à part, sous peine de n'obtenir que des résultats nuls ou incomplets.

Et d'abord, l'association susdite est-elle fréquente? Je ne le crois pas. Les fistules anales ordinaires sont très-communes. Les rétrécissements simples de la partie inférieure du rectum ne sont pas rares; quant aux rétrécissements compliqués de fistules, je n'en ai observé que six cas jusqu'à ce jour. Cette proportion, quoique minime, est assez considérable toutefois pour qu'il en soit tenu compte.

Trois fois j'ai vu les désordres extérieurs portés à un degré extrême. La marge de l'anus, les régions coccygienne, périnéale, fessière, étaient criblées d'orifices fistuleux, dont quelques-uns allaient s'ouvrir à 15 centimètres et plus de l'orifice anal.

Tous les téguments des régions susdites étaient tuméfiés, rouges, d'une dureté ligneuse et fort douloureux au toucher. La suppuration était le plus souvent très-abondante; de temps en temps se formaient de nouveaux abcès, constituant bientôt de nouvelles fistules. Ces sujets étaient épuisés par les douleurs et l'écoulement du pus; tout travail était impossible, la position assise insupportable.

Dans un quatrième cas, les fistules étaient nombreuses et plus rapprochées de l'anus, mais la rectite était intense et la sécrétion muco-purulente de l'intestin extrêmement abondante; d'où l'épuisement le plus prononcé.

Dans le cinquième et le sixième cas, les lésions externes étaient moins graves. Une femme avait une seule fistule déjà ancienne et un phlegmon tout récent, qui l'amenait précisément à l'hôpital.

Chez un jeune homme, une première fistule superficielle avait été opérée, mais elle ne s'était pas complétement guérie. Un trajet secondaire persistait. C'est en l'opérant que je constatai le rétrécissement, qui avait été jusqu'alors méconnu.

Chez tous les sujets, au moment où mes soins furent réclamés, la maladie remontait à plusieurs années.

Chez trois, on avait sans succès opéré une ou plusieurs fistules à la manière ordinaire, sans se préoccuper de la coarctation rectale.

En revanche, chez tous la section linéaire de l'obstacle faite après le débridement des fistules ou dans la même séance, a produit les meilleurs effets. Deux malades très-gravement atteints, opérés en 1863 et 1864, sont restés radicalement guéris.

Une malheureuse femme syphilitique, opérée en 1866 à Lariboisière, est revenue y mourir en 1870 de tuberculisation pulmonaire; mais elle ne souffrait plus de l'intestin. Une autre femme, arrivée presque mourante dans le même hôpital, en 1865, est sortie en bon état. Je l'aurais crue radicalement guérie, lorsqu'elle s'est représentée il y a quelques semaines dans mon cabinet; elle était grasse et fort bien portante en apparence; cependant depuis plus d'une année, elle supportait mal la position assise, et j'ai pu constater par le toucher que le rectum offrait encore un rétrécissement notable.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; la *Gazette hebdomadaire*; — l'*Union médicale*; — le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*; — le *Bordeaux médical*; — le *Montpellier médical*; — le *Lyon médical*; — le *Bulletin médical du Nord de la France*.

— M. Le Fort présente, de la part de M. Cheever, le *Premier Rapport médical et chirurgical* du *Boston city hospital*.

M. Giraud-Teulon présente, de la part de M. le docteur Monoyer, une brochure intitulée : *Epithelioma perlé ou margaritoïde de l'iris*.

M. Guéniot, à propos de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance, offre à la Société un mémoire qu'il a publié dans les *Archives de médecine*, 1868, et qui a pour titre : *De l'acupuncture considérée comme moyen de diagnostic différentiel entre certains polypes fibreux de la matrice et le renversement partiel de cet organe.*

— Une lettre de remerciements de la Société médico-chirurgicale de Londres, à l'occasion de la réception de plusieurs mémoires des bulletins de la Société de chirurgie.

M. Verneuil présente, de la part de M. le docteur Folet, un travail intitulé : *Ponctions aspiratrices dans un cas de hernie cœcale étranglée* (renvoyé à une commission composée de MM. Tarnier, Panas et Verneuil).

A PROPOS DU PROCÈS VERBAL

Diagnostic des tumeurs fibreuses de l'utérus.— M. Guéniot. Je pense que le diagnostic des tumeurs fibreuses de l'utérus peut être facilité par un mode d'exploration sur lequel j'ai appelé il y a quelques années l'attention; je veux parler de *l'acupuncture*, pratiquée sur la tumeur de nature douteuse. Par cette épreuve, que l'on peut exécuter à l'aide d'une épingle à insecte, on détermine aisément l'existence de deux caractères très-accusés dans les myomes jeunes et de petit volume : la *dureté* et *l'insensibilité*. S'il s'agissait, au contraire, de l'utérus renversé, on trouverait peu de résistance et la malade percevrait une certaine douleur. Ces deux caractères, dans les cas douteux, sont donc susceptibles d'éclairer le diagnostic; et le moyen de le constater est à la fois trop facile et trop innocent pour être négligé.

M. Le Fort. Mon observation était destinée à montrer la difficulté du diagnostic entre le renversement de l'utérus et un corps fibreux. Dans l'un et l'autre cas, les signes indiqués par M. Guéniot eussent donné les mêmes résultats. Il en fut de même du toucher rectal, car on ne pouvait établir où commençait la matrice et où finissait la tumeur.

J'appelle l'attention sur ce fait que la tumeur était développée dans la lèvre postérieure du col, que l'orifice de celui-ci était allongé, et que si l'on n'est point prévenu de ce fait, il devient impossible de reconnaître le col.

M. Chassaignac. J'ai opéré un certain nombre de ces hypertrophies du col, et toujours le toucher rectal m'avait éclairé pour le diagnostic. Au moment où le doigt pénètre dans le rectum, il arrive dans une cavité, et s'il y a quelque chose du côté de l'utérus, on le sent avec la plus grande facilité.

M. Dubrueil donne des nouvelles du malade auquel il a fait une ponction de l'articulation. Ce malade va mieux; on peut espérer qu'il guérira.

ÉLECTION

Commission pour l'examen des titres à la place de membre titulaire.

Sont élus : MM. Giraldès, Duplay, Tarnier.

LECTURE

Rétrécissements du rectum. Traitement par la rectotomie verticale. — M. Verneuil lit le travail suivant. (Voir plus haut.)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : Armand Després.

NÉCROLOGIE

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort inattendue et regrettable de M. Charles Daremberg, professeur d'histoire médicale à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, bibliothécaire de la bibliothèque Mazarine, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 24 octobre 1872, au Mesnil-le-Roy (Seine-et-Oise), à l'âge de 55 ans. Les obsèques de M. Daremberg se feront le samedi 25 courant, à 10 heures et demie très-précises, en l'église du Mesnil-le-Roy.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

333. Vialle. Quelques considérations sur l'hygiène et les maladies au plateau d'Avron, pendant le siége de Paris.
334. Decuignières. De l'iodoforme ; chimie, physiologie, thérapeutique.
335. Naudier. De l'obstruction des voies lacrymales.
336. Morisson. D'une forme de céphalalgie rhumatismale (algie du péricrâne).
337. Weil. Essai sur la fièvre à propos de la pneumonie traitée par la digitale.
338. Herbert. Étude sur la maladie de foin, rhino-bronchite spasmodique (*Hay fever, hay asthma*).
339. Rigodin. Etude sur la hernie lombaire.
340. Crauck. Sur l'hydarthrose du genou.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Grenoble. — M. le docteur Bisch, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques à ladite École, en remplacement de M. le docteur Allard, dont les fonctions sont expirées.

— Par divers arrêtés ministériels ont été nommés :

Officier de l'instruction publique : M. Lecadre, médecin du lycée du Havre.

Officiers d'académie : MM. les docteurs Aubinais, membre du bureau d'administration du lycée de Nantes; Faguet, préparateur de botanique à la Sorbonne; Morache, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Cauvry, médecin à Agde (Hérault).

— M. le docteur E. Dumesnil est nommé inspecteur général du service des aliénés en remplacement de M. le docteur Rousselin, nommé médecin en chef de la maison de Charenton.

M. le docteur Ach. Foville fils, est nommé directeur médecin de l'asile public des aliénés de Quatre-Mares, près Rouen, en remplacement de M. Dumesnil, nommé inspecteur général.

— *Lycée d'Orléans.* — M. le docteur Bouglé est nommé médecin adjoint du lycée (emploi nouveau).

— *Erratum.* — Une erreur s'est glissée dans l'article du *Traitement du choléra*, qui a paru dans notre dernier numéro. A la page 988, 1re colonne, 9e ligne, *lisez* « quelques heures », *au lieu de* « quelques jours ».

— On demande à acheter à Paris, ou dans un rayon de 100 kilomètres, une clientèle de médecin ou une Maison de santé. Rapport annuel justifié de 15,000 fr. au minimum. — S'adresser à M. Joly, 59, rue de Rome, Paris.

Traitement préservatif et curatif des sédiments de la gravelle, de la pierre urinaire et de diverses maladies dépendant de la diathèse urique, par le docteur Auguste Mercier. — 1 vol. in-12 : broché, 7 francs ; cartonné, 8 francs. — Paris, 1872, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Peres, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois.	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — [illegible] D'ACCOUCHEMENTS. Sur l'accouchement prématuré, dit spo[illegible] Guéniot). — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l aide de l'écraseur (M. Verneuil). — Apoplexie cutanée (M. Rinaldi). — Physiologie cérébrale (M. Éd. Fournié. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Thèses. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. GUÉNIOT

Suppléant M. le professeur DEPAUL.

Sur l'accouchement prématuré, dit spontané (1).

(Leçon recueillie par M. le Dr G. CHANTREUIL, chef de clinique.)

Voyons maintenant comment, dans ces différents cas, s'est comporté le travail de l'accouchement.

Eh bien, messieurs, quelle qu'ait été la cause de ce travail prématuré, — cause générale ou cause locale, influence directe ou indirecte, — les contractions utérines, comme les autres phénomènes du travail, se sont rapprochées sensiblement de l'état normal dans l'accouchement à terme. Une seule particularité mérite d'être notée : c'est l'effacement rapide du col, qui jusque là avait conservé toute sa longueur.

Dans un instant, je reviendrai sur ce phénomène dont il importe de bien comprendre l'importance.

Chez presque toutes les femmes, l'expulsion de l'enfant s'est effectuée spontanément, sans trop de lenteur ni de souffrance, et la délivrance n'a exigé aucune intervention spéciale. Seule, la femme du n° 3, atteinte d'un kyste de l'ovaire, a réclamé notre assistance : après un travail languissant de vingt heures, je dus extraire le fœtus à l'aide du forceps.

A quoi rapporter une telle bénignité, une régularité si grande dans les actes d'une fonction dont l'heure, en définitive, a été précipitée? C'est que, comme je vous l'ai déjà laissé pressentir, les causes qui ont provoqué cette terminaison hâtive de la grossesse ont exercé sur la matrice une action lente et continue qui, de longue date, avait préparé cet organe à une activité anticipée. Ainsi s'est trouvée constituée en organe puissant de contraction, toute la région supérieure de l'utérus, tandis que le segment inférieur, et surtout le col, s'étaient au contraire ramollis, de façon à opposer moins de résistance à l'effacement et à la dilatation. Ces mêmes modifications, que vous trouvez si accusées au terme des grossesses normales, elles s'étaient produites à plus courte échéance sous l'empire des circonstances défavorables qui menaçaient la gestation.

Ce serait toutefois se faire une idée fausse de l'évolution du tissu utérin, que de supposer qu'il se trouve, même en pareil cas, aussi profondément modifié, à sept mois et demi et à huit mois, qu'il doit l'être à neuf mois dans une gestation régulière. Non, jamais ce développement n'arrive à une telle perfection; le col toujours conserve sa longueur et une certaine consistance. Aussi verrez-vous d'une façon constante dans l'accouchement prématuré une période de travail que l'on n'observe qu'à titre exceptionnel dans l'accouchement normal à terme. Cette période, tout à fait initiale, correspond à l'effacement complet du col utérin.

Ordinairement, en effet, dans le travail qui survient à neuf mois révolus, la période dont il s'agit n'existe pas, parce qu'elle s'est accomplie silencieusement dans les dernières semaines de la grossesse. Dès que les contractions douloureuses apparaissent, c'est-à-dire au début même du travail, on ne rencontre plus qu'un orifice; le col a disparu par le fait des contractions indolores dont l'ensemble constitue, à cette époque, ce que Millot appelait le *temps secret*.

Chez la femme, au contraire, qui se trouve surprise par un travail anticipé, il n'en est plus de même; le premier effet des contractions douloureuses n'est pas, comme chez la femme à terme, de dilater l'orifice, mais bien de raccourcir progressivement le col jusqu'à disparition complète; deux heures, et même cinq à six heures sont parfois nécessaires pour réaliser ce prélude obligé du vrai travail.

Ce n'est qu'après ce temps préparatoire que la dilatation commence et que le travail peut être réellement assimilé à celui qu'on observe dans l'accouchement à terme. Si le plus grand nombre de nos accouchées n'ont pu servir à la démonstration de ce fait, c'est que presque toutes nous sont arrivées à une période très-avancée du travail; mais croyez bien que celui-ci avait débuté par cette phase indispensable de l'effacement du col.

Chose assez singulière au premier abord, chez plusieurs de ces femmes, l'expulsion de l'enfant a été plus prompte que dans l'accouchement à terme.

Une telle facilité cesse de surprendre si l'on considère, d'une part, que, grâce à l'évolution plus hâtive du tissu utérin, la puissance expulsive était presque égale à celle qu'on observe à neuf mois, et que, d'autre part, le fœtus à expulser offrait un volume très-inférieur à celui de l'enfant à terme.

En eût-il été de même s'il se fût agi d'accouchements prématurés dus à une cause accidentelle? C'est ce que je ne pense pas,

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 septembre et 22 octobre.

Quoique les conditions soient ici très-analogues, au point de vue de l'obstacle à vaincre, il n'en est plus ordinairement de même touchant la régularité et l'efficacité des forces efficientes de l'accouchement. Rappelez-vous ce qui, trop souvent, se passe chez les femmes qu'une violence extérieure ou l'action chirurgicale a mis inopinément en travail : les lenteurs, les interruptions, les irrégularités des contractions utérines, leur insuffisance, la fatigue générale de l'organisme, etc. C'est que, dans les circonstances que nous supposons, la matrice n'avait pas été préparée à cette activité précoce ; son tissu n'était pas encore suffisamment modifié pour accomplir, avec la continuité et la puissance désirables, le travail qu'exige l'évacuation complète de sa cavité.

Relativement aux phénomènes et à la marche du travail, il importe donc de ne pas confondre l'accouchement prématuré, qu'une cause permanente a préparé de longue date, avec celui qu'un accident subit ou l'intervention obstétricale suscite brusquement dans le cours d'une gestation normale.

Tout ce que je vous ai dit des accouchées de nos salles démontre suffisamment que, pour elles, la précocité du travail n'a eu que des conséquences très-bénignes.

A l'exception de celle du n° 7, qui était affectée d'un prolapsus utérin et qui, aujourd'hui, présente des symptômes de pyohémie, toutes les autres ont eu des suites de couches naturelles. Les unes, plus anciennement délivrées, sont sorties bien portantes, et les autres, encore alitées, se trouvent dans l'état le plus satisfaisant. Le pronostic de l'accouchement avant terme, déterminé par une cause lente, est donc généralement dépourvu de gravité.

Mais s'il en est ainsi pour les mères, combien les conséquences sont autres pour les enfants ! Chez ceux-ci, en effet, la mortalité atteint des proportions navrantes. Vous avez vu ces petits êtres chétifs, incomplétement développés, dont le poids, oscillant autour de 2000 grammes, descendait parfois jusqu'à 1600 grammes, c'est-à-dire à la moitié du poids d'un enfant ordinaire arrivé à terme. Vous avez compris, dès lors, combien il est indispensable, si l'on veut conserver leur frêle existence, de leur administrer des soins exceptionnels, minutieux, incessants.

Les détails relatifs à cette hygiène sont trop importants pour que je me borne ici à quelques vagues indications. Permettez-moi de revenir prochainement sur ce sujet, afin de vous tracer à cet égard ce que je crois être la meilleure pratique à suivre.

Aujourd'hui, je veux terminer en vous signalant les moyens de prévenir l'accouchement prématuré ou d'arrêter le travail dans sa marche, lorsque vous serez appelés en temps opportun.

Une première indication à remplir consiste à supprimer, toutes les fois que la chose est possible, les causes qui ont provoqué intempestivement les contractions de l'utérus. Il est évident que, pour arriver à cette fin, le mode d'intervention devra être aussi variable que les causes le sont elles-mêmes.

La seconde indication sera de faire cesser les contractions existantes, ou plutôt de les ramener au type indolore de la grossesse normale. A cet effet, le décubitus horizontal et même le repos absolu devront être prescrits concurremment avec l'emploi des opiacés en lavement. Pour réaliser cette dernière condition, le laudanum, à la dose de 15 à 20 gouttes, trois ou quatre fois par jour, me paraît être le moyen le plus simple et le plus efficace. C'est ainsi que procédait M. P. Dubois, et que procèdent encore M. Depaul et la plupart des accoucheurs contemporains.

Une dose aussi élevée peut sans doute vous surprendre ; mais considérez que le laudanum ainsi administré chez une femme en travail ne provoque pas les effets fâcheux qui seraient à redouter dans d'autres circonstances. L'expérience à cet égard est aujourd'hui faite. Vous pouvez donc, en observant avec soin votre malade, porter la dose, s'il en est besoin, au chiffre de 50 à 80 gouttes par vingt-quatre heures.

(A suivre.)

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM

ET DE LEUR TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF PAR LA RECTOTOMIE LINÉAIRE OU SECTION LONGITUDINALE DE L'INTESTIN A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR (1).

Les deux dernières opérations sont de date encore trop récente (un an, huit mois) pour que je puisse considérer la guérison comme assurée. Toutefois, chez tous deux, les fistules sont cicatrisées et les troubles imputables au rétrécissement ont disparu.

Le dernier surtout offre quelque intérêt. Les premières fistules remontaient à deux ou trois ans. Prussien d'origine, cet homme avait regagné l'Allemagne pendant la guerre. Un chirurgien d'outre-Rhin avait incisé une fistule sous cutanée. A partir de ce moment, l'état s'était singulièrement aggravé. Aussi les doctes praticiens et les chirurgiens de Munich, d'Aix la-Chapelle et autres lieux, avaient nettement déclaré à cet individu qu'il était incurable, et que si on touchait à son mal il ne manquerait pas de mourir. Il revint, ou pour mieux dire se traîna jusqu'à Paris, où il arriva dans l'état le plus lamentable. Pâleur extrême, anémie profonde, bouffissure de la face, œdème cachectique des membres inférieurs, anorexie complète, poitrine douteuse, douleurs continuelles, impossibilité de se tenir autrement que couché sur l'une ou l'autre hanche. Tuméfaction énorme du scrotum et de tout le périnée, au moins dix trajets fistuleux versant des flots de pus fétide.

Mon confrère et ami le docteur Dufour me demanda conseil pour ce quasi-moribond. Nous reconnûmes un rétrécissement anal, admettant avec peine le bout de l'index, et perdu au milieu d'une œdématie énorme de tous les tissus péri-rectaux. Le stylet introduit par certaines fistules parvenant au-dessus des limites de la région indurée et rétrécie.

Nous eûmes pitié de ce malheureux, victime de l'ignorance de ses prétentieux compatriotes, qui se croient naturellement les premiers praticiens du monde et n'avaient pas su diagnostiquer une lésion des plus évidentes. — Nous fîmes l'opération avec un tel succès que, quatre mois plus tard, le Prussien ayant retrouvé sa santé et son embonpoint, reprenait ses occupations habituelles.

En présence des fistules multiples et rebelles de l'anus, il faut donc apporter une attention toute particulière à l'examen de la cavité rectale et chercher avec soin s'il existe oui ou non une coarctation. Les antécédents pourraient mettre sur la voie, si avant la formation des abcès et des trajets fistuleux, les fonctions digestives avaient été troublées ainsi que les évacuations stercorales.

Dans tous les cas, le diagnostic de l'obstacle n'offre pas de difficultés sérieuses, si on se donne la peine de le rechercher ; il faut seulement être prévenu qu'en raison de l'induration et de la tuméfaction des parties molles de la marge de l'anus, le rétrécissement peut sembler beaucoup plus profond qu'il ne l'est en réalité. — Lorsque des opérations préparatoires faites à l'extérieur sur les trajets fistuleux sont entamées, et ont amené un dégorgement notable, on est surpris de voir que les limites de l'induration péri-rectale ne dépassent guère en haut le commencement de l'ampoule rectale, et qu'en réalité le rétrécissement est à trois ou quatre centimètres au plus de l'orifice de l'anus.

Pourrait-on confondre un rétrécissement véritable avec les callosités, les indurations qu'on signale autour des trajets fistuleux anciens ? Je ne le crois pas. En effet, ou ces callosités n'occupent

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 octobre 1872.

qu'une partie circonscrite de la circonférence du rectum, et alors il n'est pas question de rétrécissement, parce que partout ailleurs la muqueuse a conservé sa souplesse et sa mollesse, ou elles entourent l'intestin et forment à une hauteur variable une virole indurée plus ou moins large; alors elles constituent un véritable rétrécissement qui doit être traité comme s'il s'agissait d'une matrice, car il en entraîne toutes les conséquences fâcheuses.

Le pronostic est grave si l'art n'intervient pas à temps, et si on laisse le traitement incomplet. Plusieurs de nos malades, comme nous l'avons déjà dit, étaient dans l'état le plus misérable et auraient infailliblement succombé à l'épuisement si des mesures radicales n'avaient été prises; cependant ils avaient été déjà traités et même opérés, mais d'une manière insuffisante.

Chez tous, la section du rectum largement pratiquée a produit des résultats rapides et que je sais être restés durables chez la plupart. La gravité du pronostic dépend donc beaucoup moins de la lésion elle-même que du retard apporté, soit par les patients, soit par les chirurgiens dans l'emploi des moyens nécessaires.

Je vais exposer maintenant les règles du traitement telles que l'expérience me les a fait progressivement connaître.

Il y a deux indications :

1° Inciser verticalement la paroi rectale de haut en bas, de manière à ce que la section comprenne la totalité de la virole indurée, ou en d'autres termes le rétrécissement dans toute son épaisseur et surtout dans toute sa hauteur, y compris même, si faire se peut, quelques millimètres de la paroi saine à la limite supérieure du rétrécissement.

2° Débrider tous les trajets fistuleux principaux et accessoires comme dans les cas ordinaires de fistule à l'anus.

Ces deux temps de l'opération peuvent être exécutés en une seule ou dans plusieurs séances, suivant la gravité du cas et l'étendue des désordres.

Quand la chose est possible, il est préférable de faire d'emblée la section du rétrécissement, parce que le soulagement du malade est plus prompt et que l'on met un terme immédiat aux accidents de rétention.

Cependant, si l'induration et le gonflement des parties molles du périnée étaient énormes, si par le fait le rétrécissement devenait difficilement accessible, s'il était trop malaisé d'en atteindre les limites supérieures, on pourrait d'abord amener le dégorgement des parties molles en incisant les principales fistules superficielles et remettre la division de l'obstacle à l'époque où ce travail s'effectuerait moins laborieusement.

Une seule section verticale du rétrécissement est suffisante d'ordinaire, cependant dans un cas j'ai dû la répéter en avant après l'avoir pratiquée en arrière.

Le point sur lequel porte la section est déterminé le plus souvent par la situation et le trajet des fistules. On se laisse donc conduire par le stylet ou la sonde cannelée. Mais si ces instruments ne parviennent pas au-dessus de l'obstacle, ou, en d'autres termes, n'atteignent pas l'orifice interne de la fistule, s'ils débouchent dans l'intestin plus bas que la limite supérieure du rétrécissement, il ne faut point hésiter à faire un trajet artificiel qui viendra perforer la muqueuse saine au-delà de l'obstacle; ce trajet se fera avec une forte sonde cannelée, ou avec un trocart courbe, ou avec une forte aiguille à manche, à pointe mousse et entraînant avec elle un gros fil passé dans son chas, fil que le doigt indicateur gauche ira chercher dans le rectum, dont un des chefs sera ramené par l'anus, tandis que l'autre sera entraîné dans le trajet fistuleux par le retrait de l'aiguille, et à l'aide duquel on fera passer la chaîne de l'écraseur. Cette partie de l'opération qui consiste à conduire la chaîne au-dessus de l'obstacle par une voie naturelle (trajet fistuleux) ou artificiellement creusée par un instrument, est parfois extrêmement laborieuse en raison de la hauteur du rétrécissement et de l'induration parfois extrême de la paroi rectale. Mais ces difficultés ne doivent pas détourner du but essentiel à atteindre : la section complète de l'obstacle.

En cas de fistules multiples et inégalement distantes de la marge de l'anus, il faut explorer successivement les divers trajets, et choisir pour conduire la chaîne celui qui est le plus direct, le moins distant de l'orifice, à la condition toutefois qu'il mène au-dessus de l'obstacle, condition *sine qua non* du succès de l'opération. Si son trajet rapproché de l'anus, débouchait trop bas dans la cavité rectale, il faudrait l'abandonner et en prendre un autre, fût-il à 5 ou 6 centimètres de l'orifice. Si deux trajets paraissent également favorables au passage de la chaîne, il faut choisir de préférence celui qui sera le plus rapproché de la ligne médicane-postérieure, les rapports du rectum en arrière étant beaucoup plus simples qu'en avant et sur les côtés.

Comme il faut avant tout assurer la facilité et l'innocuité de la rectotomie, si les indurations des parties latérales remontent trop haut et que le rétrécissement soit plus accessible, plus franchissable en arrière, je conseille de laisser de côté les trajets fistuleux et de faire la section médiane postérieure au lieu d'élection et en procédant comme je l'indiquerai plus loin.

Si le premier temps de l'opération n'a pas été trop long ni trop laborieux, on passe immédiatement à l'incision des fistules ou au moins d'une partie d'entre elles. La section du rétrécissement devant être pratiquée avec l'écraseur, ce qui demande un temps assez considérable, surtout quand la chaîne étreint une grande épaisseur de parties molles, rien n'empêche de placer en même temps plusieurs écraseurs qui agiront simultanément. Au reste il n'est pas indispensable de diviser avec la chaîne la totalité des trajets; on réservera celle-ci pour les fistules qui pénètrent à une certaine profondeur; les décollements, clapiers et sinuosités qui rampent sous la peau, peuvent être plus expéditivement incisés avec le bistouri, mais à la condition de toucher vigoureusement avec le fer rouge le fond et les bords des plaies en gouttière qui en résultent.

Pendant que j'ai le couteau à la main, je n'hésite point à le porter même sur la plaie faite par l'écraseur, mais là je me contente d'un attouchement léger. Cette addition de la cautérisation aux incisions est d'une grande utilité; depuis longtemps j'ai adopté sous ce rapport les idées et la pratique de Bonnet, de Lyon, qui dans les fistules urinaires et stercorales graves, cautérisait comme on le sait, les plaies avec une grande énergie.

En associant de la sorte l'écraseur, le bistouri et le cautère actuel, on réalise plusieurs avantages. L'emploi de l'instrument tranchant pour les trajets superficiels souvent très-longs abrége notablement la durée totale de l'opération. La chaîne et le fer rouge économisent beaucoup le sang, condition précieuse si l'on opère des sujets épuisés. La cautérisation, outre qu'elle rend les plaies inaptes aux absorptions putrides, est sans contredit le résolutif le plus puissant des indurations et des callosités. La douleur qu'elle occasionne passe en quelques heures quand on a soin de toucher le moins possible à la peau saine interposée entre les plaies. Il n'est pas rare, par son emploi, de voir la fièvre manquer abolument, même après les débridements les plus larges et les plus profonds.

J'ai quequefois éteint jusqu'à dix cautères dans ces vastes plaies sans y voir le moindre mouvement primitif ou consécutif.

(*A suivre.*)

APOPLEXIE CUTANÉE

(Observation recueillie par le docteur RINALDI, de Philippeville).

Il y a quelques jours, j'ai été appelé auprès d'un négociant qui m'a présenté une singulière affection, laquelle mérite bien le nom d'apoplexie cutanée. On va, du reste, en juger.

On vient me dire que M. C... vient d'avoir un « coup de sang », et l'on me prie de me rendre en toute hâte auprès du malade. J'arrive et je trouve un homme étendu sur son lit, la face rouge vif, les lèvres fortement cyanosées, le bord libre des paupières tellement rouge que l'on croirait que du sang s'est extravasé. Je découvre le malade et vois avec surprise que tout le corps offre la

même coloration que la face. La partie antérieure des avant-bras seulement présente quelques élevures blanchâtres d'urticaire, faisant relief, et ressortant sur la teinte générale. Le pouls est faible et à 90 pulsations environ.

J'interroge le malade, qui a, du reste, toute sa connaissance, quoique très-agité. Il me raconte qu'il y a une demi-heure environ il a mangé quelques morceaux de foie de veau rôti et froid, et qu'un moment après il s'est senti comme un grand vide en lui, en même temps que le sang lui est monté à la tête. — Il éprouve un poids énorme sur l'estomac, des coliques dans tout le ventre ; s'il pouvait vomir, il lui semble qu'il serait guéri. J'ajouterai que la veille il a eu de vives contrariétés. — Pas d'antécédents notables ; aucune habitude alcoolique; tempérament bilioso-sanguin ; 36 ans.

Je prescrivis immédiatement l'émétique, à la dose de *deux* décigrammes, et ne laissai pas le malade avant d'avoir constaté son action. Les vomissements eurent bientôt lieu (liquide verdâtre mélangé de débris de foie), et insensiblement la rougeur disparut.

Quand, vingt minutes après, je quittai le malade, tout danger était conjuré.

Je revis de nouveau mon client dans la soirée ; — couleur normale de la peau ; deux selles dans la journée ; lassitude générale ; sueurs abondantes. Je prescrivis *cinq* décigrammes de sulfate de quinine, à prendre de suite, et autant le lendemain matin.

Le lendemain matin, rien de nouveau ; état très-satisfaisant, qui s'est maintenu depuis.

A quoi est due cette affection ? Quel est son mécanisme ? Nul doute que l'aliment lourd qui a été ingéré n'en soit la cause déterminante.

Toutefois, en raison des quelques plaques d'urticaire qui ont paru aux avant-bras et qui se montrent souvent dans le cours des fièvres intermittentes, j'ai cru prudent d'administrer le sulfate de quinine.

Mais pourquoi le sang s'est-il porté si brusquement à la périphérie du corps ? Je crois pouvoir l'expliquer en pensant que l'appareil gastro-intestinal ayant été le siége d'un spasme général qui a interrompu le cours normal du sang, celui-ci a reflué vers l'extérieur ; car, dès que les contractions péristaltiques ont eu lieu sous l'influence de l'émétique, la coloration sanguine de la peau s'est effacée ; le sang a pu reprendre sa voie ordinaire.

PHYSIOLOGIE CÉRÉBRALE

Par M. le Dr Ed. Fournié
Médecin à l'Institut des sourds-muets

(Pli cacheté déposé à l'Institut le 28 juillet 1872, sous le n° 2861.)

Dans le but de donner à la physiologie cérébrale, telle que je l'ai exposée dans mon travail intitulé : *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal*, la sanction de l'expérimentation sur les animaux vivants, j'ai cherché d'abord un procédé qui me permît de léser n'importe quelle partie du cerveau sans compromettre la vie. A cet effet, je pratique d'abord un petit trou sur un point variable du crâne, au moyen d'une sorte de vilebrequin dont on se sert en chirurgie pour les sutures osseuses ; puis, à travers ce trou, j'introduis l'aiguille de la seringue Pravaz jusqu'au point du cerveau que je veux détruire, et je pousse l'injection caustique (chlorure de zinc coloré en bleu). La partie touchée par l'injection est détruite ; elle ne remplit plus par conséquent ses fonctions, et j'examine ensuite, après que l'animal s'est reposé, quels sont les symptômes qu'il présente. Après cet examen, qui dure de six à vingt-quatre heures, je sacrifie l'animal, et je découvre facilement la partie lésée par l'induration des tissus en cet endroit et par leur coloration bleue.

Ces expériences m'ont permis déjà de constater que la perception *simple* se fait dans les couches optiques ; que la perception *distinguée*, la *mémoire* réclament l'intégrité de la périphérie corticale ; que la lésion des circonvolutions ne s'accompagne pas de paralysie des membres, mais seulement d'affaiblissement.

Évidemment, je dois confirmer ces résultats importants par de plus nombreuses expériences. C'est ce que je me propose de faire ; mais j'ai cru devoir consigner dès à présent ces résultats, tant à cause de leur importance que du procédé nouveau que j'ai employé pour les obtenir.

Paris, le 22 juillet 1872.

Dans quelques jours, M. le docteur Fournié doit publier le développement de ce travail, dans un mémoire que nous serons heureux de présenter à nos lecteurs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 21 juin 1872. — Présidence de M. Gros.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Une note de notre collègue M. Lagneau, sur l'ethnologie des populations du nord-est de l'Allemagne ;

2° Une brochure du docteur Pery, sur le rôle des eaux minérales sulfureuses dans le traitement des maladies vénériennes ;

3° Un ouvrage ayant pour titre : *A Report of surgical cases treated in the army of the United states from* 1865 *to* 1871, par le docteur C. Ottis.

La correspondance écrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le docteur Blumenthal, nommé membre titulaire dans la dernière séance ;

2° Une lettre de remerciements de M. le docteur Hameau, nommé membre correspondant dans la dernière séance ;

3° Une lettre de M. le docteur Pery, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. le docteur Pery, à l'appui de sa candidature, envoie un mémoire inédit : *De l'action des eaux sulfureuses de Luchon sur la circulation et la calorification*, avec 60 tracés représentant la température et le pouls des malades observés.

Une commission composée de MM. Perrin, Lagneau et Gillette, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. le docteur Pery.

M. le président fait la déclaration de deux vacances de membre titulaire de la Société.

M. le président annonce la mort de M. Adolphe Richard, membre titulaire de la Société, qu'une longue et douloureuse maladie avait éloigné depuis longtemps de nos séances. M. le docteur Guibout, au nom de la société, a pris la parole sur la tombe de notre regretté et si distingué collègue.

M. Gillette remercie la Société de sa nomination comme membre titulaire.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. Peter sur la névralgie diaphragmatique.

M. Voisin. Je demanderai à M. Peter si le ganglion de Wrisberg a été examiné.

M. Peter. Malheureusement la pièce a été perdue, et l'histologie pathologique du ganglion de Wrisberg n'a pu être faite.

M. Voisin. Les altérations que M. Peter a rencontrées dans les filets cardiaques du pneumogastrique, il les aurait très-probablemens rencontrées dans les filets cardiaques du grand sympathique, et aussi dans le ganglion de Wrisberg : c'est par analogie que je crois pouvoir ainsi m'avancer, car voici deux faits qu'il m'a été permis d'observer.

J'ai eu à traiter dans mon service de la Salpêtrière deux aliénées : l'une, âgée de 22 ans, était hypochondriaque; la seconde, âgée de 17 ans, était atteinte de lypémanie avec tendance au suicide. Ces deux malades, qui accusaient depuis longtemps des douleurs abdominales très-intenses, des points douloureux, de véritables névralgies abdominales, ont fini par succomber; j'ai pu étudier les lésions anatomiques; les ganglions semi-lunaires étaient altérés dans le sens des altérations décrites par M. Peter, dans les filets cardiaques du pneumogastrique.

Voici les dessins de ces altérations, faits à un grossissement de 290 par M. Bion.

Dans le premier dessin, chez la femme hypochondriaque, sur un grand nombre de points, dans tout le mésentère, on voit des tractus blancs. Les ganglions semi-lunaires sont altérés, il y a prolifération du tissu conjonctif, avec développement énorme des noyaux de ce tissu. Les cellules nerveuses sont atrophiées, les noyaux seuls existent.

Dans le second dessin, chez la femme atteinte de mélancolie, on observe des lésions analogues : tractus blancs dans tout le mésentère; altérations des ganglions semi-lunaires; les cellules nerveuses sont atrophiées, l'enveloppe celluleuse ou périnèvre est considérablement épaissie.

Dans tous les cas de folie avec névroses abdominales, suivis de mort, en cherchant bien on doit trouver des altérations anatomiques analogues.

M. PETER. Bien que les altérations anatomiques signalées par M. Voisin soient identiques avec celles que j'ai soumises à votre examen dans la dernière séance, la pathogénie me paraît différente : les névralgies, même les névralgies rhumatismales, ne sont que des névrites.

Chez les malades de M. Voisin, y a-t-il eu névralgie viscérale primitive, puis altérations des ganglions succédant à la névrite, ou bien y a-t-il eu primitivement dégénérescence des ganglions nerveux, puis névrite et névrose consécutive, c'est ce qu'il est impossible de dire.

Pour ce qui est des lypémanies, on peut dire que ce sont des interprétations folles de sensations vraies.

M. VOISIN. Chez une de mes malades, il y avait des adhérences nombreuses des viscères, par suite de péritonite ancienne. Le gros intestin était étranglé en différents points. L'utérus était complétement oblitéré quoique peu hypertrophié, il renfermait un verre de pus; les trompes étaient complétement oblitérées. La disposition verticale du colon transverse, signalée par Esquirol chez les hypochondriaqnes, existait chez cette femme.

M. PERRIN. M. Peter a-t-il observé des faits de névralgie phrénique pure, dans lesquels il n'y avait pas d'altérations des nerfs voisins? Quelle est la part du nerf phrénique dans les douleurs? Franck a invoqué la distribution du nerf phrénique pour expliquer certaines douleurs névralgiques. La névralgie intercostale décrite par Beau a quelques points de ressemblance avec la névralgie diaphragmatique décrite par M. Peter.

M. PETER. Je ne puis pas faire la chose plus belle qu'elle n'est. Il y a des cas de névralgie diaphragmatique simple, caractérisés par des points douloureux spéciaux, par des douleurs à certaines apophyses épineuses cervicales. On a pu confondre la névralgie diaphragmatique avec la névralgie dorso-intercostale. Voici les principaux caractères de la névralgie phrénique : douleurs aux insertions antérieures du diaphragme, principalement au niveau de l'insertion de la dixième côte. Pas de douleur dans l'espace intercostal. Il y a de la douleur aux insertions postérieures du diaphragme, lorsqu'on appuie sur les points correspondants à ces insertions; il en est de même au niveau du sternum; dans l'espace intercostal correspondant, rien. Dans la névralgie intercostale, on provoque de la douleur au niveau des apophyses épineuses des deux premières vertèbres dorsales; dans la névralgie diaphragmatique, pas de douleur. Par la pression, on détermine de la douleur aux apophyses épineuses cervicales dans la névralgie diaphragmatique, car c'est au niveau des points d'émergence des quatre branches d'origine du phrénique. Enfin, il y a de la douleur sur le trajet du nerf circonflexe ou axillaire.

La névralgie diaphragmatique est-elle une névrite ou une pleurodynie du diaphragme? J'ai vu une pleurodynie double diaphragmatique, à laquelle a succédé la névralgie des phréniques.

En résumé, il y a très-certainement des névralgies diaphragmatiques et des pleurodynies du diaphragme; enfin, il y a de la névralgie diaphragmatique à la suite d'affections plus ou moins anciennes d'organes voisins.

M. GILLETTE. Je désire appeler l'attention sur ce fait que le nombre des névralgies sans lésions tend à disparaître. Il y a une maladie, le zona, qui s'accompagne de douleurs intenses; on croyait à une simple névralgie, c'est le plus souvent de la névrite. J'ai observé dernièrement, dans le service de M. Duplay, une femme de 40 ans, chez laquelle existait un zona du front, du nez et de la face, du côté gauche, avec kérato-conjonctivite de l'œil gauche; eh bien, cette femme avait une altération des trois rameaux (frontal, nasal et lacrymal) de la branche ophtalmique de Willis; peut-être y avait-il altération du ganglion ophtalmique. Le professeur Oscar Wyss, de Zurich, dans un cas de zona frontal et nasal, avec kérato-conjonctivite caractérisée par de l'infiltration plastique entre les lames de la cornée, a pu constater une névrite de la cinquième paire remontant jusqu'à l'origine de la branche ophtalmique de Willis, c'est-à-dire jusqu'au ganglion de Gasser; il y avait altération de ce ganglion dans sa portion interne seulement, c'est-à-dire dans le point qui donne émergence à la branche ophtalmique du trijumeau. Cette lésion a consisté dans une extravasation sanguine, une destruction des cellules ganglionnaires et une infiltration purulente d'une partie de ce ganglion.

M. Charcot a publié une observation de zona du cou, où il a pu constater par l'autopsie l'inflammation d'un ganglion spinal et la névrite de plusieurs branches du plexus cervical, sur le trajet desquelles l'éruption vésiculeuse cutanée avait apparu dans une moitié latérale de cette région.

Des faits analogues ont été signalés par différents observateurs, en France et à l'étranger. Mais c'est un médecin anglais, le docteur Hutchinson, qui le premier, en 1865, a donné la véritable interprétation anatomique de ces faits.

M. DUCHENNE (de Boulogne). Un fait analogue à ceux rapportés par M. Gillette a été publié par M. *Benedict* (?).

Je crois qu'il y a exagération en disant que toutes les névralgies sont des névrites. Il y a des névralgies et il y a aussi des névrites.

J'ai dans le temps électrisé le professeur Chomel pour une affection qu'il croyait être une névralgie sciatique, c'était de la névrite; en effet, il y avait augmentation de chaleur du membre, perte de la contractibilité électrique et atrophie des muscles : pour moi c'était un signe probable d'une altération organique qui a pu être diagnostiquée plus tard.

M. CHARRIER. Je demanderai à M. Peter si, dans les cas de névralgie diaphragmatique qu'il a observés, il y avait changement dans la température.

M. PETER. Je n'ai pas observé de modification dans la température. J'ajouterai que, pour moi, un grand nombre de névralgies sont des névrites caractérisées par l'inflammation du névrilème du nerf.

Pour en revenir à la question du zona, ce n'est pas le zona qui fait la névralgie ou la névrite, il faut renverser la proposition; il y a d'abord névrite, puis inflammation à la peau, et, dans certains cas, cette inflammation se traduit par un zona.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire annuel : AD. TISSIER.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE SCOLAIRE 1872-1873.

Les cours d'hiver de la Faculté auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 4 novembre :

Physique médicale (Physique générale : électricité, lumière), par M. Gavarret, les mercredis et vendredis.

Physique biologique (Phénomènes physiques de la vision), par M. Gavarret, les mercredis et vendredis, à midi ; et les lundis, à 5 cinq heures (petit amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale (Affections chirurgicales de l'appareil génito-urinaire), par M. Dolbeau, suppléé par M. Cruveilhier, agrégé, les lundis, mercredis et vendredis, à 3 heures.

Anatomie (Appareils de la locomotion, de la circulation et de l'innervation), par M. Sappey, les lundis, mercredis et vendredis, à 4 heures.

Pathologie et thérapeutique générales (Éléments morbides communs ; éléments de thérapeutique générale), par M. Chauffard, les lundis, mercredis et vendredis, à 5 heures,

Chimie médicale (Chimie générale), par M. Wurtz, les jeudis et samedis, à midi.

Chimie biologique (Phénomènes chimiques de la respiration et de la nutrition), par M. Wurtz, les mardis, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Pathologie médicale (Maladies des organes génito-urinaires), par M. Axenfeld, les mardis, jeudis et samedis, à 3 heures.

Opérations et appareils, par M. Tillaux, agrégé, chargé du cours, les mardis, jeudis et samedis, à 4 heures.

Histologie (Histologie proprement dite, 2e partie du programme), par M. Robin, les mardis, jeudis et samedis, à 5 heures.

Histoire de la médecine et de la chirurgie (Histoire de la médecine), par M. X..., suppléé par M. Auguste Ollivier, agrégé, les mardis, à 5 heures (petit amphithéâtre).

(Histoire des maladies, principalement au point de vue du diagnostic), par M. X..., suppléé par M. Auguste Ollivier, agrégé, les jeudis et samedis, à 4 heures (petit amphithéâtre).

Clinique médicale. M. Bouillaud, suppléé par M. Bouchard, agrégé à la Charité, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

M. G. Sée, à la Charité, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

M. Béhier, à l'Hôtel-Dieu, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

M. Lasègue, à la Pitié, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

M. Richet, à l'Hôtel-Dieu, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

Clinique chirurgicale. M. Gosselin, à la Charité, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

M. Verneuil, à la Pitié, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

Clinique d'accouchement. MM. Broca et Depaul, à l'hôpital des cliniques de la Faculté, de 8 à 10 heures. Tous les jours, le matin.

M. Broca fera ses leçons à l'amphithéâtre, les lundis, mercredis et vendredis.

Cours cliniques complémentaires. — *Maladies des enfants.* — M. H. Roger, à l'hôpital des Enfants, le samedi, à 8 heures et demie.

SEMESTRE D'HIVER. — DIVISION DES ÉTUDES.

1re année. — Chimie médicale, physique médicale.

2e année. — Anatomie, histologie, dissections.

3e année. — Anatomie, histologie, dissections, opérations et appareils, pathologie interne et pathologie externe, cliniques médicale et chirurgicale.

4e année. — Pathologie interne et pathologie externe, pathologie générale, cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale.

MM. les Étudiants sont prévenus que le registre destiné à recevoir le montant de l'inscription du premier trimestre de l'année scolaire 1872-1873, est ouvert tous les jours, de 10 heures à midi précis, à partir du 4 novembre 1872.

Les élèves qui commenceront leurs cours d'études ne seront admis à prendre leur première inscription qu'en présentant et déposant au secrétariat, jusqu'au 9 novembre au plus tard, leur acte de naissance, un certificat de bonnes vie et mœurs, le diplôme de bachelier ès-lettres, à la condition de justifier du diplôme de bachelier ès-sciences restreint avant de prendre la troisième inscription ; s'ils sont mineurs, le consentement de leurs parents ou tuteurs. Ceux d'entre eux dont les parents ou tuteurs ne résident point à Paris, devront, en outre, être présentés par une personne domiciliée à Paris laquelle sera tenue d'inscrire elle-même son nom et son adresse sur un registre ouvert à cet effet.

Les aspirants au titre d'officier de santé sont dispensés de produire le diplôme de bachelier ès-sciences ou celui de bachelier ès-lettres ; mais ils devront justifier du certificat de grammaire, obtenu conformément aux dispositions de l'article 6 de l'arrêté du 23 décembre 1854.

Vu :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
A. MOURIER.

Le doyen de la Faculté,
AD. WURTZ.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE 1872.

341. Patritti. De quelques considérations cliniques sur le goître cystique.

342. Grouille. Essai sur l'acné punctata syphilitique.

343. Leroy. Relation d'une épidémie de pourriture d'hôpital observée à Amiens en 1870-71.

344. Miquel. Etude clinique des blessures par l'obus et ses éclats.

345. Blanc. De la gale et de ses éruptions.

346. Narp. De l'eczéma du sein.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par la nomination de :

MM. Cary, Biot, Chauvet, Albert, Genet, Dutrey, Meyer, Vincent, Branche, Teissier, Berthomier et Audibert.

M. Cary, nommé premier interne, a reçu la trousse d'honneur du prix Bonnet.

— Un nouveau journal médical vient de paraître sous le titre de : *Gazette de Joulin, — obstétrique, gynécologie,* journal fondé, comme l'indique son sous-titre, pour tenir ses lecteurs au courant de la science obstétricale française et étrangère. Le premier titre, destiné à prévenir toute confusion avec toute autre publication semblable, montre assez que l'auteur entend assumer sur lui toute la responsabilité de son œuvre.

— Nous avons reçu de Toulouse une *observation d'ovariotomie*. Ce travail ne porte pas le nom de son auteur. Nous prions notre confrère de vouloir bien se faire connaître pour que nous puissions insérer son travail.

— Par suite du décès de M. le docteur Petit, le poste d'Hermonville (Marne) est vacant. Population, 3,000 habitants au moins. Pas de pharmacie. Pays riche.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

—

Programme du cours complémentaire de physiologie fait à la Faculté de médecine de Strasbourg (semestre d'été 1869), par H. Beaunis, professeur agrégé d'anatomie et de pathologie à l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. — Paris, 1872, in-18 de 112 pages. — Prix, 2 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Précis de chimie légale. Guide pour la recherche des poisons, l'examen des armes à feu, l'analyse des cendres, l'altération des écritures, des monnaies, des alliages, des denrées, et la détermination des taches dans les expertises chimico-légales, à l'usage des médecins, pharmaciens, chimistes, experts, avocats, etc., par A. Naquet, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1 vol. in-18 avec 18 figures dans le texte. Prix : 3 francs. — Paris, 1873, F. Savy.

La vaccine et la petite vérole dans le département du Tarn en 1870 et 1871. Rapport présenté à M. le préfet du Tarn par le docteur Paul Lalagarde, directeur de la vaccine pour le département du Tarn. — Paris, 1872, grand in-8° de 63 pages. — Prix : 1 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..............................		
Chlorure de sodium........................		
Matières organiques.......................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

***SCEAUX** (Seine), rue de Penthièvre, 7*

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de santé et de convalescence pour le traitement des maladies mentales.

DIVISION SPÉCIALE, avec cour plantée, POUR ÉPILEPTIQUES.

MAGNIFIQUE CONSTRUCTION réservée pour CONVALESCENTS, DAMES EN COUCHES et OPÉRATIONS.

Directeur et propriétaire : A. REDDON. — Médecin résidant : M. le docteur CHRESTIEN DU SOUCHAY. — Chirurgien consultant : M. le docteur DE LA GRANDIÈRE, O✱, rue d'Enfer, 83, à Paris.

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 54, Paris.

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel-Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA
AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien,
2, rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

Épilepsie — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

MÉDAILLE D'OR ET PRIX DE 16,600 FRANCS

QUINA LAROCHE élixir tonique

RECONSTITUANT et FÉBRIFUGE

Extrait complet des 3 écorces de quinquina (rouge, jaune et gris).

Paris, r. Drouot 22, et dans les pharmacies.

Laroche

DISSOLUTION DU FER DANS L'HUILE DE FOIE DE MORUE
Présentée à l'Académie de médecine le 4 décembre 1866.

HUILE DE FOIE DE MORUE FERRÉE

Dosée au 100e — AU BENZOATE DE FER — Dosée au 100e

De E. GODIN, Pharmacien des hôpitaux.

1. Le benzoate de fer permet d'unir dans une seule préparation les deux principaux reconstituants : *le fer et l'huile de foie de morue.*

2. L'huile ferrée au benzoate de fer *complétement désinfectée* ne donne pas de renvois, et réussit merveilleusement aux enfants, aux personnes faibles et lymphatiques, aux phthisiques dont elle calme la toux, dans la scrofule, *et dans tous les cas où l'huile de foie de morue convient.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné à A. NATIVELLE, pharmacien

POUR LA DÉCOUVERTE

DE LA DIGITALINE CRISTALLISÉE

La digitaline cristallisée, dit M. le professeur Vulpian, étant une substance définie que l'on peut obtenir constamment identique, on peut en doser l'action, **ce qui est à peu près impossible lorsqu'il s'agit de la digitaline de MM. Homolle et Quevenne,** substance d'énergie forcément variable, suivant les diverses circonstances de la récolte des plantes et de la préparation.

Dans la plupart des cas, dit M. Marrotte, un milligramme par jour suffit pour amener, au bout de trois, quatre ou cinq jours, une action marquée sur la circulation. Les battements du cœur deviennent plus lents, plus réguliers, plus énergiques. (*Rapport de l'Académie de médecine* du 2? janvier 1872.)

Le médecin a donc aujourd'hui à sa disposition un principe cristallisable, par conséquent défini, qu'il peut doser avec exactitude et dont il est possible désormais de mesurer l'action physiologique, toxique et thérapeutique. **La digitaline n'avait pas encore été obtenue à l'état cristallisé.** On peut dire qu'elle n'était pas connue. (*Rapport de M. Béclard, secrétaire de l'Académie de médecine, dans sa séance solennelle de* 1872.)

Le flacon de 60 granules : 3 francs ; 1 à 4 par jour.

Le flacon de 250 grammes : 3 fr. 50. Une petite mesure est adaptée à chaque flacon, dosant exactement un quart de milligramme comme dans les granules. Ce sirop, étendu d'eau et donné à doses réfractées, est le plus sûr, le plus facile diurétiques, n'amenant aucun trouble des voies digestives.

Pharmacie ADRIAN, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les pharmacies. Exiger la signature de l'auteur. Se défier des contrefaçons.

ÉMULSION DE GOUDRON VÉGÉTAL DE LE BEUF

Seule préparation contenant le Goudron ni altéré, ni modifié.

M. ADRIAN, dans un travail très-intéressant publié en 1867 (*Bull. de thérap.*, t. LXXII, p. 407), a montré que les *alcalis*, comme les acides, modifient le *goudron* au point de *dénaturer* presque complétement la nature du médicament ; il s'ensuit que toutes les *liqueurs concentrées* qui se sont mutuellement copiées, et qui ne sont que des solutés de savon de goudron avec un excès de carbonate de soude, n'offrent plus, comme dit le docteur GUBLER (1), certaines qualités de l'*eau de goudron*, et ne sauraient, par conséquent, remplacer facilement celle-ci dans tous ses usages.

Pour ce motif, le GOUDRON LE BEUF, obtenu par l'intermédiaire d'un corps complétement *neutre*, la Saponine (2), donne un produit qui offre sur tous les autres l'avantage énorme et *absolument indispensable*, de présenter la substance médicamenteuse *ni altérée, ni modifiée*, et possédant toutes les propriétés thérapeutiques qui caractérisent le *goudron naturel*.

Doses : *une cuillerée à café* pour un verre d'eau, ou *une cuillerée à bouche* par litre.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) *Commentaires thérap. du Codex*, par A. GUBLER.— Article GOUDRON VÉGÉTAL, page 143. Paris, 1868.

(2) Principe immédiat contenu dans la *Saponaire* et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraîchissantes. Mais la *Saponine*, corps neutre comme la gomme et le sucre, se trouve en si petite proportion dans cette émulsion (2 millièmes), qu'on peut négliger son action sur l'économie.

N° 127. — JEUDI 31 OCTOBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 31 OCTOBRE 1872. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853, institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS

Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et At... étant fermés à l'occasion des fêtes de la Toussain... ...tra pas Samedi.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. Ophthalmie grave (Conjonctivite ulcéreuse; kérato-iritis avec hypopion). — Blépharite ciliaire à répétition. — Ulcères multiples de la cornée par obstruction des voies lacrymales (M. Fieuzal). — Recherches sur les propriétés antifermentescibles et l'action physiologique du silicate de soude (MM. A. Rabuteau et F. Papillon). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — École vétérinaire d'Alfort. — Nouvelles. — Bibliographies.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Une nouvelle communication de M. Davaine sur l'empoisonnement par la saumure, un rapport de M. Demarquay sur les communications de MM. Boinet et Kœberlé relatives à des opérations de gastrotomie pour des tumeurs ovariques ou des tumeurs fibro-cystiques, et une lecture de M. Maurice Perrin sur l'infection putride aiguë des blessés, ont amplement rempli cette séance.

La communication de M. Davaine se rattache à ses communications précédentes sur les inoculations de sang septicémique et aboutit, comme celles-ci, à la grande question de la septicémie. Nous y reviendrons, la discussion engagée sur ce sujet et momentanément suspendue ne pouvant manquer d'être reprise prochainement. C'est à cette grave question aussi que se relie le travail lu par M. Maurice Perrin, et dont on trouvera les conclusions au compte-rendu.

Quant au rapport de M. Demarquay, il a pris rang de suite, sur l'ordre du jour, pour une discussion prochaine. Le sujet en vaut certes la peine. Aussi avons-nous cru devoir nous empresser d'en publier le texte intégralement dès aujourd'hui. La discussion sur ce rapport viendra immédiatement après la discussion sur la septicémie. Voilà de l'occupation pour l'Académie et pour les journaux.

Dr BROCHIN.

HOSPICE DES QUINZE-VINGTS. — M. FIEUZAL.

Ophthalmie grave (Conjonctivite ulcéreuse; kérato-iritis avec hypopion). — Blépharite ciliaire à répétition. — Ulcères multiples de la cornée par obstruction des voies lacrymales (1).

OBS. I. — *Conjonctivite ulcéreuse et kérato-iritis avec hypopion.*

M. G..., âgé de 59 ans, rue de Reuilly, s'est présenté à notre consultation, le 4 avril 1872, dans l'état suivant : leucome de l'œil gauche avec synéchies postérieures nombreuses. Vision très-mauvaise, depuis fort longtemps, de ce côté.

L'œil droit est depuis longtemps sujet à des inflammations auxquelles le malade n'a pas prêté une grande attention. Cependant, depuis une quinzaine de jours, des douleurs sus-orbitaires très-violentes, de l'insomnie, de la photophobie et une sensation pénible de gravier dans l'œil le déterminent à venir consulter. Il faut avoir été témoin du degré d'incurie auquel peuvent atteindre certains individus pour y ajouter foi.

Celui-ci se présente avec une ulcération de la conjonctive située tout près du bord cornéen, dans le voisinage du grand angle de l'œil. Cette ulcération, au lieu d'être, comme c'est l'ordinaire, dans les conjonctivites papuleuses, sur une véritable élévation, se trouve au contraire déprimée et creusée aux dépens de la membrane muqueuse dans toute son épaisseur. Elle est à fond grisâtre et comprend plusieurs millimètres de profondeur. De ce point partent des vaisseaux qui se répandent de l'ulcération vers la base de la conjonctive bulbaire et se continuent même sur la conjonctive palpébrale, dont le cul-de-sac inférieur se trouve boursouflé et couvert de véritables villosités inégales n'ayant, du reste, rien de semblable avec les granulations. La partie de la cornée la plus voisine de l'ulcération se trouve légèrement opacifiée; les lamelles de cette membrane sont infiltrées de pus sans que l'épithélium, cependant, soit enlevé aux parties correspondantes. L'iris est changé de couleur; il est gris verdâtre. On remarque les traces d'iritis anciennes ayant laissé des synéchies postérieures sur plusieurs points de la périphérie de la pupille. La chambre antérieure renferme du pus remontant à deux millimètres dans le fond et décrivant un arc de cercle parfaitement visible à distance.

Le diagnostic est facile : conjonctivite ulcéreuse avec kérato-iritis.

Traitement : Sulfate de quinine, *un* gramme par jour. Instillations, toutes les heures, du collyre au sulfate neutre d'atropine, *cinq* centigrammes pour *dix* grammes d'eau distillée. Compresses de camomille chaude pour fomentation. Dans la journée, bandeau compressif.

Le lendemain et le surlendemain, les choses sont à peu près dans le même état. La pupille se dilate fort peu et très-inégalement. L'hypopion n'a pas beaucoup augmenté, mais il n'a certainement pas diminué. Les douleurs étant intolérables, nous allions faire la paracentèse recommandée en pareil cas, lorsqu'un examen plus attentif et des questions plus pressantes adressées au malade nous font soupçonner une oblitération des voies lacrymales.

Le malade nous dit, en effet, ce qu'il avait nié le premier jour, qu'il était depuis longtemps sujet au larmoiement avant d'avoir l'épiphora causé par sa maladie actuelle, et une attention plus scrupuleuse nous fait découvrir que le point lacrymal inférieur, au lieu d'être appliqué exactement sur le globe de l'œil, en est éloigné environ d'un millimètre.

(1) Fin. — Voir les numéros des 17 et 24 octobre 1872.

Dès lors, convaincu que la cause réside dans l'altération des voies lacrymales, nous faisons la dilatation du point lacrymal inférieur, et, avec le couteau de Weber, nous incisons le conduit dans une étendue de 3 à 4 millimètres, en dirigeant l'incision très-obliquement en arrière. Une sonde, introduite le lendemain par cette voie dans le sac lacrymal nous fait constater un rétrécissement du canal nasal. Le malade garde la sonde n° 2 pendant une demi-heure, et le lendemain il revient pour redemander lui-même le cathétérisme auquel il attribue, et avec juste raison, l'amélioration sensible qui s'est produite dans son état. Les douleurs, en effet, ont diminué sensiblement, et l'hypopion surtout est en voie de résorption de manière à ne plus être appréciable au quatrième cathétérisme. En même temps, l'ulcération de la conjonctive se comble rapidement ; quant à la cornée, l'infiltration des lamelles s'étale de manière à occuper une plus grande étendue que dans les premiers jours, et cet état persiste pendant 2 mois et demi durant lesquels le cathétérisme est pratiqué d'abord tous les jours, puis tous les deux jours, puis seulement deux fois par semaine et sans autre traitement que le rétablissement du cours normal des larmes. Lorsque le malade a cessé de venir à la consultation, il avait encore une opacité de la cornée, mais très-peu apparente, et, du reste, il ne se plaignait plus de larmoiement.

Obs. II. — Mme S..., âgée de 64 ans, rue de Montreuil, s'est présentée à notre consultation au mois de juin pour y être soignée d'une blépharite ciliaire double avec larmoiement et ulcérations multiples de la cornée occupant la périphérie de cette membrane.

Le seul traitement qui a été mis en usage, a consisté dans les instillations de collyre d'atropine ; des fomentations chaudes pour activer la réparation des ulcérations, l'incision des points lacrymaux inférieurs et le cathétérisme du canal nasal de chaque côté, qui nous a révélé ici aussi un rétrécissement notable de ces conduits ; les ulcérations se sont réparées au bout d'un mois et demi, et la blépharite a disparu en même temps sans autre traitement.

Obs. III. — Mme veuve G..., 66 ans, à Bercy, s'est présentée également au mois de mai 1872, pour une blépharite ciliaire double à répétition, qui n'avait pas d'autre cause qu'une oblitération à peu près complète des points lacrymaux inférieurs avec une éversion à peine appréciable. Le même traitement a produit une guérison complète du larmoiement et de la blépharite en moins de trois semaines; ici, point de rétrécissement du canal nasal.

Obs. IV. — Mme D..., 67 ans, s'est présentée le 20 août pour un larmoiement fort ancien du côté gauche seulement; l'inspection la plus minutieuse ne saurait faire découvrir aucune inégalité dans les deux côtés; les points lacrymaux sont béants et s'appliquent parfaitement sur le globe. Néanmoins, vu l'innocuité de l'incision du conduit lacrymal inférieur, nous en pratiquons une de 2 ou 3 millimètres, après quoi nous introduisons une sonde n° 3 ; mais celle-ci, pas plus que celle du n° 2, ne peut se faire jour jusqu'à la gouttière lacrymale, la sonde se trouvant serrée d'une manière irrésistible; nous prenons alors le n° 1, et il est facile de se convaincre que le canal nasal ne présente aucune coarctation, et que c'est simplement le conduit lacrymal, dont les parois épaissies et doublése, du reste, de fibres musculaires, oblitèrent le calibre par un rétrécissement pour ainsi dire spasmodique. En effet, on arrive à introduire quelques jours après le n° 2, qui, après avoir franchi le conduit lacrymal, pénètre aisément dans le canal nasal ; le larmoiement cesse aussitôt, et comme dans ce cas il est inutile de sonder le canal, nous nous bornons à pousser simplement la sonde jusqu'à la paroi osseuse de la gouttière lacrymale, pour la retirer aussitôt.

Obs. V. — Mme B..., âgée de 40 ans, faubourg Saint-Antoine, se présente, au mois de juin, avec une dacryocystite double, c'est-à-dire qu'en pressant le grand angle de l'œil de chaque côté, on fait refluer par les points lacrymaux du pus et du muco-pus. Du côté gauche, la tumeur que forme le sac s'affaisse complétement sous la pression.

Mais il n'en est pas de même du côté droit. Ici, après la pression et la sortie d'une certaine quantité de pus, la tumeur n'en reste pas moins dure, rénitente comme si elle ne communiquait pas avec le canal nasal; elle a toutes les apparences d'une tumeur fibreuse ou d'une gomme.

Cette femme est affectée de catarrhe du sac lacrymal, avec relâchement des parois du côté gauche et de catarrhe du sac avec mucocèle du côté droit.

Nous pratiquons l'incision du point lacrymal supérieur des deux côtés, et le cathétérisme nous révèle l'absence de rétrécissement; le n° 4 passe facilement du côté gauche, et du côté droit le stylet sent une partie des parois du sac privée de son périoste, ce qui est caractéristique d'une lésion osseuse d'origine scrofuleuse ou syphilitique.

Nous pratiquons tous les jours le double cathétérisme, et au bout de trois semaines, le larmoiement cesse à peu près complétement. Mais la sécrétion morbide continue du côté droit surtout, où la tumeur persiste plusieurs semaines d'une manière sensible, et n'est modifiée que par un traitement général et des injections dans le conduit lacrymo-nasal par la méthode que nous indiquons.

Obs. VI. — *Mucocèle du côté gauche.* — Mme X... se présente à la consultation pour un larmoiement persistant depuis plusieurs mois, et elle porte au grand angle de l'œil gauche une tumeur arrondie, grosse comme un gros pois, ne se laissant pas affaisser par la pression, qui la fait paraître dure et rénitente ; la narine, de ce côté, est sèche, nous faisons l'incision du conduit lacrymal supérieur, et au moment où le couteau de Weber pénètre dans le canal nasal, il s'écoule par le sac lacrymal un liquide visqueux, filant, mêlé de sang; le cathétérisme ne dénote pas de rétrécissement du canal lacrymonasal, et en prescrivant à la malade de faire tous les jours des pressions renouvelées avec la pulpe de l'index, la tumeur disparaît, et au bout de dix cathétérismes, il n'en reste plus de traces.

Obs. VII. — *Fistule lacrymale* récente. — Mme B..., âgée de 32 ans, porte sur le nez, au niveau du grand angle de l'œil gauche, une cicatrice osseuse avec renfoncement à la partie correspondante du sac lacrymal ; elle a subi autrefois des cautérisations énergiques pour l'oblitération du sac, et se plaint de larmoiement de ce côté.

Du côté droit, elle présente une fistule lacrymale remontant à quinze jours ; une sonde, introduite par l'orifice externe, aboutit dans le sac lacrymal.

Nous faisons l'incision du conduit supérieur et du sac, il sort du pus par l'incision, il en sort par l'ouverture fistuleuse ; nous pratiquons le cathétérisme, et dès le septième, l'orifice cutané de la fistule s'est déjà oblitéré; on peut enlever la croûte qui la recouvre sans renouveler l'écoulement ; le larmoiement a cessé et la malade se trouve guérie au bout de quatre semaines.

RECHERCHES SUR LES PROPRIÉTÉS ANTIFERMENTESCIBLES ET L'ACTION PHYSIOLOGIQUE DU SILICATE DE SOUDE

Par MM. A. Rabuteau et F. Papillon.

(Extrait d'un mémoire communiqué à l'Académie des sciences.)

M. Dumas vient de perfectionner, d'une manière aussi judicieuse au point de vue des principes que féconde à celui des résultats, la méthode d'examen des propriétés physiologiques des corps. Il vient de faire voir l'utilité d'en rechercher l'influence, non-seulement sur les organismes supérieurs, mais encore sur les êtres microscopiques, et, en général, sur les substances, organisées ou amorphes, auxquelles est départi l'ouvrage complexe des fermentations. — Quand le mémoire de M. Dumas a paru, nous étions occupés depuis plusieurs mois, chacun de notre côté, à des expériences sur l'action physiologique des composés minéraux et organiques du bore et du silicium. Depuis les révélations de l'illustre chimiste concernant les propriétés du borate de soude dans ses rapports avec les effets du silicate de la même base, nous les avons reprises en commun, et ce

sont les premiers résultats de cette étude que nous soumettons aujourd'hui à l'Académie.

De l'étude de l'action du silicate de soude sur la fermentation alcoolique, sur celle de l'urée et sur les fermentations lactique et amygdalique, il ressort que le silicate de soude, à certaine dose, empêche toute manifestation des agents divers de la fermentation et de la putridité.

L'action de ce sel est donc entièrement comparable à celle du borax; seulement elle est plus énergique. Par exemple, il faut moins de silicate que de borate pour empêcher la fermentation de l'urine.

Ainsi, tandis que l'injection de 1 et de 2 grammes de borax pour 40 grammes d'eau, dans les veines d'un chien, ne provoque aucun trouble dans la santé de cet animal, l'injection de 1 gramme seulement de silicate de soude, dans les mêmes conditions, détermine la mort. Chez un chien qui avait reçu dans la veine 1 gramme de ce sel, en solution aqueuse, on observa, dans la journée, des effets purgatifs, puis des vomissements. Dès le lendemain, les urines renfermaient de l'albumine, mais point de sucre. Les jours suivants, l'appétit diminua, il y eut encore quelques vomissements; l'urine était toujours albumineuse. L'animal mourut neuf jours après l'injection.

A l'autopsie, on trouva l'estomac congestionné et renfermant un liquide noirâtre, le cœur rempli de caillots avec un peu de sang fluide, les poumons congestionnés; la vessie contenait un peu d'urine albumineuse. Les tubuli du rein, examinés au microscope, faisaient voir des cellules épithéliales graisseuses.

Ainsi le silicate de soude avait troublé profondément la nutrition. L'action en est plus énergique que celle du borax, aussi bien sur les organismes supérieurs que sur les inférieurs et les ferments. Ce résultat confirme une fois de plus la loi atomophysiologique formulée par l'un de nous, à savoir qu'un corps simple est d'autant plus actif que le poids atomique en est plus élevé et la chaleur spécifique plus faible.

La méthode nouvelle, à laquelle M. Dumas vient d'attacher son nom, « l'étude systématique des composés qui agissent sur la vie des ferments, sans compromettre gravement celle des organismes élevés », paraît pleine d'avenir pour la physiologie et la thérapeutique. Dès aujourd'hui, on comprend les effets du borax, employé depuis longtemps dans certaines affections, telles que le muguet, et l'on est en droit de signaler aux praticiens les propriétés du silicate de soude, comme probablement efficaces, à des degrés divers, contre les maladies parasitaires, infectieuses, virulentes, putrides, etc. Il serait téméraire d'affirmer que ces sels triompheront d'aussi redoutables états; mais c'est du moins une conjecture plausible et rationnelle, qu'il convient de soumettre, sans tarder, à l'épreuve des faits.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

La correspondance officielle comprend :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Haute-Vienne, de Maine-et-Loire, des Pyrénées-Orientales et du Rhône pendant l'année 1871;

2° Des rapports d'épidémies, par MM. les docteurs Blanc (d'Albertville), Carret (de Chambéry), Crouigneau (de Dijon) (comm. des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. les docteurs Jaccoud, Villemin et Bucquoy, qui se présentent comme candidats pour la place vacante dans la section de pathologie médicale;

2° Une lettre de M. le docteur Guéniot, qui se présente comme candidat dans la section d'accouchements;

3° Une lettre des administrateurs de la Compagnie générale transatlantique, qui informe l'Académie qu'elle a besoin, dans le plus bref délai, d'un jeune médecin pour être embarqué en qualité de docteur à bord d'un des paquebots faisant le service postal entre Panama et Valparaiso, aux conditions suivantes : engagement de deux ans; honoraires, 360 francs par mois la première année et 400 francs par mois la deuxième année;

4° Une lettre de M. le docteur Belhomme, relative à l'influence des événements et des commotions politiques sur le développement de la folie, à l'occasion d'un mémoire sur le même sujet lu récemment par M. Lunier.

PRÉSENTATIONS

M. LARREY présente : 1° la 2e édition d'un ouvrage en deux volumes intitulé : *Pathologie et clinique chirurgicales*, par M. le docteur J. A. Fort;

2° Un rapport de M. le docteur Gouget, médecin principal, sur le service médical de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne;

3° Un rapport du comité central de vaccine du département du Tarn;

4° Une observation d'arrachement d'un doigt, par M. A. Paris (d'Angoulême).

M. DEMARQUAY présente : 1° un Bulletin de la Société centrale des secours aux blessés militaires, dans lequel se trouve un rapport du service chirurgical de M. le docteur Boinet;

2° Un volume intitulé : *L'Hygiène des Européens dans les climats tropicaux*, par M. le docteur Saint-Vel.

M. GOSSELIN fait hommage à l'Académie du tome Ier de son ouvrage intitulé : *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité.*

M. ROBIN dépose sur le bureau une note manuscrite de M. le docteur Gimbert (de Cannes) sur les propriétés antiseptiques de l'Eucalyptol (renvoyé à l'examen de M. Gubler).

M. LE PRÉSIDENT fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Daremberg, membre associé, et il exprime en quelques mots, au nom de l'Académie, tous les regrets que doit lui inspirer la perte d'un membre aussi laborieux qu'aimable, et à qui la science est redevable de tant d'utiles recherches historiques.

L'Académie accueille ces quelques mots de son président par des marques nombreuses d'approbation.

LECTURE

M. DAVAINE donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Recherches sur l'empoisonnement par la saumure.* (Le travail de M. Davaine n'ayant pas été déposé au secrétariat, il ne nous est pas possible d'en donner une analyse).

RAPPORT

M. DEMARQUAY, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Richet, lit un rapport sur :

1° Deux observations adressées en 1869 à l'Académie de médecine, par M. Kœberlé;

2° Un mémoire de M. Boinet ayant pour titre : *Gastrotomie dans le cas de tumeurs fibreuses péri-utérines.*

M. Demarquay s'exprime en ces termes :

Dans le courant de l'année 1869, M. Kœberlé adressa à l'Académie deux observations intéressantes. L'une est relative à l'ablation d'une tumeur fibro-graisseuse du poids de 5 kilogrammes développée à la partie interne de la cuisse. Cette opération difficile, laborieuse, fut suivie de guérison.

L'autre observation, beaucoup plus intéressante, a pour titre : *Gastrotomie, extirpation d'une tumeur fibro-cystique de la matrice du poids de 14 kilogrammes et demi*, également suivie de guérison.

Cette opération hardie, laborieuse, qui n'a pas duré moins de deux heures et demie, a été pratiquée sur une femme de 34 ans, qui avait été adressée à M. Kœberlé comme atteinte d'un kyste volumineux de l'ovaire; mais un examen attentif de la malade,

deux ponctions faites dans la tumeur, qui avaient donné lieu à l'écoulement d'un liquide séreux, contenant de la cholestérine, avaient porté notre habile confrère à conclure qu'il avait affaire à une tumeur fibro-cystique, dont le point de départ devait être dans l'utérus.

Pour ces raisons, et surtout à cause du volume énorme de la tumeur, M. Kœberlé avait refusé de faire l'opération; mais vaincu par les prières de la malade, il se décida à la pratiquer avec la crainte de ne pouvoir la terminer.

Le premier temps de l'opération fut difficile; malgré une incision de 33 centimètres, il fut impossible de faire sortir la tumeur, bien qu'elle fût réduite par la ponction. Il fallut jeter une ligature en fil de fer sur la partie inférieure du produit morbide et le diviser pour l'extraire. Mais ce temps de l'opération avait donné lieu à une perte de sang évaluée à 1 kilogramme 1/2 environ.

Cette partie laborieuse de l'opération accomplie, il fut facile de constater que la tumeur, née de la paroi postérieure de l'utérus, n'avait contracté aucune adhérence avec les parois du bassin. Les ovaires ainsi que l'utérus étaient sains. Pour enlever la partie de la tumeur qui adhérait à la paroi postérieure de l'utérus, d'où elle avait pris naissance, le péritoine fut décollé et détaché du produit pathologique, lequel à son tour fut détaché de la paroi utérine avec des cautères tranchants, jusqu'à la limite des gros vaisseaux qui furent solidement étreints dans une anse de fil de fer, à l'aide d'un serre-nœud.

Une adhérence utérine donnait du sang en assez grande abondance et dut être liée. Le pédicule des vaisseaux fut alors coupé, les parties qui saignaient encore furent touchées avec le fer rouge ou le perchlorure de fer. La malade fut alors pansée et reportée dans son lit, épuisée par une opération si grave qui n'avait pas duré moins de deux heures et demie, et qui avait amené une perte de sang considérable. Néanmoins la réaction se fit très-bien, le serre-nœud qui étreignait les vaisseaux est tombé au huitième jour.

Grâce aux soins assidus et intelligents dont elle fut entourée, la malade guérit parfaitement.

Ce fait, que je viens de résumer, est très-intéressant à bien des points de vue; j'aurai d'ailleurs l'occasion d'y revenir. A l'époque où M. Kœberlé nous adressait cette intéressante observation, M. Boinet, dont tout le monde connaît les travaux importants sur les maladies de l'ovaire, envoyait également à l'Académie un volumineux mémoire ayant pour titre : *Gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines. De l'ablation de tumeurs fibreuses interstitielles péri-utérines et dites fibro-cystiques de la matrice.* Dans cet important travail, notre savant confrère traite des tumeurs fibreuses de l'utérus, des diverses modifications qu'elles peuvent subir, des erreurs de diagnostic auxquelles elles exposent, et finalement il traite avec grand soin et de grands développements cette question non encore résolue : « De l'opportunité de l'ablation des tumeurs abdominales ayant leur point de départ dans l'utérus lui-même et désignées sous le nom de tumeurs fibreuses ou de tumeurs fibro-cystiques. »

Et d'abord nous nous demanderons avec M. Boinet ce qu'il faut entendre par tumeur fibro-cystique; il semble qu'il n'y ait rien de plus facile, surtout après la belle opération de Kœberlé. En effet, pour la plupart des ovariotomistes, une tumeur fibro-cystique est une tumeur utérine contenant un certain nombre de kystes. Malheureusement, pour beaucoup de chirurgiens qui ont publié des observations sous cette dénomination ou celle de fibro-kystiques, il n'en est point ainsi. On a mis dans la science bon nombre d'observations sous la dénomination de tumeurs fibro-cystiques ou fibro-kystiques, des kystes multi-loculaires de l'ovaire, plus ou moins adhérents. Ces faits qui manquent de détails encombrent la science et ne peuvent servir ni à l'histoire des kystes de l'ovaire adhérents, ni à l'histoire de l'ablation des tumeurs de l'utérus. Dire qu'une tumeur est fibro-cystique ou fibro-kystique, c'est indiquer sa composition; mais on laisse dans l'ombre sa question d'origine actuellement plus importante à connaître pour nous que celle de sa nature.

En effet, l'ablation d'un kyste de l'ovaire avec ou sans adhérence est un fait acquis à la science et généralement accepté par les chirurgiens; mais il n'en est plus de même de l'ablation de l'utérus et des tumeurs auxquelles il donne naissance. Sous ce rapport, on ne saurait trop louer M. Boinet d'avoir porté cette grande question de chirurgie devant l'Académie. Nous allons donc discuter avec notre savant confrère la question de savoir si on doit pratiquer l'ablation partielle ou totale de l'utérus à l'aide de la gastrotomie, et quand et comment cette grave opération doit être faite. Il est bien entendu que cette grave opération ne peut avoir pour but que d'enlever des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques développées dans les parois de l'utérus et formant une volumineuse tumeur dans la cavité abdominale, et que, dans toute mon argumentation, je n'aurai nullement à m'occuper des tumeurs fibreuses de l'utérus intra-viscérales ou pariétales.

Du jour où l'ovariotomie est entrée dans le domaine de la chirurgie régulière, les chirurgieus anglais et américains se sont bien vite trouvés, par suite d'erreurs de diagnostic souvent inévitables, en présence de tumeurs utérines. Les uns s'arrêtèrent devant l'imprévu, mais d'autres passèrent outre et tentèrent de terminer l'opération commencée.

Dans un tableau que je trouve dans la thèse très-remarquable de M. Catternault, on voit que des chirurgiens distingués comme Atlée, Brown, Lisors, Diffenbach, etc., n'hésitèrent point à reculer devant la difficulté d'enlever une tumeur fibreuse de l'utérus, et après un examen attentif des faits, firent l'occlusion de la paroi abdominale et abandonnèrent les malades à elles-mêmes.

Sur ces quatorze opérées, neuf survécurent et cinq sont mortes aux suites de l'opération. Ce qu'il y a d'intéressant à signaler, c'est que plusieurs de ces malades qui survécurent se portaient bien plusieurs années après cette opération, ce qui prouve, à mon sens, qu'il ne faut pas trop se hâter de conseiller une opération dans les tumeurs périphériques à l'utérus.

Nous avons dit plus haut que d'autres chirurgiens avaient été plus hardis et qu'une fois la gastrotomie pratiquée, ils se mirent à enlever des tumeurs utérines qui, il faut le dire, étaient favorables à l'opération, attendu qu'elles étaient pédiculées. Parmi ces chirurgiens, nous citerons encore Atlée, Brown, Bigelow, Spencer-Wells et Kœberlé.

Sur 20 opérations de gastrotomie faites dans ces conditions, pour enlever des tumeurs pédiculées de la matrice, nous trouvons 8 guérisons et 12 morts; mortalité bien supérieure à celle que donne l'ablation des kystes de l'ovaire, et cependant le chirurgien se trouvait presque dans des conditions identiques; souvent même la tumeur avait un volume médiocre et devait fort peu troubler les fonctions de l'économie. Un chirurgien plus sage, plus prévoyant, aurait pu, que dis-je, aurait dû attendre et éviter de pareilles opérations. La cause de la mort dans ces cas a presque toujours été l'hémorrhagie, la péritonite, la phlébite, etc. Il est juste de dire que beaucoup de ces opérations qui mirent en danger la vie d'un bon nombre de femmes ne seraient plus pratiquées aujourd'hui. L'étude attentive des tumeurs abdominales a permis de les différencier dans la plupart des cas, et aujourd'hui on peut éviter un bon nombre d'erreurs de diagnostic, inévitables à l'époque où l'ovariotomie commença à être pratiquée d'une manière suivie en Angleterre, en Amérique. Mais, à mesure que les succès de l'ovariotomie augmentaient, plusieurs chirurgiens se demandèrent si la gastrotomie ne pourrait pas être appliquée à la cure des tumeurs utérines ou péri-utérines, comme elle l'était aux maladies de l'ovaire, et si l'ablation complète ou partielle de l'utérus en masse ne donnerait point des résultats avantageux.

Cette opération fut pratiquée par Leath et par Clay en 1843, et en 1853 par Barnhom, par Pearle et par Kimbal en 1855, par Boids en 1856, par Spencer-Wells en 1860, par Kœberlé en 1862. Jusqu'à cette époque, dans la plupart des cas, cette grave opération n'avait eu lieu encore que par suite d'erreurs de diagnostic. Les chirur-

giens distingués que je viens de citer espéraient ne trouver qu'un kyste de l'ovaire à extraire; mais se trouvant en présence d'une tumeur utérine, ils n'hésitèrent point à enlever l'utérus en partie ou en totalité.

Mais, à partir de cette époque (1862), M. Spencer-Wells en Angleterre, Kœberlé en France, et plusieurs chirurgiens américains, se demandèrent si, en apportant quelques modifications au *manuel opératoire*, on ne pourrait point, avec connaissance de cause, après avoir posé un diagnostic précis, enlever l'utérus malade comme on enlève l'ovaire.

Mais avant d'aborder cette question avec notre savant confrère M. Boinet, je demande à faire connaître le tableau incomplet du résultat de cette opération, depuis son introduction accidentelle dans la pratique jusqu'à 1866, époque à laquelle cette opération est conseillée par plusieurs ovariotomistes. Ce tableau, emprunté à la thèse de M. Catternault, inspirée par M. Kœberlé, renferme 42 cas d'utérotomie partielle ou totale. Sur ces 42 cas, nous trouvons 33 morts et 9 guérisons. La cause de la mort a été le plus souvent l'hémorrhagie et la péritonite. Dans ces opérations, tantôt l'utérus a été emporté seul, tantôt l'utérus et les deux ovaires. Mais les détails manquent pour discuter la valeur de ces faits; ce qui est positif, c'est que l'ablation partielle ou totale de la matrice avec ou sans les ovaires est une opération grave; elle est d'autant plus grave qu'elle est faite à la suite d'une erreur de diagnostic et que le chirurgien est pris à l'improviste.

Mais quelque bien préparé que soit le chirurgien, l'ablation de l'utérus, avec ou sans les ovaires, sera toujours redoutable, quand elle aura pour but d'enlever une tumeur volumineuse naissant des parois de l'organe. Cependant des chirurgiens distingués, en Amérique, en Angleterre et en France, n'ont point hésité de proposer, dans ces dernières années, vu le progrès de l'ovariotomie, d'enlever l'utérus avec ou sans les ovaires. Des résultats heureux de cette opération ont été publiés par Spencer-Wells, Kœberlé et, plus récemment, par M. Péan. Malgré ces succès, M. Boinet, qui pratique avec habileté l'ovariotomie, et à qui cette opération a donné de bons résultats, rejette cette opération et critique avec sagacité, dans son grand travail que je suis chargé d'analyser devant vous, les résultats obtenus.

Il est juste d'ajouter que, sous ce rapport, la commission comme M. Boinet, rejette dans la plupart des cas la gastrotomie appliquée à l'ablation des tumeurs de l'utérus; mais, dira-t-on, la commission avec M. Boinet rejette le progrès; si l'ablation des tumeurs utérines laisse encore à désirer, le *manuel opératoire* se perfectionnera et on obtiendra plus tard des succès analogues à ceux que donne l'ovariotomie.

Quant à moi, je ne puis admettre le parallèle que l'on voudrait établir entre l'ablation d'un kyste de l'ovaire et l'ablation d'une tumeur utérine. En effet, si le kyste de l'ovaire n'est pas très-volumineux, s'il n'a pas contracté d'adhérences, l'opération bien faite ne présente point une très-grande gravité, ce que prouve la statistique de Spencer-Wells qui, sur 400 observations d'ovariotomie pratiquées en Angleterre, a obtenu 293 guérisons, c'est-à-dire une mortalité de 26,75 p. 100; il faut ajouter qu'à mesure que le chiffre des opérations augmente, la mortalité diminue, ce qui tient à deux causes : 1° l'opération se fait mieux, et 2° l'ovariotomie étant généralement acceptée en Angleterre, cette opération se fait donc dans de meilleures conditions. Voilà les résultats de l'ovariotomie dans de bonnes conditions, mais que le kyste de l'ovaire soit volumineux, qu'il ait contracté des adhérences, que l'hémorrhagie soit considérable, et les conditions de l'ovariotomie changent, ainsi que M. Kœberlé l'a très-bien démontré dans les tableaux qu'il a publiés à ce sujet; d'ailleurs, ni au point de vue de la nature ni au point de vue de la marche, des tumeurs de l'utérus ne peuvent être comparées aux kystes de l'ovaire. Ceux-ci ont une marche fatale; il résulte des statistiques établies par R. Lée, Cazeaux et Safford Lée, que les kystes de l'ovaire amènent fatalement la mort dans une période déterminée, relativement très-courte, sauf, bien entendu, quelques exceptions, et que le moyen palliatif auquel on est obligé d'avoir recours, la ponction, est souvent mortel.

Je trouve dans l'intéressant ouvrage de M. Courty, les statistiques de Southam, de Kiwisch et Safford Lée sur ce point; sur 130 femmes auxquelles la ponction simple a été pratiquée, 46 moururent après la première ponction, 10 après la deuxième, 25 de la troisième à la sixième, 15 de la septième à la douzième, 13 après la douzième.

L'ovariotomie est donc une opération sage, rationnelle, commandée par les succès qu'elle donne quand elle est pratiquée dans de bonnes conditions, et par la marche en quelque sorte fatale de la maladie. Il n'en est point de même des tumeurs de l'utérus. Celles-ci n'ont point la même marche. Elles peuvent rester longtemps stationnaires, finir par s'atrophier, elles sont en un mot compatibles avec la vie. Sans doute, il arrive quelquefois que les tumeurs prennent un grand développement et finissent par compromettre la vie; mais il faut bien le reconnaître, c'est là une exception, et quel chirurgien prudent oserait conseiller à une jeune femme de se faire débarrasser d'une tumeur péri-utérine peu volumineuse par la gastrotomie, sous prétexte que cette tumeur peut acquérir un volume considérable ?

L'ablation d'une tumeur utérine, quel que soit son volume, est toujours une chose grave, à moins que celle-ci ait un pédicule long et étroit, ce qui, dans ce cas, la rapproche de tumeurs de l'ovaire; autrement, s'il faut énucléer la tumeur ou enlever l'utérus avec ou sans les ligaments larges, on a fatalement une perte de sang considérable au moment de l'opération et toutes les chances possibles pour une hémorrhagie consécutive, sans compter la péritonite, à laquelle est exposée l'opérée par le fait de la gastrotomie, de la durée de l'opération, et par suite des exhalations sanguinolentes inséparables de ces graves opérations. Est-il possible, en présence de tant de chances de mort, de conseiller à une femme affectée d'une tumeur utérine compatible avec la vie, de s'en faire débarrasser par la gastrotomie ? Mais dira-t-on, quand la tumeur est volumineuse, que la vie de la malade est en danger, reculerez-vous, avec M. Boinet, devant l'opération ? Même dans ce cas la commission est d'accord avec le savant auteur du mémoire, 1° parce que, dans ces conditions périlleuses, nul n'est sûr de pouvoir terminer l'opération; 2° parce que la malade peut mourir d'hémorrhagie par le fait seul de l'ablation de la tumeur à cause de sa vascularité considérable.

Nous avons vu, dans le fait de M. Kœberlé, que nous avons rapporté au commencement de ce rapport, qu'il a failli perdre sa malade, non point d'hémorrhagie, mais de la spoliation sanguine résultant de la quantité de sang contenue dans la tumeur. Dans une autre observation de tumeur utérine faite par M. Kœberlé et rapportée par M. Catternault, on voit que la quantité de sang contenue dans la tumeur est évaluée à deux kilos. Eh bien! ajoutez à cette perte sanguine celles qui sont amenées par le décollement des adhérences, celles non moins graves occasionnées par la section de l'utérus et des ligaments larges, et vous comprendrez très-bien la gravité de ces opérations; 3° il faut ajouter à tout cela la durée de l'opération qui peut aller jusqu'à plusieurs heures, et 4° enfin ne pas oublier tous les accidents consécutifs de ces opérations, le choc ou ébranlement nerveux, la péritonite consécutive, l'hémorrhagie secondaire et finalement la mort, qui, le plus souvent, est la conséquence de votre stérile courage, de la confiance et de l'espoir de la pauvre opérée.

Mais, dira-t-on, il est possible d'éclairer le diagnostic par une incision préalable de la paroi abdominale; cela est vrai pour les tumeurs qui ont un petit volume, mais il n'en est plus de même quand la tumeur a acquis un grand développement. Dans ce cas, en effet, il faudrait pratiquer la gastrotomie dans une grande étendue, afin que la main puisse explorer toute la périphérie du produit pathologique que l'on veut enlever. Dans de pareilles conditions, la gastrotomie que j'appellerai exploratrice, ne serait pas sans gravité, ainsi que cela résulte des faits exposés plus haut. Malgré les objections faites par M. Boinet et par la commission

elle-même à l'ablation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, nous reconnaissons que cette opération a donné des succès. Ces faits, nous les connaissons; ils ont été discutés et commentés par M. Boinet dans son savant travail. Nous trouvons dans la thèse de M. Catternault, trois beaux cas dus à M. Kœberlé. M. Péan a également communiqué un fait intéressant à l'Académie; mais à côté de ces faits plus ou moins discutables, que de revers et que de victimes! Que de femmes ont succombé à cette redoutable opération. Ce qui serait important à connaître, ce sont les faits malheureux. Il faudrait que, sur ce point, la science et la médecine fussent édifiées, et je suis certain que l'on verrait bientôt le nombre des femmes qui nous demandent à être débarrassées de tumeurs fibreuses de l'utérus, diminuer.

Cette statistique est d'autant plus importante que, dans une opération de cette gravité, appliquée à une maladie vulgaire, quelques succès ne prouvent point d'une manière absolue en faveur d'une opération. Il faut, dans ce cas, une statistique consciencieuse et portant sur un nombre de faits bien définis quant au siége et à la nature du mal. Spencer-Wells, le plus grand ovariotomiste de l'Angleterre, d'abord partisan de l'ablation des tumeurs fibreuses de l'utérus, développées à la périphérie de cet organe, me disait récemment qu'il avait abandonné cette opération. Sur sept ou huit opérations, il n'avait eu qu'un succès; malgré le fait si intéressant de M. Kœberlé, analysé au commencement de ce rapport, on peut se demander si notre savant confrère n'a point modifié sa pratique. Deux fois, je lui ai écrit à ce sujet sans avoir de réponse.

M. Courty, dans son excellent ouvrage : *Sur les maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes*, s'exprime ainsi sur cette opération : « Quelque séduisants que paraissent les quatre résultats que je viens de citer, on peut y opposer un si grand nombre de revers, qu'il n'est point possible d'encourager les chirurgiens à suivre cette voie. » A l'appui de cette manière de voir, M. Courty a reproduit une statistique de 24 faits empruntés à plusieurs auteurs et non encore publiés. Ces 24 opérations ont donné 21 morts. Je sais de source certaine qu'il serait facile d'augmenter ce nécrologue; mais tel qu'il est, il légitime complétement les conclusions du mémoire de M. Boinet, auquel d'ailleurs souscrit votre commission, à savoir :

1° Que la gastrotomie appliquée à l'extirpation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, ne doit point être faite pour enlever les tumeurs compatibles avec la vie.

2° Que l'ablation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, volumineuses, ayant contracté des adhérences avec les viscères intérieurs ou la cavité du bassin, nécessitant l'ablation de l'utérus et des ligaments larges, doit être rejetée à cause de sa gravité et de la mort presque fatale qui en est la conséquence, par la spoliation sanguine considérable de toute l'économie ou choc inséparable de cette grave opération.

Toutefois le diagnostic des tumeurs utérines et ovariques est tellement difficile dans certains cas, que le chirurgien peut êtrs amené à pratiquer la gastrotomie, croyant avoir affaire à un kyste ovarique, et qu'il tombe sur une tumeur fibro-cystique de l'utérus. Dans ce cas, si la tumeur est pédiculée ou si elle peut l'être, comme dans le cas de M. Kœberlé, si elle n'a contracté aucune adhérence grave avec les parties voisines, si elle peut être enlevée avec un segment de la matrice, nous croyons avec M. Boinet que le chirurgien, malgré la gravité du cas, doit achever son opération. Les quelques cas de succès qui ont été rapportés autorisent l'opérateur à suivre cette pratique. Dans ce rapport, votre commission vous a exposé, aussi succinctement que possible : 1° les faits qui vous ont été adressés par M. Kœberlé; 2° les doctrines exposées par M. Boinet dans son intéressant mémoire. Elle a maintenant l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remercîments à M. Kœberlé et à M. Boinet pour leurs intéressantes communications, et 2° de renvoyer ces communications au comité de publication.

Une courte discussion s'engage à l'occasion de ce rapport entre M. Giraldès et le rapporteur, à la suite de laquelle, sur la proposition de plusieurs membres et sur les observations du président, les conclusions sont adoptées, en réservant la discussion sur le fond du rapport et sur ses conclusions scientifiques.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS

Licence. — Session du mois de novembre.

Les examens pour les trois licences s'ouvriront le lundi 18 novembre. Les inscriptions seront reçues du 4 au 12 novembre, au secrétariat de la Faculté des sciences.

Les candidats doivent produire, en s'inscrivant :

1° Un extrait de leur acte de naissance; 2° le diplôme de bachelier ès-sciences; 3° les récépissés des quatre inscriptions prises devant une Faculté des sciences.

Ils sont tenus en outre de verser, en même temps, le montant des droits d'examen (102 fr. 25 c.).

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE D'ALFORT

Liste des candidats admis en octobre 1872.

1. Salle (Seine). — 2. Jeannot (Meurthe-et-Moselle). — 3. Langlard (de) (Réunion). — 4. Rousseau (Nord). — 5. Henry (Seine). — 6. Marot (Seine). — 7. Lecucq (Pas-de-Calais). — 8. Duprom (Gers). — 9. Bois (Seine). — 10. Tabourdeau (Cher). — 11. Royer (Cher). — 12. Legras (Seine-et-Marne). — 13. Brun (Gers). — 14. Lefebvre (Nord). — 15. Faure (Creuse). — 16. Henriot (Aube). — 17. Colin (Seine). — 18. Roberdeau (Seine). — 19. Joullain (Deux-Sèvres). — 20. Dalloux (Indre-et-Loire). — 21. Vincent (Seine-et-Marne). — 22. Hérault (Aube). — 23. Lepinte (Seine). — 24. Olivier (Morbihan). — 25. Fandard (Aube). — 26. Tournaire (Yonne). — 27. Flacon (Meurthe-et-Moselle). — 28. Huet (Loir-et-Cher). — 29. Schremberger (Alsace). — 30. Pautard (Seine-Inférieure).

31. Poirier (Orne). — 32. Foucault (Loire-Inférieure). — 33. Cornet (Seine-et Marne). — 34. Laurens (Lot). — 35. Hamelin (Yonne). — 36. Salorne (Haute-Savoie). — 37. Candrelier (Isère). — 38. Bernard (Côte-d'Or). — 39. Bouziard (Vienne). — 40. Étasse (Seine). 41. Fourie (Meuse). — 42. Mangin (Meurthe-et-Moselle). — 43. Lorieux (Loir-et-Cher). — 44. Coulon (Aisne). — 45. Galbrun (Indre-et-Loire). — 46. Paillard (Indre). — 47. Mersuy (Seine). — 48. Ybert (Calvados). — 49. Sicaud (Charente). — 50. Clot (Sarthe). — 51. Le Neveu (Calvados). — 52. Ricon (Eure-et-Loire). — 53. David (Charente). — 54. Gonhoury (Aisne). — 55. Parmentier (Pas-de-Calais). — 56. Carnet (Meurthe-et-Moselle). — 57. Dejean (Seine). — 58. Nalot (Loiret). — 59. Choloux (Hérault). — 60. Cheoin (Moselle).

61. Saunier (Charente). — 62. Ronsé (Somme). — 63. Chauvin (Sarthe). — 64. Hulot (Aisne). — 65. Duflos (Pas-de-Calais). — 66. Declande (Aube). — 67. Salle (Meurthe). — 68. Gadoux (Aisne). — 69. Morand (Seine). — 70. Barbier (Nièvre). — 71. Eloire (Aisne). — 72. Delabbey (Oise). — 73. Duon (Meurthe-et-Moselle). — 74. Jeanningros (Doubs). — 75. Ravenet (Marne). — 76. Bacourt (Meurthe-et-Moselle). — 77. Mainfray (Loir-et-Cher).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret du Président de la République, en date du 29 octobre 1872, rendu sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Marrotte, médecin à Paris; services dévoués pendant le siége; services anciens dans les hôpitaux.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Lefebvre, médecin à Va-

lenciennes (Nord) : services distingués pendant la guerre et les épidémies; a obtenu une médaille d'or à la suite du choléra de 1866. — Robert, médecin des prisons de Pau (Basses-Pyrénées) : a fait toute la campagne de 1870; services signalés et conduite courageuse à l'armée du Rhin, et plus tard à celle du Nord. — Stanski, médecin à Paris : services dévoués dans cinq ambulances; s'est distingué lors de l'entrée des troupes dans Paris. — Boureau, médecin adjoint de l'hospice Saint-Lazare : services dévoués dans trois ambulances dont il était le chirurgien en chef. — Perriquet, médecin à Anzin (Nord) : services rendus pendant la guerre. — Célières, médecin à Paris : s'est distingué pendant le siége et pendant les épidémies.

— *Université de Prague.* — L'Université vient de faire une grande perte en la personne de M. le docteur Treitz, professeur d'anatomie. Cet éminent confrère, qui, pendant vingt années, a vu les élèves se presser autour de sa chaire, s'est empoisonné volontairement dans un accès de mélancolie.

— M. le docteur Martin-Damourette commencera ses cours de thérapeutique et de chimie médicale, samedi 2 novembre, à 1 heure, place de l'École-de-médecine, 17.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par ARTHUR CHEVALIER, O. ✻, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Un mois à Cusset après la Commune, par le docteur VERRIER (de Viliers). — In-12, broché. — Prix : 1 franc. — Paris, 1872. P. Lachaud.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

PANCRÉATINE DEFRESNE
ET LES PRODUITS QUI EN DÉRIVENT

EMPLOYÉS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

(Voir le Mémoire présenté à l'Académie de médecine.)

La **Pancréatine Defresne** agit dans un milieu acide; elle émulsionne quinze fois son poids de corps gras; elle digère cinquante fois son poids de fibrine; elle transforme en glucose 440 grammes d'empois, soit 8,90 d'amidon.

ELLE RÉUSSIT BIEN DANS LES

DYSPEPSIES, GASTRITES, GASTRALGIES ET AUTRES AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

L'HUILE DE FOIE DE MORUE DEFRESNE

modifiée par la **Pancréatine**, vendue sous forme d'émulsion, est inappréciable dans les maladies de poitrine.

La Pancréatine, l'Huile de foie de morue pancréatique, l'Émulsion pancréatique, les Pilules de pancréatine, le Vin et l'Élixir pancréatiques, se trouvent à la pharmacie DEFRESNE, rue des Lombards, 2 et 4.

AFFECTIONS DE POITRINE, RHUMES, ETC.

« J'ai prescrit plusieurs fois le **SIROP** antiphlogistique de **M. BRIANT**; il m'a paru remplir parfaitement l'effet qu'on doit en attendre. « *Signé :* GUERSANT,
« 28 novembre 1828. « Professeur à la Faculté de médecine, Membre de l'Académie. »

Pharmacie BRIANT, 150, rue de Rivoli, Paris.

GRANULES ANTIMONIAUX
ANTIMONIO-FERREUX ET ANTIMONIO-FERREUX AU BISMUTH
Du docteur PAPILLAUD

NOUVELLE MÉDICATION A BASE D'ARSÉNIATE D'ANTIMOINE

Rapport favorable de l'Académie de médecine de Paris dans les séances des 8, 15 et 23 novembre et 6 décembre 1870.

Les Granules antimoniaux sont le médicament qui donne le plus de guérisons ou d'améliorations persistantes, dans les *affections névrosiques, rhumatismales* ou *hypertrophiques du cœur*, et dans l'*asthme*, le *catarrhe* et la *phthisie* à ses débuts.

Dans les **Granules antimonio ferreux** les propriétés réparatrices du fer, unies aux effets constituants de l'arséniate d'antimoine, constituent le remède le plus sûr et le mieux toléré à opposer à la *chlorose, chloro-anémie*, la *scrofule*, les *névralgies* et *névroses*.

Les **Granules antimonio-ferreux au bismuth** sont particulièrement destinés à la guérison des affections nerveuses des voies digestives.

Pharmacie E. Mousnier, à Saujon (Charente Inférieure), et dans toutes les pharmacies, en France et à l'étranger. A Paris, aux pharmacies, 141, rue Montmartre; 43 rue de Clichy; 86, rue du Bac; 2, rue des Tournelles; 1, rue Bourdaloue; 103, rue Neuve-des-Mathurins, et 86, rue du Bac.



HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-BROMO-PHOSPHORÉE
De E. FOUGERA, pharmacien, à New-York.

L'immense supériorité de cette huile sur l'huile de foie de morue simple vendue en Europe, est due à une combinaison **d'iode, de brome et de phosphore.**

Grâce à ces agents thérapeutiques puissants, l'**Huile Iodo-Bromo-Phosphorée de Fougera est cinq fois plus active** que l'huile de foie de morue la mieux choisie.

Cet avantage est également précieux pour le médecin et pour le malade : il permet d'élever la dose des principes essentiellement actifs, sans rendre nécessaire l'absorption d'une grande quantité de matière grasse, de telle sorte que le traitement peut être rendu plus efficace, qu'il peut être prolongé sans crainte de le voir occasionner le moindre trouble du côté des voies digestives.

Ceci résulte des nombreuses observations recueillies à l'hôpital de Bellevue, à New-York, et publiées par les docteurs distingués de cet établissement.

L'Huile iodo-bromo-phosphorée de Fougera se vend dans les principales pharmacies de France et de l'étranger. — Pour les demandes en gros, s'adresser :
A MM. G. MATHEY et CLIN, r. Racine, 14; HOTTOT, aven. Victoria, 7; G[illegible] Ce, r. Vivienne, 8.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital **la Diastase,** développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUERTROT) et dans toutes les pharmacies

---

Épilepsie. — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

AFFECTIONS DE LA POITRINE ET DES BRONCHES
MALADIES DE LA PEAU

SULFUREUX POUILLET
(POUDRE SULFUREUSE)

Seul produit approuvé par l'Académie de médecine; *admis dans les hôpitaux civils, autorisé pour le service des hôpitaux militaires,* pour la préparation instantanée des *eaux minérales sulfureuses* et des *bains sulfureux dits de Baréges.*

L'eau sulfureuse obtenue avec la **poudre Pouillet** se confond entièrement par ses propriétés physiques et thérapeutiques avec les eaux naturelles prises à la source. Préparée au moment de la prendre, elle est toujours identique et active au même degré.

Les **bains sulfureux Pouillet** jouissent de propriétés très-actives, ont une *composition déterminée* et un *degré de sulfuration constant.* Cette poudre est sans odeur avant son contact avec l'eau et peut être maniée sans inconvénient.

Expédition par la poste. — **Prix** : la boîte de Poudre pour 10 litres d'eau sulfureuse 2 fr. 50.— Le flac. de poudre pour 1 bain : 1 fr.; 6 flac. : 5 fr.—Pharm. CASSAN, 86, rue du Bac, Paris.

DRAGÉES ET ÉLIXIR
AU PROTOCHLORURE DE FER
Du docteur RABUTEAU

LAURÉAT DE L'INSTITUT (Académie des sciences).

Le protochlorure de fer est non-seulement le plus rationnel, mais le plus efficace des médicaments ferrugineux. Il est le plus rationnel, puisqu'il est prouvé que les ferrugineux insolubles, tels que le fer réduit, les oxydes, le carbonate de fer, n'agissent qu'après s'être transformés dans l'estomac en protochlorure de fer éminemment absorbable. Il est le plus efficace, puisque toute la difficulté, dans un traitement ferrugineux, consistant à faire pénétrer le fer dans l'organisme, on trouve dans ce sel une préparation qui est absorbée avec la plus grande facilité.

Ce médicament est surtout très-utile dans les chloro-anémies graves, où le suc gastrique est très-pauvre en acide chlorhydrique.

Pharmacie CAYLUS 10, carrefour de l'Odéon.

Vente en gros, chez MM. G. MATHEY et CLIN, 14, rue Racine, à Paris.

COALTAR SAPONINÉ
DE
FERD LE BEUF, INVTEUR

DÉSINFECTANT ÉNERGIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

ADOPTÉ PAR LES HOPITAUX DE PARIS

Bayonne, pharmacie LE BEUF.—Dépôt à Paris, rue Réaumur, 25, et dans toutes les Pharmacies.

Chloral perlé Limousin. — Le flacon de 40 capsules dragéifiées, à 25 cent., 3 fr. — Sirop de chloral : 3 fr. le flacon.

Sulfovinate de soude, purgatif nouveau. fl. 1 f. 50

Oxygène. — INHALATEUR. Location pour Paris, 5 fr. la semaine. Gaz à 0,10 c. le litre.

Protoxyde d'azote. Gaz et solution.—Pharm. LIMOUSIN, 2 bis, r. Blanche, place de la Trinité.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — École vétérinaire de Lyon. — Nouvelles. — Petite correspondance.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. BÉHIER.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

(Leçon recueillie par H. LIOUVILLE, chef de clinique, et LANDRIEUX, ancien interne).

Il y a quatre ans environ, M. Gladstone terminait un de ses discours au Parlement anglais en s'exprimant ainsi : « Je suis comme le policeman qui, s'adressant à la foule arrêtée, la provoque au mouvement : « *Go head,* » dit-il, c'est-à-dire : Marchez, allez en avant, ne vous arrêtez pas. Je vous dis aussi : *Go head*, car, en dehors du mouvement, tout languit, tout s'altère, tout se détruit. » M. Gladstone avait bien raison, et ce qui est vrai dans le sens politique et social l'est aussi dans le sens scientifique. S'arrêter, c'est déchoir. L'activité, c'est la vie ; le perfectionnement et le progrès, c'est la loi nécessaire.

Voyez dans l'économie animale, tout organe qui cesse de fonctionner s'atrophie, tout élément organique dont l'action est suspendue meurt de la mort graisseuse.

Mais dans la science, comme en toute chose, il faut bien distinguer l'agitation d'avec le progrès. Pour être véritablement efficace, et pour mériter réellement son nom, il faut que le progrès soit incessamment soumis au contrôle du bon sens, c'est-à-dire à un examen critique rigoureux. Là comme ailleurs, il faut séparer le bon grain de l'ivraie.

Sans pousser jamais les choses jusqu'à la limite opposée, sans être un partisan aveugle des pratiques médicales vieilles et surannées, on peut tenir pour les idées moyennes tout en s'appuyant sur une prudente critique, mais à la condition que la critique et la prudence n'excluent pas le progrès. La critique, appuyée sur le bon sens et sur les idées moyennes n'est donc pas ennemie du progrès véritable.

(1) Cette leçon, que nous publions aujourd'hui seulement, par suite de diverses causes inévitables de retard, a été faite le 15 avril 1872. Nous tenons à rappeler cette date à cause des discussions et des communications nombreuses qui ont eu lieu sur ce sujet depuis, et dont cette leçon même a été en grande partie le motif.

(*Note de la rédaction.*)

C'est précisément parce que je suis un partisan décidé de ce progrès raisonné et contenu que vous me voyez m'adonner avec ardeur à l'examen de tout ce que l'on peut raisonnablement obtenir de la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleurétiques.

Sur cette question, je veux vous entraîner aussi loin que l'expérience et le bon sens le permettent, afin que vous ne vous laissiez pas endormir et que vous ne vous borniez pas à la pratique routinière, et afin que la crainte d'agir autrement que vos devanciers ne vous retienne pas. J'insiste afin que vous ne tombiez pas dans cet état d'esprit qu'on me signalait il y a peu de temps chez un médecin d'une grande ville de province qui, en présence d'un jeune enfant, atteint depuis plusieurs semaines de tous les symptômes d'un épanchement pleurétique, disait naïvement : « Oui, je crois que la thoracentèse lui serait utile, mais je n'ose la pratiquer ; je n'en ai pas l'habitude. »

Si vous me voyez revenir ainsi sur une question qui nous a déjà occupés dans deux leçons précédentes, c'est que ma conviction est bien profonde. Je désire vous démontrer d'abord cette vérité, que la thoracentèse, régulièrement pratiquée, jouit d'une innocuité parfaite. Depuis longues années, pour ma part, je la pratique, et jamais il ne m'est arrivé le moindre accident.

Déjà, en 1864, chargé de résumer une discussion qui eut lieu à la Société médicale des hôpitaux (1), j'ai étudié et pesé avec grand soin tous les documents relatifs à cette question. J'ai pu établir alors, par la discussion rigoureuse de tous les faits mis en avant comme contraires à l'emploi de cette opération, qu'aucun d'eux n'avait une réelle valeur, et que tout semblait établir l'innocuité absolue de la thoracentèse.

Depuis cette époque, je n'ai cessé de continuer mes recherches, et je dois dire que sur 168 documents divers que j'ai recueillis sur cette matière, tous s'accordent à démontrer que la thoracentèse n'a jamais été nuisible. Elle a pu, cela va sans dire, ne pas sauver tous les malades. Quel est le moyen qui soit infaillible ? Mais en tant qu'opération, elle n'a jamais été suivie d'accidents qui lui soient propres, alors même qu'elle a été répétée un grand nombre de fois. Ainsi la *Gazette des hôpitaux* (année 1844, p. 601) relate un cas où il fut nécessaire de pratiquer 34 ponctions successives, et même, après cette énorme répétition, on n'a eu à mettre sur le compte de l'opération aucun phénomène fâcheux.

Vous vous rappelez que, dans les leçons précédentes, je vous

(1) *Bulletin de la Société de médecine des hôpitaux*, 1864.

ai entretenus des indications et des contre-indications de la thoracentèse pratiquée par la méthode de Reybard. Je vous ai dit, entre autres choses, qu'il ne fallait guère penser à la pratiquer lorsqu'on entendait le souffle doux jusqu'en bas. Cependant, je vous disais aussi, en terminant la dernière leçon sur ce sujet : « Il faudra aller plus loin qu'on n'a coutume de le faire habituellement ; je crois qu'il doit être utile de pratiquer la thoracentèse, même dans les petits épanchements, à partir du 8e ou du 9e jour après l'invasion. »

Ce qui me poussait ainsi à étendre la pratique ordinairement suivie, c'était non-seulement l'apparition d'instruments nouveaux, et principalement du trocart capillaire préconisé, dans un tout autre but, par M. Blachez, mais c'étaient surtout les dangers que font courir, selon moi, à un malade, un état morbide prolongé, tel qu'une pleurésie, qui souvent, même alors que l'épanchement est médiocre, dure trois et quatre mois. Relativement à ces dangers, je dois dire que, sans être aussi absolu que l'était Broussais, qui prétendait que la pleurésie était une des sources les plus fréquentes et les plus sûres de la phthisie pulmonaire, je suis loin de penser que la présence prolongée d'une phlegmasie pleurale soit sans inconvénient pour un sujet prédisposé à une affection tuberculeuse du poumon. Je suis donc bien loin, comme vous le voyez, d'accorder à l'épanchement pleurétique les vertus préservatrices dont on a voulu le douer. Cet épanchement, de plus, quand sa curation se fait attendre, entraîne d'autres dangers.

En effet, par l'accumulation des fausses membranes et par leur organisation plus complète, il amène une déformation thoracique considérable ou bien, subissant des modifications incessantes qui retracent une aggravation continue, il finit par aboutir à l'état purulent, comme je vous le rappelais dans la séance dernière à propos d'un malade observé à la Pitié. Il faut savoir aussi que le traitement médical ordinaire de la pleurésie est souvent bien impuissant, et que si je ne suis pas aussi absolu que quelques médecins qui, comme M. Castiaux (1), frappent les vésicatoires employés à titre de révulsifs d'un ostracisme absolu et tout à fait immérité, je dois dire que leur action est souvent lente, et quelquefois leur insuccès complet.

Quant aux évacuants, aux diurétiques, administrés contre un épanchement pleurétique, je ne leur accorde pas une grande efficacité réelle. Je suis donc bien éloigné de l'opinion de M. Woillez (2), qui conseille de ne pas pratiquer la thoracentèse tant que l'épanchement ne progresse pas trop vite. Je dis, au contraire, de pratiquer la thoracentèse dès que le mouvement phlegmasique est tombé, et cela, même dans les petits épanchements, et j'ai la conviction profonde que cette pratique vous procurera de réels succès. Que si, par malheur, l'épanchement se reproduit, vous saurez qu'il n'y a aucun inconvénient à répéter l'opération, en ayant soin de vous servir des appareils que je vous montrerai aujourd'hui.

Retenez donc, messieurs, ce fait que l'innocuité du procédé bien appliqué est absolue, et s'il y a eu des accidents dans les cas de thoracentèse ordinaire, si le poumon, le foie ont été lésés, sachez bien qu'il faut mettre ces résultats fâcheux, non sur le compte de la méthode, mais sur celui des opérateurs dont la maladresse seule doit être incriminée, et n'en rendre pas responsable un moyen de traitement qui a déjà rendu tant de services, et qui est appelé à en rendre encore tant.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 13 avril 1872.
(2) Woillez, *Union médicale*, n° 43, avril 1872.

D'après ce que je vous dis là, messieurs, vous voyez que je ne partage pas l'avis de mon honorable ami M. Roger, qui, se basant sur des observations relevées chez les enfants, conseille de faire la thoracentèse rarement dans les grands épanchements et jamais dans les épanchements médiocres ou petits. C'est la doctrine opposée, en quelque sorte, que je veux développer et soutenir devant vous.

Je vous disais, il y a quelques jours, que l'emploi du trocart capillaire nous permettrait dorénavant de donner à la pratique de la thoracentèse une plus large extension, attendu que son calibre le rend encore plus innocent que le trocart ordinaire : il m'a suffi d'émettre cette pensée, pour voir surgir immédiatement autour de moi le concours actif de nombreux inventeurs, et pour qu'on vînt de suite me communiquer à ce sujet des faits en grand nombre.

J'ai donc pu étudier une quantité considérable d'appareils et recueillir de nombreux renseignements. Encore là ce fait d'observation vulgaire s'est produit, et le mouvement a appelé le mouvement.

Pour vous montrer comment la thoracentèse agit lorsqu'elle est pratiquée dans les cas de petits épanchements, je vais immédiatement vous faire l'histoire des malades sur lesquels je l'ai pratiquée, sous vos yeux, depuis nos dernières réunions. Ces faits seront, pour tout ce que je pourrai vous dire, une base solide et capable de vous servir de point d'appui contre les dires plus ou moins aventureux que vous pourrez recueillir.

Obs. I. — V... (Louis), âgé de 46 ans, commissionnaire, est couché au n° 24 de la salle Sainte-Jeanne. Il est entré à l'hôpital le 17 mars. C'est une homme vigoureux qui ne tousse pas habituellement. Trois semaines avant son entrée, il a éprouvé un léger refroidissement, mais, néanmoins, il continua son travail jusqu'au 7 mars, s'affaiblissant un peu, transpirant la nuit, mais n'ayant ni toux, ni expectoration.

Le 7 mars, en changeant de linge, il ressentit une douleur vive dans le côté droit de la poitrine, et il eut un frisson assez violent ; il garda le lit, puis il se releva au bout de six jours.

C'est le 17 mars qu'il entrait à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Frémy, et, le 29 mars, on le faisait passer dans les salles de la clinique.

A cette date, le malade était bien observé ; on constatait chez lui un certain mouvement fébrile; 96 pulsations, 24 respirations et 39°,4, température axillaire. Le pouls était assez fort ; la toux peu fréquente ; il y avait une expectoration insignifiante.

Le 30 mars, la matité occupait, en arrière, les deux tiers, moyen et inférieur, du côté droit ; dans les mêmes limites, on entendait un souffle doux, qui était perçu jusqu'en bas. La voix, à l'auscultation, présentait le timbre œgophone.

Selon le précepte donné par M. Hirtz, sur lequel j'ai tant insisté dans une des précédentes séances, tout nous faisait prévoir que l'épanchement devait être peu abondant, et, de plus, l'opération de la thoracentèse, pratiquée avec le trocart habituel, pouvait ne pas être sans quelques inconvénients, puisque le poumon semblait peu éloigné de la paroi thoracique. Néanmoins, à cause des motifs que je vous ai exposés tout à l'heure, je résolus de faire l'opération, seulement en employant l'appareil aspirateur de M. Castiaux, pourvu de son trocart capillaire. Étant donnés les signes stéthoscopiques constatés, je comptais voir sortir de la poitrine 500 ou 600 grammes de liquide seulement ; nous en retirâmes, à l'aide de l'appareil, dans un temps assez court, 2,400 grammes.

Ce liquide, de couleur jaune citrin, laissa échapper à sa surface dans l'appareil un grand nombre de petites bulles fines ; il contenait 25 centigrammes de fibrine et 45 grammes d'albumine pour 1,000 grammes de sérosité ; il était donc très-pauvre en fibrine, tandis qu'il renfermait, par contre, une forte proportion d'albumine.

Comparé au liquide pleurétique, extrait chez un autre malade, le 15 mars, malade dont je vous ai déjà parlé, au lieu de 65 grammes de fibrine par 1,000 grammes, il n'en contient que 25 centigrammes seulement; et au lieu de 24 grammes d'albumine, il renfermait 45 grammes de cette substance.

Une fois l'opération terminée, le malade se trouva mieux, et respira plus facilement; le souffle disparut, et lors d'une quinte de toux, on put entendre des râles sous-crépitants à la partie inférieure du thorax, preuve que le poumon s'était dilaté assez complétement.

Le pouls tomba bientôt à 80, puis à 76; la température à 38°,7, puis 38°; en un mot, le malade fut rapidement amélioré. Néanmoins le 4 avril, voyant encore persister un peu de liquide dans le tiers inférieur avec matité, souffle léger et égophonie douteuse, je fis appliquer par précaution un vésicatoire, dont, vous le voyez, je n'ai pas une horreur absolue, mais dont je reconnais souvent l'insuffisance, quand le liquide est abondant.

Aujourd'hui, ce malade est guéri; il aurait pu déjà quitter l'hôpital, si je n'avais tenu à vous montrer la solidité du résultat favorable que nous avons obtenu chez lui (1).

Dans ce cas, l'opération a été pratiquée avec beaucoup de facilité; de plus, grâce au vide fait dans l'appareil et à l'aspiration continue qu'il a exercée, il fut possible de retirer de la poitrine une bien plus grande quantité de liquide qu'on n'aurait pu le supposer d'abord.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 octobre 1872 (2). — Présidence de M. Barth.

LECTURE

Infection putride aiguë. — M. MAURICE PERRIN, candidat pour la section de médecine opératoire, lit un mémoire sur l'infection putride aiguë.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les plaies contuses, surtout lorsqu'elles sont compliquées de fractures ou d'épanchements de sang interstitiels, exposent à un ordre d'accidents graves qui ne peuvent être attribués qu'à une intoxication de blessé par la plaie en voie de décomposition putride.

2° L'état putride de cette dernière est indiqué par la couleur et surtout par l'odeur fétide des liquides qu'elle produit.

3° L'intoxication qui en est la conséquence, préjugée par l'état local de la blessure, se démontre par ses effets qui sont : d'une part, l'évolution du processus gangréneux, non justifié par les lésions vasculaires primitives, et qui débute par un œdème profond, progressif, et aboutit rapidement au sphacèle avec ou sans production gazeuse apparente; d'autre part, des troubles généraux semblables à ceux que provoquent les altérations septiques du sang.

4° Cette intoxication, en raison de la nature bien définie de sa cause, de l'uniformité de ses symptômes, et de sa ressemblance si complète avec les effets développés spontanément ou provoqués chez les grands animaux sous l'action de produits putrides, nous paraît devoir être désignée sous le nom d'infection putride aiguë, voulant ainsi spécifier une forme particulière et accidentelle des complications des plaies.

5° L'infection putride aiguë ne saurait être attribuée à la violence même du traumatisme : il suffit pour la produire qu'il y ait dans la plaie des matières organiques solides ou liquides, destinées à la décomposition putride et à l'élimination.

6° Pour ce motif et prenant en considération les traits de ressemblance qui existent entre les faits dont il est question ici et d'autres faits désignés sous le nom d'emphysème traumatique, et attribués à l'action directe et primitive d'un traumatisme excessif, nous pensons que les uns et les autres peuvent être légitimement attribués à une même cause d'infection putride aiguë.

7° Contre de tels accidents, le traitement doit être préventif et avoir pour but, d'une part, de neutraliser la matière putrescible, et d'autre part, d'opposer une barrière aussi complète que possible à sa pénétration dans l'économie, sans toutefois provoquer de profondes désorganisations.

8° L'alcool suffisamment concentré employé en irrigations continues et dirigées de telle sorte que toutes les parties condamnées à l'élimination soient baignées et en quelque sorte macérées par le liquide, nous paraît être l'agent thérapeutique le mieux approprié à la circonstance.

9° Comme il est impossible de connaître, *à priori*, les blessures exposées à l'infection putride ni le moment où celle-ci se produit, il est indiqué d'instituer les irrigations alcooliques immédiatement après l'accident et chez tous les blessés atteints de plaies contuses, surtout si elles sont étendues, profondes et compliquées, soit de fractures, soit d'épanchements de sang interstitiels.

10° Les irrigations alcooliques doivent être continuées sans relâche jusqu'à la fin de la période infectieuse des plaies, c'est-à-dire jusqu'à ce que la surface traumatique soit recouverte de bourgeons charnus.

11° Les irrigations faites ainsi peuvent être employées conjointement avec toutes les méthodes usitées dans le traitement des fractures, des résections, etc.

Si l'on donne la préférence, par exemple, aux appareils inamovibles, métalliques, plâtrés, etc., il suffit, pour instituer les irrigations, de faire passer le tube irrigateur à travers les parois de l'appareil.

12° L'alcool, par la réfrigération des tissus qu'il produit, modère les réactions locales, rend les plaies insensibles, et semble prévenir le développement des accidents inflammatoires.

Le mémoire de M. M. Perrin est renvoyé à la section de médecine opératoire constituée en commission d'élection.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 octobre 1872. — Présidence de M. Trélat.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — L'*Union médicale*; — La *Gazette hebdomadaire*; — Le *Bordeaux médical*.

— Un travail pour le prix Laborie intitulé : *Recherches expérimentales sur la capsule du cristallin; applications chirurgicales*. Ce travail a pour épigraphe : *Laboremus*.

Tumeur fibreuse du sein. — M. MONTEILS (de Mende), membre correspondant, adresse l'observation suivante avec la pièce à l'appui.

Tumeur énorme du sein droit; accroissement lent et sans douleur durant vingt ans. — Marche galopante subite accompagnée de douleurs lancinantes au bout de ce temps.

Le 1er mars 1872 entre, à l'hôpital de Mende, la nommée Seguin, mariée, âgée de 72 ans, taille moyenne, constitution bonne, tempérament sanguin.

(1) Le malade est sorti de l'hôpital le 23 avril 1872. On notait alors : submatité à la base en arrière. Pas de souffle ni d'égophonie. La respiration s'entend jusqu'en bas, bien qu'un peu faible. Sur le côté existe un bruit un peu rugueux et comme frottant. L'état général est excellent. *Exéat.*

(2) Fin. — Voir le dernier numéro.

Aucune maladie héréditaire dans sa famille.

Cette femme, abondamment réglée jusqu'à l'âge de 58 ans, n'a pas eu d'enfant.

Dans le courant de l'année 1852, elle a vu son sein droit augmenter progressivement de volume.

La tumeur a insensiblement grandi, n'offrant comme douleur que la sensation de tiraillement causée par son poids.

Cet état de calme relatif s'est, sans cause connue, subitement modifié en février dernier.

A la lenteur de son évolution a succédé une marche rapide, et à son insensibilité un endolorissement des plus marqués. La malade se plaint de vifs et fréquents élancements dans la tumeur.

A son entrée à l'hôpital, elle est dans l'état suivant : teint frais, embonpoint, appétit; pouls normal, forces conservées.

Le sein droit, maintenu et supporté par un suspensoir, est représenté par une tumeur volumineuse, obliquement dirigée en bas et en dehors; recouverte par de la peau à l'état normal en son milieu et parcourue de nombreuses arborisations veineuses à sa périphérie.

Lisse et mobile sur les tissus sous-jacents, la peau ne leur est intimement adhérente qu'au niveau du mamelon déprimé et comme enfoncé dans ce qui fut la glande mammaire. La surface de la tumeur est irrégulière et offre trois principales bosselures, disposées verticalement, très-consistantes et unies l'une à l'autre. Sa circonférence est de 54 centimètres; sa hauteur, de 22 centimètres; sa largeur, de 19 centimètres. Elle est mobile, sur la paroi thoracique, sauf le long du bord externe du grand pectoral, auquel elle adhère complétement.

Une des particularités qui fixe le plus l'attention, est l'absence, dans l'aisselle et sous la clavicule, de toute espèce d'engorgement ganglionnaire.

Quelle est la nature de cette tumeur, dont il est cependant urgent de pratiquer l'extirpation?

Si la lenteur de son évolution jusqu'à ces derniers mois, l'absence de tuméfaction ganglionnaire, la mobilité de la peau à sa surface, empêchent de croire à la malignité de sa nature; d'autre part, en faveur de cette hypothèse, militent la rapidité et le volume de son accroissement, ainsi que l'intensité des douleurs lancinantes dont elle est le siége.

Faut-il admettre sa bénignité primitive et plus tard sa dégénérescence complète, ou bien le développement subit et inexpliqué, au milieu de ce tissu si longtemps inoffensif, d'éléments nouveaux propres à infecter rapidement l'économie?

L'opération, à cause de sa nécessité et de son urgence, a lieu le 4 mars.

Une double incision curviligue circonscrit la tumeur selon son axe principal.

Celle-ci s'énuclée facilement, sauf au niveau du bord externe du grand pectoral, dont il faut emporter, avec le bistouri, quelques fibres.

Violente hémorrhagie; nombreuses ligatures d'artères; badigeonnage de la plaie avec le perchlorure de fer liquide; points de suture à longue portée pour rapprocher les lèvres de cette vaste plaie.

La tumeur enlevée pèse 2 kilogrammes; elle paraît composée de lobules, entourés d'une membrane enveloppante. Chaque lobule est réuni au lobule voisin par un tissu de constitution différente. Tous offrent une dureté squirrheuse.

La cicatrisation de cette plaie considérable s'est opérée régulièrement, et, vers le 3 mai, deux mois après, la malade est sortie de l'hôpital complétement guérie.

Deux conclusions ressortent de cette observation : l'une est relative au rapport, depuis longtemps signalé, qui existe entre, d'une part, la bénignité d'une tumeur, et, d'autre part, la motilité constante de la peau qui la recouvre et l'absence d'engorgement des ganglions voisins; la seconde permet d'affirmer que, sous l'influence de causes diverses et difficiles à apprécier, la tumeur la plus bénigne peut revêtir la forme et parcourir l'évolution des tumeurs primitivement malignes et infectieuses.

M. DESPRÉS. M. Monteils m'ayant prié de compléter son observation par un examen histologique, j'ai ajouté la note qui suit :

La tumeur est formée de deux lobes : le premier, bien limité, arrondi, d'une dureté osseuse, ancien, offre à l'examen des lames crétacées, osseuses, entourant du tissu fibreux; les masses crétacées osseuses présentent de rares ostéoplastes, qui forment des séries irrégulières. Le tissu fibreux est net et il existé dans tous les points non ossifiés de cette partie de la tumeur; quelques rares cellules ont l'appparence du cartilage.

Le second lobe de la tumeur est multilobé, et ses lobes viennent se réunir intimement au niveau de la partie centrale de la mamelle. Ils offrent tous la même apparence; à la coupe, il y a des petits espaces au milieu de tractus de consistance fibreuse. Dans tous les points, on ne trouve avec le grossissement de 250 diamètres que du tissu fibreux pur et quelques éléments fibro-plastiques fusiformes dans quelques points. J'ai cru trouver des éléments glandulaires normaux; mais aucune préparation ne m'a semblé tout à fait nette. La tumeur n'ayant pu être examinée à l'état frais, il faut rester dans le doute à cet égard.

Dans sa partie la plus ancienne, la tumeur paraît être un fibrome ossifié ou calcifié.

Dans sa partie la plus volumineuse, la tumeur paraît être une hypertrophie des éléments fibreux de la mamelle.

COMMUNICATIONS

Sur les ponctions capillaires évacuatrices des articulations. — M. DIEULAFOY lit un travail sur ce sujet. (Commissaires: MM. Verneuil, Cruveilhier, Desprès.)

Remarques sur le traitement de la syphilis par les mercuriaux. — M. SPILMANN lit un travail sur ce sujet. (Commissaires, MM. Després, Sée, Duplay.)

Kéloïdes cicatricielles du col de l'utérus. — M. CAZIN lit un travail sur ce sujet. (Commission, MM. Marjolin, Tarnier, Dubrueil)

Fistule vésico-vaginale chez une enfant de 9 ans (suite de calcul vésical). — M. CAZIN lit un travail sur ce sujet. (Commission déjà nommée.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Polype du rectum. — M. DUBRUEIL présente une pièce sur ce sujet.

Il y a six mois, je vis à l'infirmerie de l'hospice des Ménages un vieillard de 70 ans, portant une énorme tumeur du rectum. La tumeur faisait saillie à l'extérieur. Je ne pus, en l'explorant, arriver à reconnaître son point d'implantation, et je me bornai, pour tout tout traitement, à prescrire des purgatifs pour assurer et faciliter les évacuations alvaires. Ce vieillard est mort il y a quelques jours, et voici la pièce. On voit que la tumeur a en grande partie disparu; elle s'est désagrégée ; mais il reste le pédicule, et l'on voit qu'il siége sur la partie antérieure du rectum, à 13 centimètres de l'anus, c'est-à-dire sur un point enveloppé par le péritoine.

Il est probable qu'une opération faite pour débarrasser le malade de sa tumeur aurait déterminé une péritonite.

Cette tumeur était un sarcome.

Rétrécissement du rectum. — M. LANNELONGUE présente le rectum provenant d'un malade qui a succombé à la suite d'une simple exploration d'un rétrécissement du rectum qu'il avait pratiquée avec le doigt. Le malade avait été pris de péritonite presque immédiatement.

A l'autopsie, on a trouvé une péritonite du petit bassin. Il y avait une petite perforation d'une petite poche qui contenait du pus et qui faisait communiquer la dilatation du rectum, au-dessus du rétrécissement, avec le péritoine. Ce rétrécissement était un rétrécissement fibreux chez un syphilitique.

M. CHASSAIGNAC. — J'ai publié, dans ma *Médecine opératoire*, un fait du même genre où, après une exploration avec le doigt, une inflammation péritonéale avait emporté le malade. J'ai insisté sur ce fait pour dire qu'il fallait les plus grands ménagements lorsqu'on explorait le rétrécissement du rectum.

Étranglement interne par un diverticulum de l'intestin. — M. ÉD. CRUVEILLER montre une pièce relative à ce sujet et dépose l'observation suivante :

L... (Gustave), âgé de 22 ans, entre dans le service de M. Richet, suppléé par M. Cruveilhier, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, nº 46, le 22 septembre 1872, à dix heures du matin. Il est très-fortement musclé et d'une constitution robuste; bonne santé habituelle; digestion facile, selles régulières et normales. Jamais il n'a eu de hernie.

Il y a huit mois, au retour de l'armée, il a eu une dysentérie qui a duré un mois et dont il s'est complétement rétabli; jamais depuis il n'a rendu de sang par l'intestin; il n'a pas d'hémorroïdes.

Le jeudi 26 septembre, arrivé à Paris depuis quelques jours, il est pris subitement dans l'après-midi d'une douleur intense dans la région iliaque droite. La veille, il avait été légèrement indisposé ; il avait eu une selle demi-liquide; le matin du 26, il avait pris pour son déjeuner deux œufs; depuis longtemps, il n'a pas mangé de fruits à noyaux; il n'a avalé aucun corps étranger.

Le soir, il prend un purgatif qui amène des vomissemeuts et pas de selles.

Le vendredi 27, les vomissements reviennent; ils sont verdâtres, sans odeur; la douleur augmente.

Le samedi, les vomissements deviennent acides, d'une odeur désagréable. Le malade entre dans le service de M. Fremy, à l'Hôtel-Dieu; on constate, le soir, des vomissements fécaloïdes et l'absence complète de selles.

Un lavement purgatif amène l'issue de quelques bouchons muqueux venant du gros intestin; pas de sang.

Le lundi 20, le malade est amené dans notre service, où nous constatons l'état suivant :

Les selles sont complétement supprimées depuis jeudi.

Vomissements abondants, fécaloïdes, jaunâtres, répandant une odeur infecte, indiquant par leur nature qu'ils viennent de la partie inférieure de l'intestin grêle.

Battement du ventre général et uniforme ; pas de saillies dessinant des anses intestinales; sonorité générale; un peu de submatité dans la fosse iliaque droite, au niveau de laquelle la douleur est très-vive ; en ce point, on sent un empâtement mal circonscrit.

Les anneaux sont libres ; aucune trace de hernie ancienne ou récente.

Le toucher rectal donne des résultats négatifs.

Le pouls est à 112, large et régulier; la température rectale à 38°,4.

La gastrotomie est décidée pour aller à la recherche de l'étranglement; M. Cruveilhier s'appuie sur l'impuissan ce des traitements antérieurs et l'urgence extrême de la situation: le malade ayant quelques signes du début de la péritonite généralisée.

Opération. — A deux heures de l'après-midi, le malade est chloroformisé, une incision est pratiquée sur la ligne médiane, depuis le pubis (la vessie préalablement vidée) jusqu'à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic ; on lie quelques artérioles, et on prend toutes les précautions possibles pour empêcher le sang de tomber dans l'abdomen.

Aussitôt que le péritoine est ouvert, les anses antestinales font hernie à travers la plaie, qu'on agrandit jusqu'à l'ombilic, puis jusqu'au creux épigastrique; les anses intestinales sont rouges, injectées, quelques-unes couvertes de pus et de fausses membranes ; on trouve dans le péritoine un liquide séro-purulent assez abondant ; on perçoit très-manifestement une odeur de matière fécale.

Après avoir essayé de vider les anses intestinales par des ponctions capillaires avec aspiration, on les explore les unes après les autres pour découvrir le siége de l'étranglement. Toutes étaient distendues par des gaz.

On constate alors dans la fosse iliaque droite une tumeur formée par des anses intestinales, agglutinées par des fausses membranes qui se déchirent très-facilement ; on trouve une anse rouge, congestionnée, qui paraît l'anse étranglée, et qui s'engage dans une autre anse passant perpendiculairement devant elle et formant une sorte de nœud ou d'anneau constricteur, de la largeur du doigt et très-résistant.

L'extrémité de l'index introduit entre cet anneau et l'anse, qui semblait passer au-dessous, ne peut le dilater, ni le faire céder ; on suppose qu'on a là un véritable nœud, et on cherche à réduire en refoulant l'anse engagée et en opérant des tractions. Tous les efforts sont inutiles. On est obligé alors de renoncer à lever l'étranglement, puisque on suppose qu'il est formé par l'intestin lui-même ; on établit alors un anus artificiel, en fixant l'intestin au-dessus du pubis, à la partie inférieure de la plaie, qui est amenée par deux sutures, l'une profonde, l'autre superficielle.

Application de glace sur le ventre. — Pouls : 146; T. R. : 39°,4.

Les vomissements continuent. Le malade meurt sept heures après l'opération.

Autopsie trente-six heures après la mort.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoula un liquide séro-purulent ; les anses intestinales sont rouges, violacées, agglomérées en quelques points par des fausses membranes. En examinant l'intestin dans toute son étendue avec le plus grand soin, on reconnaît que la partie inférieure de l'intestin grêle s'engage sous un anneau qui a formé un étranglement complet ; il est impossible de faire reflu du liquide ou des gaz au-dessous de cet anneau ; la séreuse d l'anse étranglée est ulcérée, et on trouve deux sillons indiquant sur la séreuse les limites de l'étranglement. Il n'y a pourtant pas de perforation sur ce point. En prenant cette circonvolution intestinale au-dessous de l'anneau constricteur, et en la suivant, on parcourt ainsi une longueur de 35 centimètres, et on revient alors au niveau de l'étranglement ; on s'aperçoit alors que du bord interne de l'intestin part, à ce niveau, un diverticulum qui constitue précisément l'agent de l'étranglement ; que ce diverticulum, large et évasé à son origine (1 demi-centimètre), va en diminuant jusqu'à son extrémité inférieure ; qu'il décrit une demi-circonférence en se dirigeant d'abord en haut et à gauche, puis en bas, et enfin à droite, pour aller se fixer par son extrémité, par des adhérences molles et faciles à déchirer, au détroit supérieur du bassin, au niveau où le muscle Pavas droit plonge dans l'excavation, en dedans de l'extrémité inférieure du cœcum et de son appendice ; et qu'enfin cette bride, longue de 10 à 12 centimètres, ainsi fixée par ses deux extrémités, d'une part à l'intestin, d'autre part aux parois abdominales, a produit une sorte de *vive arête*, sur laquelle l'intestin s'est étranglé.

Deux petites perforations gangréneuses existent au point d'origine du diverticulum sur l'intestin ; une autre à son extrémité, au point où elle est fixée sur le détroit inférieur. Les perforations, qui existaient avant l'opération, laissent sortir des matières intestinales. L'anse intestinale communique avec la cavité du diverticulum par une très-large ouverture infundibuliforme.

Ainsi trois faits ressortent de cette observation :

1° La largeur du diverticulum démontrant pourquoi il a pu être pris pendant l'opération pour l'intestin lui-même;

2° La possibilité, si on avait reconnu la nature de la bride, de lever l'étranglement en déchirant les adhérences de l'extrémité du diverticulum à la paroi ;

3° La nécessité d'agir promptement, puisque dans ce cas, le quatrième jour après le premier signe d'étranglement (douleur), nous avons, pendant l'opération, constaté déjà une perforation intestinale et une péritonite généralisée qui ne laissaient aucun espoir pour la guérison spontanée.

M. DUBRUEIL. Dans un cas analogue, j'ai enlevé l'obstacle au cours des matières, j'ai pratiqué un anus artificiel et fixé les deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale. Le malade a succombé.

M. TRÉLAT fait remarquer que l'étranglement interne de l'intes-

tin a lieu par un véritable anneau. Les adhérences qui unissaient le diverticule de l'intestin à l'intestin et à la paroi du bassin constituent le complément de l'anneau formé en partie par le diverticule de l'intestin, en partie par le bout inférieur de l'intestin.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 5 juillet 1872. — Présidence de M. GROS, président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance imprimée comprend :

1° Le *Marseille médical* de juin 1872;

2° Le compte rendu des travaux de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse, de juin 1871 à mai 1872;

3° La *Revue médicale de Toulouse* de juin 1872 ;

4° Recherches expérimentales sur l'absorption des liquides à la surface et dans la profondeur des voies respiratoires, par MM. les docteurs Paul Delmas et Louis Sentex ;

5° Étude statistique et clinique sur les positions occipito-postérieures, par M. le docteur Louis Sentex;

6° Considérations sur l'amniotite, par le docteur Louis Sentex.

Notre collègue M. Lunier fait hommage à la Société de son deuxième mémoire sur le rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation du nombre des cas de folie et de suicide.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les liqueurs spiritueuses et particulièrement celles qui sont fabriquées avec les alcools de betterave et de grains tendent sur tous les points de la France, à se substituer aux boissons naturelles, telles que le vin et le cidre.

2° Dans les départements où le cidre était naguère la seule boisson connue, la consommation et par suite la production tendent à diminuer.

3° Dans ces mêmes départements et en général dans tous ceux qui ne récoltent que peu ou pas de vin, la consommation des vins ordinaires, qui commençait à y pénétrer avec l'aisance, ne peut plus aujourd'hui soutenir la concurrence avec les alcools du Nord, dont le bon marché tend à généraliser la consommation.

4° Les alcools d'industrie, qui n'étaient consommés d'abord que dans quelques départements du Nord, tendent depuis une vingtaine d'années à s'étendre de proche en proche dans toute la France.

5° Considérée dans l'ensemble du pays, la consommation de l'alcool a presque doublé de 1849 à 1869; elle est aujourd'hui de 2 lit. 54 par tête.

6° Dans la même période, ou plus exactement de 1857 à 1868, le nombre relatif des cas de folie de cause alcoolique a augmenté de 59 p. 100 chez les hommes et de 25 p. 100 chez les femmes.

7° Dans les départements qui ne récoltent ni vin ni cidre, mais produisent de l'alcool, la consommation annuelle s'est accrue en vingt ans de 3 lit. 46 à 5 lit. 88 par tête.

Dans ces mêmes départements, la proportion des cas de folie de cause alcoolique s'est accrue de 9.72 à 22.31 p. 100 chez les hommes et de 2.77 à 4.14 chez les femmes.

8° Dans les départements qui ne récoltent pas de vin, mais qui produisent à la fois du cidre et de l'alcool, la consommation de l'alcool par tête s'est accrue en vingt ans de 5 lit. 50 à 8 lit. 50.

Dans ces départements, la proportion des folies alcooliques, déjà très-forte en 1856, a doublé chez les hommes et n'a pas sensiblement augmenté chez les femmes.

9° Dans ceux qui ne produisent ni vin ni alcool, mais récoltent du cidre, la consommation de l'alcool, qui n'était que de 2 lit. 43 en 1847, est aujourd'hui de 4 lit. 08.

C'est dans ces départements que la proportion des cas de folie de cause alcoolique atteint les chiffres les plus élevés, surtout chez les femmes.

Elle était déjà, en 1856, de 16.44 p. 100 chez les hommes et de 4.06 chez les femmes, et elle est aujourd'hui de 28.53 et de 9.18 p. 100.

10° Dans les départements qui ne récoltent ni vin, ni cidre, ni alcool, la consommation s'est accrue de 1 lit. 49 à 2 lit. 69.

La proportion des folies alcooliques s'est élevée de 7.37 à 10.23.

11° Dans ceux qui récoltent à la fois du vin et de l'alcool de vin, la consommation qui était de 53 centilitres en 1849, n'est encore aujourd'hui que de 1 litre par tête.

Le nombre relatif des folies alcooliques ne s'est accru que de 7.63 à 11.40; les maladies mentales consécutives aux excès de boissons y sont relativement rares chez les femmes.

12° Dans ceux qui récoltent du vin et des alcools d'industrie, la consommation de l'alcool, déjà élevée en 1849, a presque doublé depuis vingt ans.

Le chiffre relatif des folies alcooliques a doublé chez les hommes et a augmenté chez les femmes dans la proportion de 5 à 7 (2.55 à 3.43).

13° Dans les départements qui récoltent du vin, mais ne fabriquent pas d'alcool, la consommation annuelle de l'alcool s'est accrue en vingt ans de 1 litre 75 à 3 lit. 92 par tête dans ceux qui consomment du cidre, et de 69 centil. à 1 lit. 30 dans les autres.

Dans les premiers, les folies alcooliques ont augmenté chez les hommes dans la proportion de 20 à 25, et dans les seconds, de 9.60 à 16 p. 100. Chez les femmes, l'augmentation dans les deux groupes n'a été que de 2 à 2.60 p. 100.

14° La consommation de l'alcool et le chiffre relatif des folies alcooliques ont donc plus particulièrement augmenté, toutes choses égales d'ailleurs, dans les départements qui récoltent et consomment du cidre.

15° Dans quelques départements où l'on boit relativement beaucoup de vin blanc et peu de boissons spiritueuses, comme dans la Vendée, les folies alcooliques paraissent aussi communes que dans ceux où l'on consomme surtout de l'alcool ; mais dans les premiers, contrairement à ce qui se passe dans les autres, les folies alcooliques sont relativement très-rares chez les femmes.

16° Les excès de boissons n'agissent pas seulement en déterminant des accès de *delirium tremens* ou de folie alcoolique, mais aussi en plaçant les parents, au moment de la conception, dans des conditions toutes particulières, qui ont une influence fâcheuse sur la santé physique des enfants et sur leur développement intellectuel et moral.

17° L'accroissement du nombre des suicides a suivi partout en France l'augmentation de la consommation des boissons alcooliques.

18° L'influence des excès de boissons, et notamment des boissons spiritueuses sur la production des maladies mentales et du suicide n'est point un fait particulier à la France; elle a été observée dans tous les pays, et notamment dans ceux qui consomment le plus d'alcool, tels que les États Unis, l'Angleterre, l'Irlande la Suède, le Danemark, la Russie, l'Allemagne, la Hollande et la Belgique.

La correspondance écrite comprend une lettre de M. Louis Sentex, de Saint-Sever, demandant à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant.

Une commission composée de MM. Lagneau, Chausit et Duroziez, rapporteur, est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. le docteur Louis Sentex.

M. CHAUSIT demande la parole à propos du procès-verbal de la dernière séance. Il pense que M. Peter est dans l'erreur en disant que, toujours la névralgie précède le zona; il y a des éruptions de zona qui ne sont pas précédées de douleurs névralgiques.

M. DUROZIEZ. On admet que le zona existe sur le trajet des nerfs,

mais on ne veut pas dire qu'il y ait toujours névralgie dans le zona.

M. LUNIER. Le rapport entre le symptôme douleur et l'éruption est fréquent, mais n'est pas obligé.

L'ordre du jour rappelle la suite de la discussion sur la lecture de M. Gillebert d'Hercourt, sur les dangers des voyages immédiatement après le mariage.

M. FORGET. Après le mariage, c'est souvent à Rome que les jeunes époux vont passer la lune de miel; le climat de Rome est très-dangereux pour les étrangers, il y règne des affections typhoïdes et palustres; les médecins ne doivent pas craindre de le dire à leurs clients : il y a des époques de l'année où les étrangers peuvent sans crainte entreprendre le voyage de Rome, c'est en avril ou mai, et en septembre ou octobre.

Passant à un autre ordre d'idées, M. Forget raconte le cas suivant : une jeune femme charmante, la fille d'un peintre distingué, part le jour même de son mariage pour voyager avec son mari; celui-ci ne la quittait pas d'un instant, elle resta trois semaines sans aller à la selle : cette constipation opiniâtre amena une distension énorme du rectum, suivie d'une péritonite, dont la jeune femme mourut.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire annuel : AD. TISSIER.

ÉCOLE-VÉTÉRINAIRE DE LYON

Liste des candidats admis en octobre 1872.

1. Sauvageot (Côte-d'Or). — 2. Debrade (Cher). — 3. Billet (Allier). — 4. Racine (Doubs). — 5. Chavez (Doubs). — 6. Lécuyer (Saône-et-Loire). — 7. Toupel (Lozère). — 8. Provent (Belfort). — 9. Auberger (Allier). — 10. Stukzinski (Haute-Saône). — 11. Charlois (Cher). — 12. Bouant (Cher). — 13. Granon (Drôme). — 14. Lauret (Nièvre). — 15. Roussel (Rhône). — 16. Simonet (Vosges). — 17. Chaigneau (Deux-Sèvres). — 18. Vagnier (Vosges). — 19. Testé (Indre). — 20. Charton (Vosges). — 21. Repiquet (Nièvre). — 22. Viala (Haute Loire). — 23. Guillaumet (Côte d'Or). — 24. Michel (Vosges). — 25. Phal (Côte-d'Or). — 26. Rouillot (Saône-et-Loire). — 27 Patey (Haute-Saône). — 28. Grad (Alsace). — 29. Palegois (Côte-d'Or). — 30. Bégin (Bouches du Rhône).

31. Rousseau (Louis) (Creuse). — 32. Eyries (Vaucluse). — 33. Mousseron (Algérie). — 34. Rousseau (Auguste) (Côte-d'Or). — 35. Beaumon (Côte d'Or). — 36. Frochot (Saône-et-Loire). — 37. Igonet (Drôme). — 38. Ruhlmann (Alsace). — 39. Bouglé (Vienne).

Hôpital de la Charité. — M. le professeur Gosselin reprendra ses leçons de clinique chirurgicale le mardi 5 novembre, à 8 heures du soir.

— M. le professeur G. Sée reprendra, à la Charité, le cours de clinique, le vendredi 8 novembre, à 9 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure; la visite des malades se fera à 8 heures.

Ce semestre sera consacré à l'étude des maladies chroniques, au diagnostic en général, et au traitement des maladies.

PETITE CORRESPONDANCE

M. Paul B..., à Marseille. — Vous avez parfaitement raison.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. HENRI.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
odure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2,151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces,* essentiellement *digestives.* Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ;—PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre................ 1.33
Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux.........................
Chlorure de sodium......................
Matières organiques..................... } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 0,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

HYPOPHOSPHITES

Du Docteur **CHURCHILL**

On prescrit : l'**Hypophosphite de Soude** ou celui de **Chaux**, sous forme de **Sirop**, à la dose de deux ou trois cuillerées par jour dans la **Phthisie** ;

L'**Hypophosphite de Quinine** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux, trois ou quatre par jour, comme **tonique** ou **fébrifuge**;

L'**Hypophosphite de Fer** sous forme de **Sirop**, à la dose de deux à trois cuillerées par jour, contre la **Chlorose**, l'**Anémie**, etc.;

L'**Hypophosphite de Manganèse** sous forme de **Pilules**, à la dose de deux ou trois par jour, dans les cas de **Chlorose** ou **Anémie** *où le fer n'est pas supporté* ;

L'**Hypophosphite d'Ammoniaque** sous forme de **Tablettes**, contre la **Toux**, à la dose de six ou huit par jour.

Prix : **Sirops** et **Pilules** : **4** fr. le flacon.
Tablettes pectorales : **2** fr. la boîte.

Exiger sur toutes les préparations *la signature du Dr Churchill* et l'étiquette marque de fabrique de la Pharmacie SWANN, 12, r. Castiglione, Paris.

SIROP DE DIGITALE
DE LABÉLONYE

Excellent sédatif et puissant diurétique employé avec un succès constant depuis plus de 30 ans par les médecins de tous les pays contre les maladies organiques ou non organiques du cœur, les diverses hydropisies et la plupart des affections de poitrine et des bronches PNEUMONIES, CATARRHES PULMONAIRES, ASTHMES, BRONCHITES NERVEUSES, COQUELUCHE, etc.)

A la pharmacie, 99, rue d'Aboukir (*place du Caire*) à Paris, et dans les principales pharmacies de France et de l'étranger.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée(*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharmns.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

Épilepsie — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose.*

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure.

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES
DE PROTO-IODURE DE FER
ET DE MANNE

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées ont sur tous les autres ferrugineux l'incomparable avantage d'être aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, et, en outre, celui non moins important de ne jamais constiper. — 3 fr. le flacon de 100 dragées.

DRAGÉES D'IODURE DE POTASSIUM

(20 CENTIGRAMMES DE SEL PAR DRAGÉE)

DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées remplacent la saveur dé-agréable de la solution par le goût agréable d'un bonbon; le dosage est des plus commodes, puisque cinq dragées représentent un gramme d'iodure. Enfin la fidélité du médicament est constante, puisqu'au lieu d'être décomposé comme avec la solution, l'Iodure de Potassium arrive dans l'estomac sans avoir subi la moindre altération. — 4 francs le flacon de 100 dragées.

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL
A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN** Pharmacien, Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement des **affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'Eucalyptol (*Essence pure d'Eucalyptus*). — PILULES. — ALCOOLATURE. — CIGARES. — CIGARETTES. — SIROP. — VIN. — BAUME. — LIQUEUR DIGESTIVE, ETC.

Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

ÉMULSION DE GOUDRON VÉGÉTAL DE LE BEUF

Seule préparation contenant le Goudron ni altéré, ni modifié.

M. ADRIAN, dans un travail très-intéressant publié en 1867 (*Bull. de thérap.*, t. LXXII, p. 407), a montré que les *alcalis*, comme les acides, modifient le *goudron* au point de *dénaturer* presque complètement la nature du médicament; il s'ensuit que toutes les *liqueurs concentrées* qui se sont mutuellement copiées, et qui ne sont que des solutés de savon de goudron avec un excès de carbonate de soude, n'offrent plus, comme dit le docteur GUBLER (1), certaines qualités de l'*eau de goudron*, et ne sauraient, par conséquent, remplacer facilement celle-ci dans tous ses usages.

Pour ce motif, le GOUDRON LE BEUF, obtenu par l'intermédiaire d'un corps complètement *neutre*, la Saponine (2), donne un produit qui offre sur tous les autres l'avantage énorme et *absolument indispensable*, de présenter la substance médicamenteuse *ni altérée, ni modifiée*, et possédant toutes les propriétés thérapeutiques qui caractérisent le *goudron naturel.*

Doses : *une cuillerée à café* pour un verre d'eau, ou *une cuillerée à bouche* par litre.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) *Commentaires thérap. du Codex*, par A. GUBLER.— Article GOUDRON VÉGÉTAL, page 143. Paris, 1868.
(2) Principe immédiat contenu dans la *Saponaire* et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraîchissantes. Mais la *Saponine*, corps neutre comme la gomme et le sucre, se trouve en si petite proportion dans cette émulsion (2 millièmes), qu'on peut négliger son action sur l'économie.

CARBONATE ET CITRATE DE LITHINE EFFERVESCENTS
DE CH. LE PERDRIEL

employés avec succès contre la **Goutte**, les **Douleurs rhumatismales** et la **Gravelle.**

GRANULOIDES OU PETITES DRAGÉES DE CARBONATE ET DE CITRATE DE LITHINE

Dosés à **0,05** *centigrammes.*

Exiger le vrai cachet LE PERDRIEL. — Vente en gros : 54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie

Détail : 70, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris, et dans toutes les Pharmacies.

N° 129. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 7 NOVEMBRE 1872. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉ[illegible]ICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un [illegible] 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques [illegible] dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement [illegible]decins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE.— SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. —CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier). — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l'aide de l'écraseur (M. Verneuil).— ACADÉMIE DE MÉDECINE. — École vétérinaire de Toulouse. — Nouvelles.

Paris, le 6 novembre 1872.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons assisté hier, à l'Académie, à l'un des débats les plus confus sur la septicémie. Faute d'un point de départ précis, d'un but bien déterminé et d'une direction logique, cette discussion semble se traîner d'incidents en incidents, de contradictions en contradictions, et s'obscurcir à mesure qu'elle avance. Si bien qu'après maints pourparlers on en vient à se demander, comme l'a fait hier M. Béhier, si l'on s'entend bien, avant tout, sur ce que c'est que septicémie, — faute de quoi on fait d'incessantes pétitions de principe.

Afin de débrouiller un peu ce chaos et de rendre aussi intelligibles que possible les questions quasi-énigmatiques qui se sont croisées hier une heure durant dans l'enceinte académique, il est indispensable de reproduire ici en quelques mots les deux points de la communication que M. Davaine a faite dans la séance précédente, et qui a été l'occasion de ce débat ; communication qui semble inaugurer d'ailleurs une phase nouvelle de la question, et dont il nous avait été impossible de donner une idée, même sommaire, dans notre compte rendu, faute d'avoir pu consulter le manuscrit.

Le premier point ou le premier objet de la lecture de M. Davaine a été l'exposé de ses recherches récentes sur la nature de l'empoisonnement par la saumure.

Il y a dix-sept ans, M. Reynal apprenait à l'Académie que la saumure était un poison violent pour un grand nombre d'animaux. Mais les expériences qui avaient servi à établir ce fait ne disaient pas quelle était la substance qui dans ce liquide joue le rôle de toxique. C'est ce que M. Davaine s'est proposé de rechercher dans ses nouvelles expériences.

A défaut de l'analyse chimique, qui n'a rien appris sous ce rapport, de l'examen microscopique qui n'a fait découvrir aucun des champignons ni des spores dont on avait pu soupçonner l'existence dans la saumure, M. Davaine s'est servi, pour résoudre cette question, d'un procédé tout différent de ceux qui avaient été employés jusque-là dans les recherches de cette nature ; il a eu recours aux injections et à son réactif vivant familier, le lapin. Une première et une seconde série d'expériences lui ayant démontré que ce n'était ni au sel de la saumure, ni à l'acide gras qui se forme sous l'influence du chlorure de sodium, qu'il fallait attribuer l'action toxique de la saumure, — ce que M. Reynal avait déjà vu d'ailleurs, — et se fondant sur ce qu'il considère comme expérimentalement établi, savoir que le sang peut contenir le ferment de la putréfaction sans qu'il en ait l'odeur, M. Davaine a été conduit à penser que ce ferment pouvait exister aussi dans la saumure et que c'était lui qui formait son principe toxique. C'est ce qu'il a voulu vérifier expérimentalement. Or, comme pour le sang d'un animal mort à la suite de l'introduction dans ses organes d'une substance putréfiée, qui acquiert par ce fait une virulence extrême, il a constaté, par une troisième série d'expériences, qu'il se formait dans la saumure, malgré la présence du sel marin, un ferment putride qui tue les animaux, soit que ce ferment pénètre par le tube digestif, soit qu'il s'introduise d'une autre manière (par injection).

Voici, en résumé, les deux points que M. Davaine pense avoir établis :

1° Le ferment putride se forme dans une substance qui ne présente aux sens aucun des caractères assignés à la putréfaction ; fait qu'il a déjà constaté dans la septicémie, c'est-à-dire dans la putréfaction des êtres vivants.

2° Le ferment putride introduit dans l'organisme de certains animaux par les voies digestives, aussi bien que par une injection sous-cutanée, tue, non pas seulement le lapin, mais aussi le porc, le cheval, le chien, la brebis et des oiseaux.

Tous ces animaux, ajoute M. Davaine, peuvent donc mourir de septicémie. C'est là la conséquence à laquelle on le sentait arriver et qui lie, comme on le voit, directement cette première partie de sa communication de mardi dernier avec la seconde par laquelle il rentrait de plain-pied dans la question de la septicémie par l'inoculation du sang putréfié.

Il s'agissait, en effet, dans cette deuxième partie de la communication de M. Davaine, de faire connaître le résultat d'inoculations pratiquées avec le sang desséché d'une vache dont on avait cru pouvoir attribuer la mort au charbon. M. Davaine tenait ce sang des mains de M. Magne, qui a donné quelques explications à cet égard à l'Académie dans la séance d'hier, comme on le verra au compte rendu. Il l'a inoculé à des cobayes et à des lapins ; et de ce que ces animaux n'ont point présenté soit pendant les accidents qui se sont manifestés à la suite de ces injections, soit après leur mort les caractères ordinaires de l'affection charbonneuse, il en a conclu que la vache en question était morte non de charbon, mais de septicémie ; reconstituant ainsi

un diagnostic rétrospectif par les résultats mêmes de l'inoculation. Les animaux inoculés étaient morts septicémiques, donc l'animal qui avait fourni la matière d'inoculation avait été lui-même septicémique.

M. Bouley s'est élevé contre ces deux nouvelles conclusions, comme il s'était élevé, au nom de l'observation clinique, contre les conclusions du premier travail de M. Davaine et ses tendances si comminatoires. Cette fois, ce n'est pas au nom seul de la clinique que M. Bouley a protesté, mais au nom de l'expérimentation. Les expériences de M. Bouley, pourra-t-on objecter peut-être, sont trop récentes encore pour être rigoureusement valables : M. Davaine va plus loin ; il conteste que les faits soient assimilables. De là est née une confusion extrême qui a fait prendre successivement la parole à plusieurs membres, pour des motions diverses : M. Verneuil voulant, comme il l'avait exprimé déjà dans l'une des précédentes séances, que les expériences soient régularisées et faites suivant un plan uniforme et dans des conditions identiques, ainsi que l'exige la loi de la méthode expérimentale ; M. Béhier demandant la définition préalable de termes qui faute d'un sens net et précis introduisent la plus grande confusion dans le débat. M. Chauffard exprimant le désir qu'on fasse d'abord le départ des expériences et celui des faits cliniques, quitte pour les rapprocher ensuite avant de conclure.

C'est aussi notre motion.

Qu'on laisse le champ libre aux expériences, sans enchaîner l'initiative ni le choix des procédés de chaque expérimentateur. Quand l'expérimentation aura donné tout ce qu'elle peut produire, on aura des éléments précieux de la solution de la question, mais non point la solution entière. Ce ne sera que par le contrôle réciproque des faits expérimentaux et des faits cliniques qu'on arrivera à réunir tous les éléments de cette solution. Jusque-là toute conclusion est anticipée et frappée d'avance de suspicion.

— L'Académie a entendu dans cette même séance un très-bon rapport de M. Delpech sur un mémoire de M. Hillairet, candidat pour la section d'hygiène, relatif aux accidents inhérents à la préparation et à la fabrication des chapeaux de feutre et aux moyens de les prévenir, et une lecture très-intéressante de M. Luys, candidat pour la section d'anatomie et de physiologie, sur l'anatomie du système nerveux.

On connaît déjà les belles recherches de M. Luys sur le système nerveux. L'idée qui l'a inspiré dans ce nouveau travail a été de donner une confirmation à ses précédentes recherches, en fournissant une expression authentique et impersonnelle des dessins multiples qui sont consignés dans son premier atlas. Dans le but de rendre évidentes les principales conclusions qu'il a précédemment formulées, M. Luys s'est adressé à la photographie, et il a demandé à ses procédés les moyens pratiques d'arriver ainsi à une démonstration en quelque sorte palpable, en faisant saisir par la nature elle-même le secret intime de la structure si inextricable du système nerveux.

Dr Brochin.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

Le hasard, qui favorise souvent les cliniciens, nous amena bientôt un second malade atteint de pleusésie.

(1) Suite. — Voir le numéro du 2-5 novembre 1872.

Obs. II. — Ce malade entrait à l'hôpital le 2 avril 1872. Il est couché au nº 31 de la salle Sainte-Jeanne.

C'est un homme âgé de 37 ans, balayeur; à plusieurs reprises déjà, il a eu des affections pulmonaires. Il y a quinze jours environ, étant enrhumé, il ressentit une vive douleur dans le côté droit de la poitrine, et en même temps il éprouva un frisson très-notable. Il n'a pas remarqué que ses crachats aient été rouges ; il se souvient seulemeut qu'à un moment ils lui parurent verdâtres.

Il se seigna tant bien que mal, ne voyant pas de médecin et attendant tout de la nature. Néanmoins son état empirant, on le fit entrer à l'hôpital le 2 avril.

Il avait 108 pulsations, 40 respirations et 39°,6 (température axillaire); la face était considérablement amaigrie, les joues plaquées de rouge ; la soif vive, le pouls *dicrote*. Toutefois, l'intensité de la fièvre devait être déjà atténuée, car le malade avait de l'*herpès labialis*, qui se montrait sous forme de croûtes desséchées; la langue était blanchâtre, sale et humide. En arrière, à droite, matité dans toute la hauteur de la cavité thoracique ; les vibrations des parois sont très-diminuées lorsque le malade parle à haute voix ; à l'auscultation, souffle doux et égophonie dans les deux tiers inférieurs, seulement le souffle augmente d'intensité dans le tiers supérieur. En avant, il y a un peu de matité au sommet, la respiration y était rude et mêlée de quelques râles fins presque crépitants.

A gauche, la sonorité était un peu exagérée, surtout en avant, et partout la respiration paraissait comme supplémentaire.

Un large vésicatoire fut appliqué à la partie latérale inférieure du côté droit de la poitrine : potion de Todd à 60 grammes ; sinapismes sur les membres inférieurs, lavement huileux.

Le lendemain 4 avril, le malade a un peu reposé, mais il est encore très-souffrant; pouls 104, toujours *dicrote*; température axillaire, 38,2 ; respiration, 32. L'expectoration est toujours abondante, sans caractères spéciaux.

Les signes de la pleurésie sont les mêmes. La mensuration de la poitrine montre que le côté droit est plus dilaté que le gauche; toutefois, il n'y a que 1 centimètre de différence.

A droite, la percussion est toujours douloureuse, et à l'auscultation, outre les signes de la pleurésie, on constate dans le tiers supérieur des râles crépitants non douteux, qui s'étendent jusque dans le creux de l'aisselle. A ce niveau, la voix est bourdonnante, sans nuance œgophone. Il y avait donc là, à n'en pas douter, un point de pneumonie occupant le lobe supérieur droit.

Le 5, les phénomènes du côté de la plèvre étaient les mêmes, comme aussi les râles observés au sommet. On constatait en avant, par la percussion, un bruit de *pôt fêlé* des plus manifestes. En arrière, il y avait, par moment, dans la partie la plus interne de la fosse sus-épineuse, une respiration presque amphorique.

En présence de cet état, nous décidâmes de pratiquer ce même jour la thoracentèse ; elle le fut par M. Castiaux. La ponction exploratrice préalable fut faite dans le huitième espace intercostal. Cette ponction préalable donna issue, dans le petit tube de l'appareil, à une sérosité verdâtre, un peu consistante ; puis on fit ensuite, au même niveau, la ponction évacuatrice à l'aide d'un trocart capillaire. La même sérosité sortit alors, et se rendit dans la carafe, où l'on avait pratiqué le vide : la quantité évacuée fut de 900 grammes environ ; par moments, les fausses membranes obturant l'extrémité de la canule, le liquide ne venait plus, mais l'évacuation reprenait son cours dès qu'on augmentait l'aspiration au moyen de quelques coups de pompe. Néanmoins, vu l'épaisseur et la densité du liquide, l'opération ne fut pas extrêmement facile ; le liquide contenait une forte proportion de leucocytes, ainsi qu'on put s'en assurer par l'examen microscopique, qui fut fait de suite par mon chef de clinique M. Liouville.

Immédiatement après l'opération, je pus entendre des râles, qui se reproduisaient jusqu'aux limites inférieures de la cavité pleurale.

Le malade fut très-soulagé par l'opération ; la température baissa,

tomba à 38°, le pouls descendit à 92. Le malade respirait plus facilement et disait ne plus éprouver de gêne dans le côté droit.

Ici, messieurs, permettez-moi d'ouvrir une parenthèse, et de revenir sur quelques-uns des phénomènes signalés dans cette observation. Et d'abord, je vous ferai remarquer le bruit de *pot fêlé* qui existait chez ce malade, bruit sur lequel j'ai déjà insisté en vous montrant sa fréquence et sa valeur dans les affections non organiques de la plèvre et du poumon; dans ce cas particulier, la théorie que je vous donnais dans une des précédentes séances, était parfaitement d'accord avec les faits observés; il s'agissait, en effet, d'une pleuro-pneumonie; le poumon densifié, repoussé sous la clavicule, transmettait à titre de corps solide le choc de la percussion à l'air contenu dans les grosses bronches et dans la trachée, d'où résultait cette consonnance spéciale, avec renforcement du son, qui constitue ce bruit particulier.

Ce qui nous engageait chez ce malade à agir rapidement, ce n'étaient pas les phénomènes dyspnéiques, d'ailleurs modérés, mais c'étaient et ce *dicrotisme* du pouls, qui dénotait un certain degré de faiblesse, et la présence d'une pneumonie à marche lente, presque insidieuse. De plus, il s'agissait d'un homme atteint déjà plusieurs fois d'affections pulmonaires, chez qui, par conséquent, la suppuration de la plèvre pouvait s'établir très-promptement, ce que l'examen microscopique a pu confirmer dès la première évacuation pleurale, par la présence d'une quantité considérable de leucocytes dans un épanchement assez consistant.

C'est pour ces différents motifs que je me suis décidé à agir rapidement, car il était incontestablement utile de retirer promptement un tel épanchement.

C'est ici surtout, messieurs, qu'il faut reconnaître combien la thoracentèse pratiquée avec le trocart ordinaire, aurait offert de difficultés, le poumon paraissant très-voisin de la paroi thoracique, et de quelle utilité fut l'aspiration, nettement opérée par l'appareil, pour l'évacuation presque complète du liquide.

La plèvre vidée, il nous fut facile, comme je vous le disais, de constater dans presque toute la hauteur de la cavité pleurale, la présence de râles superficiels, ayant le caractère de râles sous-crépitants fins.

Les mêmes signes qui dénotaient, vous le comprenez facilement, la présence d'une phlegmasie pulmonaire, se retrouvaient le lendemain 6 avril; l'épanchement n'avait pas reparu. Mais, je dois le dire, l'amélioration considérable due à l'opération de la thoracentèse, ne se maintint pas, probablement à cause de la persistance de la pneumonie; les phénomènes marchèrent lentement, il est vrai, mais nous vîmes bientôt réapparaître le souffle, l'égophonie, le bruit de pot fêlé et la dyspnée, les râles sous-crépitants fins étant toujours perçus au sommet droit.

Devant ces nouveaux signes d'épanchement, en considération surtout de la réapparition du bruit de pot fêlé au sommet droit, qui dénotait la présence d'un liquide collecté en assez grande quantité, je n'hésitai pas à pratiquer une nouvelle thoracentèse. Elle fut faite le 11 avril, avec le même appareil; le trocart capillaire fut plongé dans le second espace intercostal, en comptant à partir de la douzième côte; on retira 700 grammes de sérosité; celle-ci était plus épaisse, plus verdâtre, ne contenait pas une aussi grande quantité de leucocytes que lors de la première évacuation. Mais ces éléments cellulaires étaient à un degré plus avancé de dégénérescence granulo-graisseuse; la quantité d'albumine était diminuée de moitié, comparativement à ce que donnait l'analyse du premier liquide retiré.

L'amélioration qui succéda à cette seconde ponction, fut encore des plus manifestes; le malade put se coucher sur le côté droit, reposer avec calme; il n'eut plus de dyspnée. Les signes physiques s'étaient modifiés aussi d'une façon très-favorable; le souffle, l'égophonie avaient disparu, et en avant on ne retrouvait plus le bruit de pot fêlé, ce qui vint une fois encore nous fournir une preuve véritablement expérimentale à l'appui de la théorie que je vous exposais sur l'origine de ce bruit.

Cette observation vous démontre donc d'une manière évidente l'innocuité de la double opération qui a été pratiquée; à plusieurs points de vue, la thoracentèse a été utile chez ce malade: d'abord, il s'agissait d'un homme maigre, épuisé, d'une constitution médiocre, chez lequel le terrain était favorablement disposé pour permettre l'évolution de la diathèse tuberculeuse; quand il est venu à l'hôpital, le dicrotisme du pouls indiquait une détérioration profonde, un abaissement manifeste.

La sérosité qui fut extraite la première fois était déjà par elle-même une preuve de la nécessité d'une prompte intervention, car elle contenait d'abondants leucocytes; elle avait une teinte verdâtre, un certain degré de viscosité. De plus, le liquide se prenait très-rapidement en fausses membranes isolées, phénomène qui, du reste, s'est montré encore lors de la seconde ponction.

Et notez bien ceci, messieurs, car ce fait a son importance, la fibrine ne se prenait pas en une masse unique, un véritable caillot, comme cela est observé dans les pleurésies franches, ainsi que je vous le signalais dans une précédente leçon. Non, c'étaient de minces lamelles isolées les unes des autres, qui certainement auraient çà et là tapissé la surface pleurale, et suppuré au bout d'un temps extrêmement rapide, car bientôt les leucocytes se seraient multipliés et l'épanchement aurait pris rapidement tous les caractères de la purulence.

Ajoutons à ces motifs de notre prompte intervention que le malade présentait encore une de ces affections mal dessinées; c'étaient bien là une pneumomie, mais elle offrait une marche insolite; jamais il n'avait présenté les crachats caractéristiques; l'hépatisation persistait, et nous ne voyions apparaître aucun des signes qui dénotent la résolution. De plus, la maladie datait de quinze jours; lors de son entrée et quand nous pratiquâmes la seconde thoracentèse, nous étions au 28e jour; il fallait donc craindre de toutes manières de voir persister cet épanchement, et nous étions menacés pour plusieurs motifs de voir apparaître la tuberculose; je n'ai, du reste, pas chassé cette crainte de mon esprit, car je crois, malgré l'absence actuelle de signes physiques, ce malade voué à la tuberculisation; mon opinion est qu'il va traîner, et qu'un jour où l'autre arrivera la fonte tuberculeuse.

Néanmoins, messieurs, nous devions agir, et agir avec promptitude, et vous voyez, en tous cas, malgré la quantité médiocre de liquide retiré, que l'opération, répétée deux fois, a été complétement innocente; de plus, abstraction faite du procédé particulier qui a été employé et sur lequel je reviendrai tout à l'heure, elle nous a permis d'agir beaucoup plus rapidement que par l'emploi des vésicatoires répétés (1).

(1) Ce malade a été conservé dans la salle jusqu'au 22 mai 1872, il a quitté ce jour l'hôpital offrant tous les signes d'une tuberculisation du poumon droit, à marche lente et peu intense. On constatait chez lui dans tout le côté droit une submatité, également marquée dans le tiers supérieur; dans cette région, on entendait une respiration sèche mêlée de râles humides. La voix était un peu retentissante dans la même région et un peu éloignée dans le tiers inférieur. La toux, peu fréquente, du reste, amenait des crachats d'un jaune verdâtre. Le pouls avait un peu de fréquence le soir, et surtout le malade restait maigre et ne reprenait pas ses forces. Néanmoins, il voulut sortir.

Nous avons appris, quelques semaines après, qu'il était entré de nouveau à l'Hôtel-Dieu, service de M. Moissenet. Il offrait toujours des signes de tuberculisation à droite, mais aucune trace de l'épanchement pleurétique ancien ne pouvait être constatée.

Voilà donc déjà des faits certains, acquis à la science, et qui ne permettent plus de mettre en doute l'utilité de la thoracentèse dans les épanchements modérés.

(A suivre.)

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM

ET DE LEUR TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF PAR LA RECTOTOMIE LINÉAIRE OU SECTION LONGITUDINALE DE L'INTESTIN A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR (1).

On se ferait difficilement idée de l'aspect horrible que présente la région après l'opération. La section verticale remonte quelquefois à 7 ou 8 centimètres de profondeur en y comprenant le trajet intérieur de la fistule conductrice de la chaîne. Les fesses, le périnée, le scrotum sont sillonnés en tous sens par des brèches d'autant plus profondes que le tissu adipeux est plus abondant et qui restent béantes par l'action du fer rouge. Cependant tout cela se modifie, se dégorge, se déterge en quelques jours, et au bout de la semaine, on ne voit plus que des plaies vermeilles du plus bel aspect, dont la cicatrisation s'effectue de coutume avec une rapidité surprenante. Le pansement est des plus simples. Jamais de mèches dans le rectum. Tout au plus quelques plumasseaux de charpie sèche dans les sillons superficiels les plus creux. Des compresses imbibés d'eau fraîches sont posées à plat sur le périnée et maintenues par un bandage en T. A partir du deuxième jour, on fait, deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, des irrigations douces avec l'eau chlorurée alcoolisée ou phéniquée.

Je ne voudrais pas lasser votre patience par le récit détaillé de mes observations, je vous relaterai donc très-sommairement les faits qui servent de base à cette note.

Obs. 1re. — Une marchande de la halle de 30 ans, robuste et d'une constitution superbe, me fut adressée par un de mes amis, le docteur Gustave Dupont; elle souffrait de l'anus depuis plusieurs années. Moitié par pudeur, moitié par crainte d'une opération qu'on lui avait dit être indispensable, elle n'avait jamais voulu se faire examiner par un chirurgien. Cependant dans les premiers mois de 1863, des phlegmons nombreux et étendus s'étant succédé sans relâche, la position était devenue insupportable. La malade ne pouvant plus s'asseoir, était forcée de rester ou couchée ou debout, en proie à des douleurs continuelles. Nous constatâmes l'existence d'un nombre infini de fistules (au moins 20) sillonnant le périnée, les esses, les plis génito-cruraux et la partie inférieure des grandes lèvres. A l'embonpoint encore considérable se joignait une tuméfaction énorme et une dureté ligneuse des parties malades. Je n'avais jamais vu encore pareil cas et ne soupçonnai point tout d'abord le rétrécissement, bien que le doigt eût la plus grande peine à pénétrer dans le rectum à la recherche des instruments explorateurs portés dans les fistules. Je ne songeais alors qu'aux classiques callosités.

Les fistules étaient si longues, les décollements si vastes et si profonds, bien que situés en réalité dans le tissu cellulaire sous-cutané, que je ne débridai d'abord que la moitié droite des trajets; — un mois après j'opérai ceux du côté gauche. L'amélioration fut grande, mais la guérison n'était pas complète; on voyait encore tout près de l'anus un trajet cheminant en dehors de la paroi rectale à plusieurs centimètres de profondeur; de plus, les indurations profondes persistaient, et l'introduction du doigt était à peu près aussi difficile qu'auparavant; à force de patience, je parvins à conduire un stylet dans le trajet et à le faire sortir dans le rectum à plus de cinq centimètres de l'anus. — En conséquence, dans une troisième séance, je fis passer une chaîne dans ce conduit et fis la section d'un tissu d'une extrême dureté. Cette fois la guérison s'acheva et quatre mois après le commencement de la cure tout était cicatrisé; depuis cette époque, les fonctions rectales se sont entièrement rétablies.

Obs. II. — L'année suivante, 1864, je pris à l'hôpital du Midi le service de mon ami Follin; j'y trouvai un homme de lettres de 40 ans environ et qui en paraissait 50, tant sa constitution, primitivement des plus belles, était minée par de nombreuses maladies vénériennes et par des fistules anales multiples dont il souffrait depuis quatre ans au moins. La description donnée dans l'observation précédente aurait pu s'appliquer ici avec cette circonstance en plus que le scrotum avait triplé de volume, parcouru qu'il était par plusieurs trajets fistuleux.

Follin avait opéré déjà successivement un certain nombre de ces fistules, le malade était soulagé, mais non guéri, et conservait encore au moins une douzaine d'orifices suppurants. L'un d'eux me conduisit après plusieurs explorations au-dessus de la masse calleuse qui obstruait le rectum et dans laquelle je reconnus cette fois et d'emblée un retrécissement de très-longue date. Je parvins, après une séance des plus laborieuses, à introduire la chaîne de l'écraseur, après quoi je fis la section et en restai là pour ce jour. Les troubles de la rétention qui avaient persisté malgré les premières opérations cédèrent comme par enchantement.

Dans les mois qui survinrent, j'opérai en deux séances le reste des fistules.

A la fin de 1864, le malade avait repris son embonpoint et sa bonne mine. Tout était cicatrisé, et la défécation se faisait sans la moindre difficulté. La guérison est restée radicale. J'ai revu bien des fois depuis cet opéré, qui m'a affirmé qu'il était absolument débarrassé de toute trace de sa cruelle maladie.

Deux ans après, j'ai examiné la région. Les téguments avaient repris leur souplesse et les cicatrices, bien que fort apparentes, ne donnaient aucune idée des énormes débridements que nous avions pratiqués.

Ces deux cas, avec celui du Prussien dont j'ai déjà parlé, sont les plus graves que j'aie vus quant au nombre, à l'étendue et à la dissémination au loin des fistules.

Obs. III. — Chez ce dernier malade, j'ai attaqué d'emblée le rétrécissement et les fistules. Mais il a fallu néanmoins deux séances opératoires, séparées l'une de l'autre par un intervalle de six semaines; dans la première, j'ai sectionné le rectum, tout près de la ligne médiane en arrière, et aussitôt après, j'ai débridé tout le groupe des fistules postérieures; dans la seconde, j'ai sectionné une seconde fois le rétrécissement sur la ligne médiane en avant, et j'ai débridé le groupe fistuleux en avant, y compris un trajet qui traversait le scrotum de part en part, venant s'ouvrir à l'angle péno-scrotal.

Le fer rouge fut surtout appliqué avec une extrême énergie; il n'y eut pas le plus petit accident, et malgré la grande faiblesse où il se trouvait, le malade supporta très-bien ces cruelles opérations; à peine, malgré la double section du rectum, il y eut quelques jours d'incontinence. Nous fûmes plutôt dans la nécessité de combattre avec de grosses bougies et des mèches volumineuses une tendance marquée à la reproduction du rétrécissement. C'est qu'en effet l'induration périphérique du rectum était d'une telle épaisseur, que nous n'avions pas osé faire en dehors d'elle une voie artificielle capable de l'embrasser en entier. Nous nous étions contentés d'arriver au dessus de l'obstacle par les trajets fistuleux, laissant, par conséquent, non divisée une zone assez prononcée de tissus fibreux pathologiques.

(A suivre.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 novembre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 et 29 octobre 1872.

dans les départements de l'Ain et du Calvados (Commission des épidémies).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

L'Académie reçoit les lettres de candidature suivantes :

1° De M. le docteur Peter, pour la section de pathologie médicale;

2° De M. le docteur Luys, pour la section d'anatomie et de physiologie;

3° De MM. les docteurs Oulmont et Delioux (de Savignac), pour la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale ;

La correspondance manuscrite comprend en outre :

1° Deux mémoires de M. le docteur Casenave, membre correspondant à Bordeaux : l'un sur le traitement externe des maladies cutanées dartreuses, des ulcères chroniques et de la fissure anale ; le 2e sur un nouveau mode de dilatation des rétrécissements fibro-cartilagineux de l'urèthre ;

2° Un mémoire de M. le docteur Christian Fenger, prosecteur de l'hôpital de Copenhague, sur l'endoscopie des plaies d'armes à feu (Comm. MM. Richet et Alp. Guérin).

M. LE SECRÉTAIRE donne lecture du contenu d'un pli cacheté, sur la demande de l'auteur, M. Gustave Doray, pharmacien à Saint-Lô. Ce pli est relatif aux propriétés fébrifuges du *laurus nobilis*, qui seraient égales, suivant l'auteur, à celles du sulfate de quinine.

PRÉSENTATION

M. BUSSY présente, au nom de M. Yvon, élève des hôpitaux, un mémoire manuscrit relatif au procédé de dosage instantané de l'urée dans l'urine, et dépose sur le bureau l'appareil à l'aide duquel s'effectue ce dosage



PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. DEVILLIERS présente, de la part de M. Blanc, fabricant d'instruments de chirurgie, un appareil destiné au traitement local des maladies de l'utérus.

C'est un spéculum pour la dilatation du col de l'utérus.

A Bouton destiné à faire mouvoir l'olive B;

B Olive servant à écarter les deux valves C;

D Anneau servant de manche à l'instrument.

La courbure qui existe entre la tige de l'instrument et les deux valves permet de faire tout examen ou toute opération sans la moindre gêne.

M. BÉHIER dépose sur le bureau un exemplaire de la deuxième partie du *Manuel d'histologie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier.

M. TARDIEU fait hommage à l'Académie de la sixième édition de son ouvrage intitulé : *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs.*

M. LE PRÉSIDENT présente, au nom de M. le docteur L. Duval, une brochure ayant pour titre : *De la bière joubarbée et de son emploi unique dans le traitement de l'angine couenneuse.*

RAPPORT

Hygiène professionnelle. — M. DELPECH, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Vernois et Bergeron, lit un rapport sur un travail de M. Hillairet intitulé : *Note sur un nouveau moyen de préparer sans mercure les poils de lièvre et de lapin destinés à la fabrication des chapeaux de feutre*, extraite d'un mémoire sur l'intoxication mercurielle professionnelle.

M. le rapporteur rappelle quel est le procédé usuel de ce genre d'industrie.

Deux agents sont employés dans cette préparation, l'acide nitrique et le mercure. La question était de savoir si ce dernier corps était indispensable au résultat et s'il pouvait être remplacé.

M. Hillairet, ayant cru reconnaître que c'était plutôt à l'acide nitrique et à ses dérivés qu'il fallait attribuer le « secretage », a eu l'idée, pour s'en convaincre, d'éliminer le mercure et de faire agir sur les poils l'acide nitreux seul à l'état naissant. Il a, en conséquence, institué une expérience consistant à imprégner les peaux qu'il voulait soumettre à son action, d'un corps neutre ternaire de mélasse, de dextrine ou de sucre, puis il les a plongées dans l'acide nitrique étendu, et, sous l'influence des acides nitreux et hyponitreux qui se sont développés au contact des poils, il a vu se produire une altération de leur structure exactement semblable à celle que l'on obtient par le secretage avec la solution de mercure dans l'acide nitrique. Tel est le procédé qu'il a proposé de substituer au procédé en usage.

M. le rapporteur se demandant si M. Hillairet a résolu complétement le problème qu'il s'était proposé, termine son rapport en ces termes :

Il serait prématuré de l'affirmer. C'est à l'expérience seule, à la vulgarisation de ses idées et de ses procédés qu'il faut en appeler pour juger. Cette méthode a subi déjà une sérieuse épreuve malheureusement interrompue par des événements de force majeure. Il y a donc lieu d'espérer qu'avec les perfectionnements que subit toute pratique industrielle, elle pourra prendre droit de domicile et réaliser les avantages en vue desquels elle a été fondée.

D'ailleurs, ajoute M. le rapporteur, quand l'auteur du travail n'aurait eu que le mérite d'étudier avec plus de soin qu'on ne l'avait fait avant lui la théorie du feutrage, et en admettant même, ce que nous ne croyons pas, qu'il n'eût inventé qu'une méthode de laboratoire, il n'en aurait pas moins ouvert une voie nouvelle et utile. Jusqu'à lui aucun résultat comparable n'avait été réalisé. Il mérite donc des éloges que votre commission lui accorde sans réserve et auxquels elle invite l'Académie à s'associer en vous proposant d'adresser des remerciements à l'auteur et de renvoyer son travail au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées sans discussion.

LECTURE

Anatomie du système nerveux. — M. LUYS, candidat pour la section d'anatomie et physiologie, présente à l'examen de l'Académie son dernier ouvrage en cours de publication, intitulé : *Iconographie photographique des centres nerveux*, et en fait l'exposé dans une notice dont il donne lecture et qui se résume dans les termes suivants :

Ces recherches nouvelles ont eu pour but :

1° De donner une description méthodique, impersonnelle et authentique de l'agencement des centres nerveux encéphalo-rachidiens ;— de rendre évidentes et dans de bonnes conditions de visibilité des régions jusqu'à présent peu connues de ces mêmes centres, à l'aide de procédés d'amplification successifs ; — de vulgariser ainsi les divers champs microscopiques qui jusqu'ici n'étaient vus que par un seul observateur voyant isolément, en mettant ainsi les pièces du procès dans les mains de tous et en permettant de contrôler une à une les assertions de l'auteur ;

2° Elles ouvrent une voie nouvelle aux investigations anatomiques ultérieures ; car, malgré les faits que l'on peut considérer actuellement comme acquis à la science, il y a encore bien des recherches à poursuivre dans les régions si ténébreuses et si complexes de l'intimité de texture du système nerveux ; et malgré l'agrandissement apparent du domaine de nos connaissances contemporaines et les richesses de la moisson nouvelle, c'est encore le cas de répéter cette parole si judicieuse de Serres : « On dissèque le cerveau depuis Galien, et il n'est pas d'anatomiste qui n'ait jusqu'à présent laissé quelque chose à faire sur ce point à ses successeurs. »

Le travail de M. Luys est renvoyé à la section constituée en commission d'élection.

Suite de la discussion sur la septicémie.

M. MAGNE donne de vive voix quelques renseignements sur l'animal (la vache) dont le sang, recueilli par lui, a servi à l'une des séries d'expériences dont M. Davaine a entretenu l'Académie dans la dernière séance (voir le Premier-Paris). Il résulte de ces explications que cette vache, que M. Magne n'a point vue pendant sa maladie, mais dont il a fait partiellement l'autopsie, aurait succombé à cette espèce de charbon qu'il a désignée sous le nom de charbon blanc, et non à la septicémie, comme M. Davaine l'a avancé en se fondant uniquement sur les résultats de l'inoculation.

M. BOULEY. Je n'assistais pas à la séance dernière, où M. Davaine a exposé les résultats de ses expériences avec la saumure. Si j'y avais assisté, j'aurais fait à l'égard des conclusions que M. Davaine a tirées de ces expériences les mêmes réserves que j'ai faites, au point de vue clinique, par rapport aux déductions de ses expériences précédentes. J'avais dit à M. Davaine que j'expérimenterais sur les grands animaux sitôt que j'en trouverais l'occasion. Cette occasion s'est présentée. En visitant les hôpitaux d'Alfort, j'ai eu la chance de voir un cheval mourant des suites d'une castration qui avait donné lieu à ce genre de gangrène que Renault a désignée sous le nom de gangrène traumatique. L'animal était en train de mourir de résorption putride. Je priai M. Colin d'injecter du sang de cet animal dans un autre cheval. M. Colin voulut bien satisfaire à ma demande, et avec l'habileté que tout le monde lui connaît, il fit passer dans les veines d'un cheval morveux, mais bien portant d'ailleurs à tout autre égard, 250 grammes de sang de l'animal mourant. Au moment où je parle ce cheval n'est pas encore mort. Des lapins inoculés par la même occasion avec ce même sang, semblent avoir conspiré également contre M. Davaine, car ils ne sont pas morts non plus.

On ne saurait trop tôt, à mon avis, informer le public de ces faits, ne fût-ce que pour rassurer contre l'idée des dangers qui sembleraient incessamment nous menacer, s'il fallait s'en rapporter aux résultats des expériences de M. Davaine. Les faits cliniques montrent heureusement que les animaux septicémiques n'ont pas cette virulence si prodigieuse que leur attribue notre collègue.

D'après les nouvelles expériences que M. Davaine a communiquées dans la dernière séance, il paraîtrait que la saumure produit les mêmes effets que le sang putréfié. C'est vrai.... pour les lapins. Mais j'ai des motifs de douter qu'il en soit de même pour les grands animaux. Un cheval, en expérience en ce moment, a deux litres de saumure dans son estomac. Nous verrons si le sang de ce cheval deviendra virulent.

Quant à la vache dont le sang a servi aux expériences dernières de M. Davaine, et sur le compte de laquelle M. Magne vient de nous donner quelques renseignements, je ne puis dire qu'une chose, c'est que je trouve bien osé le diagnostic porté par M. Davaine d'après les résultats de l'inoculation. Pour moi, je crois, comme M. Magne et d'après les quelques données qu'il vient de nous exposer, que cette vache est très-probablement morte du charbon.

M. DAVAINE. Le cheval dont M. Bouley s'est servi pour inoculer un cheval morveux avait une gangrène, nous a-t-il dit ; mais sait-on ce que c'est que la gangrène ? Vous ne le savez pas ; vous ne pouvez donc rien conclure de ce fait. Quant à l'injection de la saumure aux lapins, cela prouve plus que ne semble le croire M. Bouley. S'il y a un moyen de savoir de quelle maladie est mort un animal, c'est l'inoculation. La maladie que l'inoculation produit chez l'animal inoculé fait connaître celle qu'avait l'animal qui a servi à l'inoculation ; c'est là une conclusion naturelle que personne ne niera. Or, qu'ai-je fait quand j'ai inoculé le sang d'un animal mort à la suite de l'ingestion de la saumure à un autre animal, à un lapin par exemple ? Je me suis servi de ce lapin comme d'un réactif. J'ai fait la même chose avec le sang provenant de la vache de M. Magne. J'ai inoculé ce sang à un lapin et à un cobaye. Si la vache de M. Magne avait eu, comme on le prétend, le charbon, est-ce que ce lapin et ce cobaye n'auraient pas présenté les caractères du charbon ? Ce qui n'a pas eu lieu.

M. BOULAY. Il me semble qu'on oublie trop le point de départ de ces expériences. M. Davaine a produit la maladie de son premier lapin, avec quoi ? avec du sang de bœuf putréfié. C'est avec ce sang putréfié qu'il a donné lieu à la maladie qu'il désigne sous le nom de septicémie. Autrefois, on aurait dit maladie putride. Il semblerait, d'après M. Davaine, qu'un animal inoculé par un sang putride et chez lequel on a provoqué ainsi volontairement une septicémie, acquière par ce fait seul la propriété virulente. Voilà ce que je conteste. Les choses du moins, ne se produisent pas ainsi dans la putridité spontanée. Un cheval meurt de cette putridité, j'inocule son sang à un autre animal sans résultat. Mais, répond à cela M. Davaine, cet animal, atteint de putridité spontanée, n'est pas septicémique. J'avoue ne plus comprendre.

M. VERNEUIL. Il y a une loi absolue en méthode expérimentale, c'est de se placer dans des conditions d'expérimentation identiques. Il me semble qu'on ne s'est pas conformé le moins du monde à cette loi. M. Davaine fait les expériences que l'on connaît. Puis qu'a-t-on fait ensuite ? On a pris du sang d'animaux récemment morts. Mais le sang de ces animaux n'était pas dans les conditions de putridité où était le sang dont s'est servi dans le principe M. Davaine. Aussi les résultats ne sauraient-ils être comparables. M. Bouley dit qu'inoculer avec du sang putréfié ou avec du sang provenant d'un animal atteint d'une maladie putride, c'est la même chose. Voilà ce que je conteste. Il y a plusieurs sortes de putridité qu'il ne faut pas confondre. Il n'y a donc pas identité entre ces faits.

M. BOULAY. Mais je proteste précisément contre l'identité.

M. CHAUFFARD. Toutes les confusions qui se produisent dans cette discussion viennent de ce que l'on ne s'appuie que sur des expériences sur les animaux, dont on outrepasse l'interprétation, et que l'on ne tient pas assez compte des faits cliniques. Je demande qu'on fasse le départ, que l'on se tienne d'abord sur le terrain expérimental, et puis quand les expériences auront donné tous leurs résultats, qu'on les rapproche ensuite des faits cliniques avant d'en rien conclure.

M. BÉHIER. Pour moi, je déclare que je ne comprends rien à tout ce que j'entends ; je ne sais pas encore ce que l'on entend par septicémie. Je voudrais donc, avant d'aller plus loin dans cette discussion, qu'on nous donnât une bonne fois une définition nette de la septicémie.

M. DAVAINE. La septicémie, c'est la putréfaction du sang de l'animal vivant. Il se passe au dedans de l'animal ce qui se passe au dehors dans le sang exposé à l'air libre.

L'heure étant avancée, la discussion est interrompue et la séance est levée après cinq heures.

ÉCOLE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE

Liste des candidats admis en octobre 1872.

1. Bellocq (Basses-Pyrénées). — 2. Ingnan (Landes). — 3. Vidal (Tarn-et-Garonne). — 4. Bonnaud (Vendée). — 5. Tortigne (Landes). — 6. Bergeret (Vienne). — 7. Guy (Tarn-et-Garonne). — 8. Coulé (Lot-et-Garonne). — 9. Bosc (Haute-Garonne). — 10. Bignon (Landes). — 11. Turbide (Haute-Garonne). — 12. Lacoste (Basses-Pyrénées). — 13. Layrac (Tarn). — 14. Bézard (Haute-Garonne). — 15. Delord (Tarn-et-Garonne). — 16. Rivet (Haute-Vienne). — 17. Sauret (Haute-Garonne). — 18. Pourtanel (Corrèze). — 19. Monguier (Hérault). — 20. Boisgautier (Vienne). — 21. Pastriot (Tarn-et-Garonne). — 22. Péchayraud (Dordogne). — 23. Demelun (Finistère). — 24. Dubroca (Landes). — 25. Bardon (Haute-Vienne). — 26. Pagès (Lot). — 27. Glaudines (Basses-Pyrénées). — 28. Canal (Ariége). — 29. Garrouste (Cantal). — 30. Neyraud (Haute-Vienne).

31. Sallesses (Gers). — 32. Dupin (Haute-Garonne). — 33. Berbé (Landes). — 34. Mathivet (Creuse). — 35. Pérès (Gers). — 36. Brard (Gironde). — 37. Saly (Aude). — 38. Franchisteguy (Basses-Pyrénées). — 39. Lafitte (Lot-et-Garonne). — 40. Pons (Haute-Garonne). — 41. Granié (Lot). — 42. Garros (Gers). — 43. Péchien (Haute-

Garonne). — 44. Flous (Haute-Garonne). — 45. Lusseau (Charente-Inférieure). — 46. Lucas (Deux-Sèvres). — 47. Sorin (Loire-Inférieure). — 48. Grasset (Hérault). — 49. Lisbonne (Gard). — 50. Fabre (Lot). — 51. Lachaize (Lot-et-Garonne). — 52. Lannay (Maine-et-Loire). — 53. Rivière (Tarn-et-Garonne).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Bouisson, professeur d'opérations et appareils à la faculté de médecine de Montpellier, est autorisé à se faire suppléer dans son cours, pendant le premier semestre de l'année classique 1872-1873, par M. Grynfelt, agrégé près ladite faculté.

— *Faculté de médecine de Vienne.* — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination de M. le docteur J. Mundy, un des membres les plus aimés de la Société française *de secours aux blessés*, comme professeur d'une nouvelle chaire récemment créée : *la chaire d'hygiène militaire*. Nul mieux que ce savant médecin ne pouvait être choisi pour occuper une semblable chaire. Les travaux que M. Mundy a accomplis pendant cette dernière guerre, le soin actif qu'il a pris pour améliorer l'hygiène du blessé, en créant surtout des moyens fort ingénieux de transport et en élevant des ambulances-modèles, le désignaient évidemment au ministre de la guerre de Vienne pour occuper ce poste.

— La Société de médecine légale reprendra ses séances le lundi 13 novembre courant, à 5 heures 1/2, à l'École de médecine (salle des thèses).

Les questions à l'ordre du jour de cette séance sont : une discussion sur l'aphasie, envisagée au point de vue juridique ;

Rapport de M. Demonge sur un travail de M. Joseph Lefort ;

Un rapport de M. Dolbeau sur le chloroforme employé comme moyen de faciliter les tentatives criminelles.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 13 novembre, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Lecture d'une lettre adressée par la Société à M. le directeur de l'Assistance publique ; — 2° Rapport de M. Donadieu sur la candidature de M. Rougeot ; — 3° De la possibilité de suppléer au nouvel Hôtel-Dieu, en améliorant le service médical à domicile et en annexant à chacune de ses 59 maisons de secours un petit asile-hôpital d'arrondissement de 10 lits, par M. Passant ; — 4° Maternités et crèches à domicile.

— M. le professeur Chauffard ouvrira son cours de pathologie générale le vendredi 8 novembre à 5 heures, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— *École pratique de la Faculté de médecine.* — M. le docteur G. Chantreuil, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté, commencera un cours public et gratuit d'accouchement le mardi 12 novembre, dans l'amphithéâtre n° 2, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Reliquet commencera son cours sur les maladies des voies urinaires le lundi 11 novembre, à 8 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Fano, agrégé libre de la Faculté, fera des conférences sur l'oculistique et la chirurgie, à partir du samedi 9 novembre, à une heure, à sa clinique particulière, rue Séguier, 14, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

— Le docteur de Wecker reprendra ses conférences cliniques samedi 9 novembre, 55, rue du Cherche-Midi, à deux heures, et les continuera les mercredis et samedis suivants. — Mercredi : opérations ; samedi : exercices et démonstrations ophthalmoscopiques.

— Le docteur Garrigou Desarènes recommencera ses leçons cliniques sur les maladies des oreilles, samedi 9 courant, à midi, à son dispensaire, 37, rue de l'École-de-Médecine. Il les continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Examen des malades à l'aide de l'otoscope parabolique.

— M. le docteur Ferdut, commencera son cours public et complet d'accouchements lundi prochain 11 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique. Il le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

A la fin du cours, plusieurs conférences essentiellement pratiques et toujours gratuites seront consacrées à la répétition des opérations et des manœuvres.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 130. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1872. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 18 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés [illegible] et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des [illegible] ants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois.	8 fr. 50 c.	
Six mois.	16	—
Un an.	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Des affections ulcéreuses du cœur dans les maladies graves (endocardites ulcéreuses. — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l'aide de l'écraseur (M. Verneuil). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Variétés : les Hôpitaux de Londres. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des affections ulcéreuses du cœur dans les maladies graves (endocardites ulcéreuses).

Parmi les diverses espèces d'endocardites, on a distingué, depuis un certain nombre d'années, un groupe de ces affections auquel on a donné le nom d'endocardites ulcéreuses, sorte d'endocardite qui coïnciderait ordinairement avec un état grave ou qui éclaterait dans le cours des maladies générales. Elle compliquerait notamment les fièvres éruptives, la pneumonie, l'état puerpéral; elle ne surviendrait d'emblée que chez les sujets surmenés, cachectiques, chez les alcoolisés.

Témoin de quelques faits de ce genre et frappé de l'importance et de la difficulté à la fois de la question, dans laquelle se présentent tout d'abord à l'esprit deux ordres d'éléments ou deux séries de phénomènes s'enchaînant en quelque sorte, savoir les phénomènes primitifs qui amènent l'endocardite ulcéreuse, ceux que cette endocardite entraîne elle-même à sa suite, M. Caubet a cherché, dans sa dissertation inaugurale, à étudier particulièment cette question. Nous nous faisons un plaisir et un devoir d'exposer ici les principaux résultats de cette intéressante étude.

S'appuyant sur l'ensemble des observations le plus récemment recueilles sur ce sujet, notamment sur les faits rapportés par MM. Bouillaud, Charcot, Vulpian, Lancereaux, Hayem et Duguet, en France; Kirkes, en Angleterre; Virchow, Lotz, Rokitanski, en Allemagne, M. Caubet a pu esquisser l'anatomie pathologique du sujet et relever les lésions principales que présentent les individus qui succombent au milieu des symptômes généraux et locaux de l'endocardite ulcéreuse.

Ces lésions sont très-nombreuses et variées. Non-seulement le cœur, mais encore le sang et tous les viscères de l'économie sont atteints à des degrés divers.

L'endocarde est constamment et très-profondément atteint. Les caractères propres de cette lésion sont très-variés, quant au siége, à la forme, aux dimensions. Règle générale, les parties de l'endocarde qui sont le plus pourvues de tissu connectif sont le plus souvent frappées d'altération végétante ou ulcéreuse; aussi le siége de prédilection de ces productions pathologiques est-il dans les valvules et dans le septum médian. L'ulcération a été notée sur toutes les valvules, sur celles du cœur gauche et sur celles du cœur droit, sur les valvules auriculo-ventriculaires et sur les valvules artérielles. Les valvules mitrales sont le plus fréquemment altérées, puis les sigmoïdes aortiques; les tricuspides viennent ensuite dans l'ordre de fréquence, et enfin les sigmoïdes pulmonaires. Un point frappant est l'existence relativement fréquente de lésions dans l'endocarde droit.

Sur les valvules mitrales, l'ulcération occupe tantôt les bords libres de l'une ou de deux valvules; elle siége au milieu des végétations verruqueuses qui limitent ce bord; tantôt, au contraire, elle siége sur l'une ou l'autre face; quelquefois, enfin, les valvules contiennent dans leur épaisseur un foyer ramolli.

Lorsque l'altération atteint les sigmoïdes aortiques, elle amène ordinairement des désordres plus profonds. Dans le cas observé par M. Caubet, la lésion avait complétement détruit l'une des sigmoïdes aortiques.

Des lésions concomitantes qui accompagnent ces ulcérations, la plus remarquable est le décollement des lames de la valvule à partir du point ulcéré et la formation d'une cavité qui, quelquefois, se prolonge jusque dans la substance du cœur. Cette disposition avait pris une grande extension sur la pièce anatomique que M. Caubet a eue sous les yeux.

Nous avons dit qu'il existait des altérations consécutives à l'endocardite. La plus remarquable et la plus digne d'intérêt, sans contredit, est une altération du sang, caractérisée par la présence, dans le torrent circulatoire, des détritus valvulaires ou bien de matières purulentes fournies par des abcès du cœur. Mais M. Caubet pense qu'au-dessus de cette altération secondaire, et antérieurement, il existe une altération primitive du sang à laquelle se rattache surtout cet état général grave qui domine la scène dans tous le cas d'endocardite ulcéreuse.

Enfin, avec ces désordres graves du cœur, et en même temps que cette altération profonde du sang, coïncident le plus souvent des altérations viscérales multiples. Chez un sujet observé par M. Caubet, la rate, les reins, le foie, le cerveau, la surface cutanée ne contenaient aucune trace d'infarctus; la rate et les reins étaient congestionnés, ramollis et un peu augmentés de volume; le foie était légèrement graisseux. Le poumon seul offrait aux deux bases une congestion très-marquée dépassant les limites de la simple hypostase. Lorsqu'il existe des foyers morbides, on les rencontre le plus souvent dans la rate et dans les reins, puis dans le foie et le cerveau.

L'anatomie pathologique a démontré, en outre, qu'il existe aussi en même temps une altération souvent profonde du muscle du cœur, laquelle consiste en une dégénérescence granulo-graisseuse des fibres musculaires et des parois des petits vaisseaux.

Voici, d'après M. Caubet, quelles seraient les corrélations qui existent entre les altérations cardiaques et les lésions viscérales. L'observation démontre, dit-il, que, dans la plupart des cas, il y a coexistence des altérations cardiaques et des lésions viscérales. En s'en tenant au fait purement anatomique, la liaision de ces deux ordres de faits serait la formation d'embolies capillaires constituées par des parcelles détachées de l'ulcération endocardique, lesquelles deviendraient la cause d'infarctus viscéraux, sans qu'il fût nécessaire d'attribuer à ces fragments un pouvoir septique.

La symptomatologie de l'endocardite ulcéreuse est très-complexe, comprenant non-seulement les symptômes de l'affection cardiaque et les symptômes généraux qui accompagnent toujours celle-ci, mais encore les accidents ataxo-adynamiques observés avec cette forme de phlegmasie du cœur, et enfin ceux qui dépendent des diverses lésions viscérales secondaires ou lointaines. Il fallait les considérer séparément.

De là, par conséquent, d'assez grandes difficultés pour le diagnostic. Dans la majorité des cas rapportés dans les auteurs le diagnostic n'a pas été fait ; à peine même l'affection cardiaque avait-elle été soupçonnée. Aussi M. Caubet fait-il l'aveu que le diagnostic de l'endocardite ulcéreuse est d'une difficulté extrême, et qu'il ne saurait être indiqué qu'avec les plus grandes réserves. Cependant, d'après M. Lancereaux, qui a consacré un chapitre très-intéressant au parallèle des endocardites dans son bel *Atlas d'anatomie pathologique*, il paraîtrait possible de distinguer l'endocardite ulcéreuse d'avec les autres formes ; mais c'est par des symptômes indirects, par les accidents infectieux qu'elle provoque, qu'il prétend la reconnaître et non par des signes directs. Ce n'est que reculer la difficulté sans la résoudre.

Un point très-important de l'histoire de l'endocardite ulcéreuse, que M. Caubet a traité avec autant de soin que tous les autres, est celui qui est relatif à la pathogénie. Les auteurs qui se sont occupés de cette question, notamment MM. Virchow, Charcot, Vulpian, et M. Lancereaux, que nous venons de citer à l'instant, ont parfaitement établi le rapport matériel existant entre les lésions viscérales multiples et la lésion cardiaque, suivant, pour ainsi dire, à la trace les détritus vasculaires depuis leur détachement de la surface ulcérée jusqu'à leur arrêt dans les différents viscères, où ils arrivent portés par le courant sanguin et forment des embolies capillaires. Ainsi s'expliquent parfaitement, et suivant les données de la physiologie pathologique, les phénomènes typhoïdes consécutifs à l'endocardite ulcéreuse et qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, mais d'un diagnostif tardif, ainsi qu'on vient de le voir. Mais quelles sont les causes qui ont amené cette ulcération intra-cardiaque et quel est le lien qui la rattache aux phénomènes typhoïdes de début coexistant avec cette endocardite ? Voilà un point sur lequel il y a moins d'unanimité dans les opinions.

M. Caubet a espéré arriver à élucider ce difficile problème en établissant deux grandes divisions à ce point de vue : l'une dans laquelle sont compris les cas d'endocardite ulcéreuse qui accompagnent et compliquent le rhumatisme, les affections pulmonaires, la puerpéralité, les fièvres éruptives ; une seconde qui se rattache aux cas dans lesquels l'affection ulcéreuse de l'endocarde paraît avoir éclaté d'emblée, et par conséquent semble avoir provoqué seule l'état typhoïde et les lésions viscérales lointaines. S'appliquant particulièrement à l'étude de cette dernière catégorie de faits, M. Caubet s'est efforcé d'établir, — ce à quoi il nous paraît avoir réussi, — que ces affections cardiaques dont les manifestations paraissent primitives, surviennent encore dans le cours d'un état général grave : cachexie, débilitation, surmenage, etc., consistant en une altération primitive du sang aussi évidente que celle des affections aiguës qui se compliquent d'inflammation ulcéreuse du cœur.

Ainsi, ce serait toujours une maladie générale ou un état général grave qui ouvrirait la scène ; puis surviendraient les inflammations ulcéreuses de l'endocarde, par le fait d'un mauvais état général préexistant, auquel on devrait rapporter les accidents ataxo adynamiques typhoïdes de la maladie ; et, enfin, en troisième lieu, les désordres viscéraux consécutifs qui viendraient ajouter leur action à celle de la dyscrasie sanguine générale.

Au point de vue du traitement, l'art, malheureusement si impuissant contre de pareilles lésions, doit avoir uniquement en vue les indications fournies par l'état général du sujet.

En résumé, d'après M. Caubet, il y aurait trois éléments à considérer dans l'endocardite ulcéreuse : un état général grave (maladie aiguë ou cachexie) ; une altération ulcéreuse de l'endocarde ; des foyers multiples dans les viscères (infarctus, abcès métastatiques).

L'état général typhoïde est primitif ; c'est lui qui provoque les manifestations cardiaques graves.

L'ulcération de l'endocarde est secondaire ; elle fournit des détritus qui vont former des embolies capillaires, d'où résultent les infarctus viscéraux.

Elle peut aussi verser du pus, d'où résultent l'infection purulente et les abcès métastatiques.

Les parcelles détachées de l'endocarde n'ont aucune propriété septique qui puisse provoquer l'excitation du sang, ni donner aux infarctus leur caractère gangréneux ou putride.

Ces modifications particulières du sang et des foyers viscéraux sont le fait de l'état général préexistant.

Il n'existe qu'une seule forme clinique de l'endocardite ulcéreuse, c'est la forme typhoïde.

Dr Brochin.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM

ET DE LEUR TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF PAR LA RECTOTOMIE LINÉAIRE OU SECTION LONGITUDINALE DE L'INTESTIN A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR (1).

Obs. IV. — Quoique moins grave anatomiquement que les précédents, un quatrième cas avait amené le dernier degré de marasme. C'était une femme très-chétive, ancienne cliente de Lourcine, et qui était venue me retrouver à Lariboisière en 1865. Il n'y avait autour de l'anus que trois ou quatre fistules médiocrement distantes ; le rétrécissement admettait aisément le bout du doigt, mais au-dessus de lui, la muqueuse était sans doute fort malade, car il y avait une diarrhée continuelle, très-abondante et renfermant une grande proportion de pus. Les fonctions digestives étaient anéanties, et chaque soir un accès fébrile dénotait l'hecticité la plus évidente.

Je n'ai pas présents à l'esprit les détails exacts de l'opération ; tout ce que je sais, c'est que la division du rétrécissement et l'in-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 29 octobre et 7 novembre 1872.

cision des fistules amenèrent un soulagement très-prompt et ne furent suivies d'aucun accident.

Néanmoins, la suppuration persista très-longtemps, ainsi que l'incontinence, mais la malade ne quitta le service qu'au bout de plusieurs mois ; c'est elle qui est revenue me trouver dans ces derniers temps, bien remise en apparence, mais avec un rétrécissement fort appréciable encore qui, depuis une année à peu près, recommence à la faire souffrir.

Obs. V. — Le cas suivant offre une particularité intéressante : c'est par le foyer d'un abcès que j'atteignis sans peine les limites supérieures du rétrécissement.

Une malade se présente à Lariboisière avec un phlegmon de la marge de l'anus, qui datait de quelques jours seulement. Il siégeait sur la fesse droite, au niveau de la fosse ischio-rectale, et se présentait tout d'abord avec les caractères ordinaires de l'abcès périanal profond.

Précisément en face, sur l'autre fesse, on remarquait une fistule de date ancienne.

La malade avait séjourné antérieurement à Lourcine pendant plusieurs mois pour un rétrécissement de la partie inférieure du rectum, qu'on avait traité en vain par la dilatation; c'était même à la suite d'une séance un peu longue que s'était développé le phlegmon qui avait donné naissance à la fistule.

L'introduction des mèches était fort pénible, paraît-il, aussi cette femme, pour s'y soustraire, avait quitté l'hôpital et vivait chez elle depuis un an ; toujours souffrante et tourmentée par des coliques, du ténesme et autres accidents imputables au rétrécissement.

Ce dernier n'était ni très-élevé ni très-épais, mais en revanche, fort étroit et d'une consistance ligneuse et, de plus, très-douloureux au toucher.

L'indication de sa section était évidente, mais le stylet, porté dans la fistule ancienne, venait butter contre l'anneau fibreux et ne parvenait pas à le dépasser. Le phlegmon récent devant être incisé, je pensai que son foyer remontait assez haut et me conduirait au delà de l'obstacle. C'est ce qui eut lieu, en effet. Une incision perpendiculaire à l'orifice anal donna issue à un flot de pus. Je portai mon doigt dans la cavité purulente, et pus atteindre ainsi le point supérieur du décollement, qui répondait à la muqueuse saine sous-jacente au rétrécissement. Je ne pus distinguer en ce point aucune perforation, mais j'en fis une à travers la paroi rectale amincie, et ayant passé une chaîne, je fis la section verticale du rectum aussi facilement et aussi complétement que possible.

Je plaçai une autre chaîne dans l'ancien trajet fistuleux, ou plutôt dans sa partie inférieure, et sans me préoccuper de ce côté d'atteindre l'orifice profond.

Cette opération, la plus facile peut-être de toutes celles que j'ai faites pour ces cas, fut couronnée d'un plein succès. La malade sortit au bout de deux mois, délivrée de ses souffrances. Elle est revenue mourir dans mon service de phthisie pulmonaire quatre années plus tard; mais je l'avais revue diverses fois avant l'invasion de cette dernière affection, notamment dix-huit mois après l'opération rectale ; elle était bien portante, active et munie d'un embonpoint satifaisant. Quelque temps avant la mort, je pratiquai le toucher anal, pour m'assurer de l'état des parties. Le rétrécissement était encore facilement reconnaissable à un certain degré d'induration de la paroi rectale ; mais il admettait sans peine deux doigts réunis, et dans tous les cas, ne déterminait aucun trouble appréciable dans la défécation.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux;* — l'*Union médicale;* — la *Gazette hebdomadaire;* — le *Bordeaux médical;* — la *Revue médicale de Toulouse;* — le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat;* — *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire;* — le *Lyon médical;* — le *Montpellier médical;* — le *Marseille médical;* — *Traitement du cancer du col de l'utérus par la galvano-caustique thermique*, par le docteur Amussat fils.

Concours Laborie. — La Société reçoit trois mémoires manuscrits : *De l'immobilisation dans le traitement des fractures des membres à l'aide de bandages silicatés et des appareils à attelles plâtrées.* Ce mémoire est accompagné d'un pli cacheté avec cette épigraphe : « La chirurgie de l'avenir doit être la chirurgie conservatrice. » *De l'état des veines et en particulier des veines inter et intra-musculaires à la surface et au voisinage des plaies en suppuration. Rapport de cet état avec la théorie embolique de la pyhoémie. Note pour servir à l'histoire de la phlébite inguinale consécutive à la compression de l'artère fémorale au pli de l'aine.*

M. Coste (de Marseille), membre correspondant, assiste à la séance.

M. Dubrueil annonce à la Société que le malade dont il a parlé, et auquel une ponction de l'articulation avait été pratiquée, après une amélioration momentanée a succombé.

LECTURE

Ponction aspiratrice dans les hernies. — M. Terrier lit une observation sur ce sujet. (Commission : MM. Verneuil, Tillaux, Duplay, rapporteur.)

Plaie par écrasement de la main gauche. — Tétanos. — Amélioration momentanée par les courants continus. — M. Le Fort. Le nommé B... (Jean), âgé de 57 ans, briquetier, est entré dans notre service, à l'hôpital Lariboisière, le 14 octobre, présentant déjà des symptômes de tétanos. Le 24 septembre il avait eu la main gauche écrasée dans un engrenage ; le 6 octobre il éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche, et à partir de ce moment la roideur tétanique a envahi peu à peu les muscles de la nuque et du dos.

Le 15 octobre, je trouve à la visite le malade dans l'état suivant : la blessure de la main se borne à une large plaie occupant toute la face dorsale de la main ; mais elle est peu profonde, la peau seule a été enlevée. Cette plaie, dont les bourgeons charnus sont violacés et dont les bords sont très-durs, donne peu de suppuration et semble avoir peu de tendance vers la cicatrisation. Les muscles de la nuque et du dos sont très-fortement contracturés; on peut soulever le malade *tout d'une pièce* en le soulevant par la tête. La contraction tétanique s'observe également sur les muscles de l'abdomen. Les membres inférieurs sont à l'état normal. Pouls 100, fort et vibrant, peau chaude couverte de sueur. Constipation opiniâtre depuis le début des accidents tétaniques. *Prescription :* 2 bains de vapeur dans la journée, un litre d'eau-de-vie.

Le soir le malade, qui a pris un bain de vapeur et 300 grammes d'alcool, est ivre et parle beaucoup. Il peut cracher, agiter les bras et avaler plus facilement, et respire mieux; mais la contracture des autres muscles persiste. Pouls, 104; temp. 37°. La peau est moins chaude, les sueurs se sont arrêtées.

16 octobre. Le malade est toujours très-loquace; la roideur musculaire est à peu près la même, pas de sommeil pendant la nuit. Le litre d'eau-de-vie a été bu. La face est couverte de sueur. Perte involontaire des urines. Pas de selles. Pouls, 104, temp. 37°.9.

Soir. A peu près le même état que le matin ; on continue l'alcool. Pouls, 108. Le malade a pris deux bains de vapeur.

17 octobre. Pas de sommeil; respiration fréquente. Pouls, 120, temp. 38°.7. Tous les muscles sont contracturés, le diaphragme seul sert à la respiration. Le bord externe du grand pectoral a la rigidité d'une corde tendue. Je prescris de préparer l'application d'un courant *ascendant* le long de la colonne vertébrale.

10 heures 1/2 du matin. Le malade est pris d'un accès de suffocation, il se cyanose très-rapidement et n'a plus que toutes les dix secondes un mouvement d'inspiration qui diminue peu à peu. Le

pouls est fréquent et petit. Le malade est sur le point de périr par asphyxie ; mais aussitôt que le courant *ascendant* est établi, aussitôt, et brusquement, les muscles tombent en résolution, la cyanose disparaît, le malade étend les bras et peut nous parler.

12 heures 40. Le courant a été continué, mais il ne comprend plus que dix éléments (ce sont de très-petits éléments au bi-sulfate de mercure) ; la contracture a reparu, quoique beaucoup moins forte ; la respiration est moins facile que deux heures auparavant ; on voit de temps en temps des spasmes localisés dans les faisceaux musculaires du deltoïde, et toutes les 5 ou 6 minutes il survient des crampes générales. P. 132, temp. 39°.8. On porte à 15 le nombre des éléments.

5 heures 20. Depuis 3 heures, le malade a été bien tranquille ; il dort, mais, au moindre mouvement, on voit reparaître des spasmes. La respiration est facile, régulière, 40 inspirations par minute. P. 116, temp. 39°. On laisse le courant toute la nuit.

18 octobre. La nuit a été bonne. Le malade respire facilement, parle beaucoup. Presque tous les muscles sont en résolution ; il n'y a plus qu'un peu de roideur à la nuque. Le malade meut ses membres, se meut lui-même, tourne la tête légèrement, mais ne peut la fléchir. Il a pris un peu de bouillon. P. 124 ; temp. 38°,3.

Soir, 5 h. 1/2. Il est survenu une roideur considérable ; la respiration redevient très-gênée. L'auscultation fait entendre des râles muqueux. Soif vive ; pouls 140 ; temp. 40°.

A 8 heures du soir, le malade meurt asphyxié.

J'ai voulu vous communiquer cette observation, bien qu'elle ne soit qu'un exemple d'amélioration momentanée ; mais l'influence du courant a été trop subite, trop remarquable pour ne pas attirer l'attention. Je ferai remarquer que le courant a été ascendant, tandis que, dans le cas de M. Dubrueil, cas suivi de guérison, le courant a été descendant. L'un et l'autre ont eu le même effet sur la contraction tétanique ; tous deux ont amené la résolution. C'est un fait que j'apporte, rien de plus. C'est encore empiriquement que que nous sommes réduits à utiliser les courants continus appliqués soit d'une manière permanente, soit dans des séances plus ou moins longues.

Je crois que nous ne pouvons encore faire autre chose d'utile que d'étudier les faits, et vous ne vous étonnerez pas si je ne hasrde aucune théorie.

M. DUBRUEIL. Il est très-important que l'observation renferme la désignation des éléments et de leur quantité. Je demanderai à M. Le Fort pourquoi il a employé de préférence le courant ascendant, car jusqu'ici le courant descendant, qui est considéré comme résolutif, est celui qui a été employé avec succès.

M. LE FORT. C'est un fait que j'ai constaté. Je me suis mieux trouvé du courant ascendant que du courant descendant, et mon observation du moins prouve que le premier a eu autant d'effet résolutif que le dernier.

M. DUBRUEIL. L'important pourtant serait de savoir à quel courant on doit avoir recours.

M. LE FORT. C'est une question à l'étude.

M. PERRIN. Dans cette observation, comme dans celles que nous a déjà présentées M. Le Fort, je ne trouve pas de précision. Est-il démontré que le courant passait? S'est-on servi du galvanomètre pour savoir si le courant passait, et s'il passait tous les jours? où on l'a appliqué? Qu'on nous dise le nombre d'éléments employés, le nombre des séances et la manière dont les réophores ont été mis en contact avec le corps.

J'ai répété les expériences et j'ai remarqué qu'en les reproduisant exactement, comme l'a dit M. Le Fort, il y avait des moments où le courant ne passait pas. Je désire donc que les faits qui nous seront de nouveau présentés soient marqués à l'estampille de la rigueur la plus absolue dans l'observation.

M. LE FORT. Il n'y a pas de galvanomètre pratique (je ne parle pas des galvanomètres des laboratoires de physique), capables de donner l'intensité du courant et la quantité proportionnelle d'électricité produite. Avec des galvanomètres très-sensibles, on peut savoir si le courant passe ; mais on ne peut pas en mesurer l'intensité.

Lorsque l'on place les réophores sur le corps avec l'interposition de compresses d'eau salée, le galvanomètre placé dans le circuit métallique d'un des pôles, on voit le courant passer ; mais la déviation du galvanomètre est très-faible, et quelquefois celle-ci n'existe pas, et pourtant il y a des escharres aux points où les pôles sont appliqués sur la peau. Il y a une différence réelle ici entre les propriétés physiques et les propriétés physiologiques des courants.

M. PERRIN. Je me suis servi des piles de Trouvé, de Leclanché, de Marié-Davy. Je n'ai pas vu une seule fois une sensation éprouvée par le malade qui ne correspondit à une déviation de l'aiguille du galvanomètre, et quand le courant ne passait pas, cela tenait au plus ou moins d'humidité des parties où reposaient les réophores. Je demande que les faits aient à cet égard la précision nécessaire.

M. GIRAUD-TEULON. Le galvanomètre ne donne de déviation que pour les courants forts. Pour les courants faibles, il donne quelquefois une déviation au moment de l'interruption du courant ; mais, en général, il n'en donne point. En tous cas, le galvanomètre ne donne pas de notion sur l'intensité du courant. Si mes souvenirs sont exacts, il n'y a que deux instruments qui donnent cette notion : la boussole des sinus, pour l'usage de laquelle il faut une table de logarithme, et le voltamètre, dont le principe repose sur la mesure des gaz produits par les décompositions chimiques.

Nous sommes réduits en médecine à un empirisme forcé pour l'emploi de l'électricité, et c'est ce qui fait que nous sommes obligés de produire les faits avec modestie.

M. LE FORT. Même lorsque l'on place sur la peau un liquide conducteur, le galvanomètre ne dévie pas quand on applique un courant faible.

M. PERRIN. Je trempe les réophores dans une solution d'acide nitrique au millième, et j'ai toujours, même avec les courants faibles, une déviation du galvanomètre.

M. GIRAUD-TEULON. Le courant a été indiqué par le galvanomètre, parce que M. Perrin s'est servi d'acides qui ont entamé le derme et l'épiderme ; ceci explique le malentendu.

Anatomie pathologique du tétanos. — M. VERNEUIL Je profite de l'occasion pour entretenir la Société des recherches que je viens de faire sur la pathogénie du tétanos. Mais avant d'entrer dans les détails, je demanderai à M. Le Fort si, dans les derniers jours de la vie de son malade, la température ne s'est pas élevée ; elle s'était, je crois, abaissée au moment où la résolution a été obtenue par l'électricité.

M. LE FORT. Elle s'est élevée, en effet.

M. VERNEUIL. En prenant la parole sur l'intéressante communication de M. Le Fort, mon but était de vous soumettre quelques remarques récemment faites sur l'évolution du tétanos et sur les causes de la mort dans cette redoutable maladie.

En attendant que la thérapeutique soit parvenue à diminuer la gravité du mal, il est bon de savoir en quoi consiste cette gravité, et j'ai observé, si je ne me trompe, quelques faits qui pourront peut-être éclairer ce point obscur de la question.

Je pars d'un fait incontestable et incontesté, savoir : l'élévation de la température dans les dernières périodes de la maladie. Dans les derniers jours ou dans les heures qui précèdent la mort, il est de règle de voir le thermomètre marquer 40 degrés et même plus. Cette ascension est du plus mauvais augure, et, lorsqu'on la constate dans un cas qui jusque-là marchait favorablement, il faut d'ordinaire abandonner l'espoir de la guérison.

Ce phénomène a reçu diverses explications. On l'a attribué à l'intensité et à la généralisation de la contracture ; à l'altération du sang consécutive à l'exagération fonctionnelle des muscles ; à l'irritation de la moelle épinière et surtout de la partie supérieure de cet organe ; à un degré plus ou moins prononcé de myélite ; à l'excitation d'un foyer régulateur de la chaleur animale qu'on place arbitrairement dans la moelle allongée, etc.

L'observation au lit du malade et à l'amphithéâtre ne permet guère d'accepter ces interprétations.

J'ai vu des tétaniques en état de contracture généralisée depuis quinze jours. Tout leur corps ne formait qu'une masse rigide, et cependant la température oscillait entre 37° et 38°.

J'ai vu dans ces mêmes cas l'urine, quoique rare, rester tout à fait limpide, et ne point révéler une surcharge du sang par les produits de désassimilation.

Chez d'autres malades, morts au sixième ou septième jour avec les phénomènes les plus marqués de la maladie et avec les températures les plus extrêmes, j'ai enlevé la moelle épinière, et, pour avoir toutes les garanties nécessaires, j'en ai fait faire l'examen dans le laboratoire de mon savant collègue, M. le professeur Vulpian. Cet examen a été négatif.

J'en ai conclu que les causes de l'élévation de température étaient encore à découvrir. Un fait m'a mis sur la voie d'une hypothèse nouvelle que je présente sous toutes réserves, mais sur laquelle je ne saurais trop appeler l'attention des cliniciens.

Un jeune homme était entré dans mon service pour une brûlure superficielle de la jambe gauche. Il fut traité par le pansement ouaté. La guérison marcha naturellement et j'allais renvoyer le malade, lorsque, sans cause connue, on m'annonça un matin qu'il avait un léger trismus.

L'état général était bon, et pour porter le diagnostic du tétanos, il fallait en vérité une certaine hardiesse. Je prescrivis le chloral et autres moyens appropriés. Les phénomènes marchèrent avec une telle rapidité que, vers 5 heures, moins de quinze heures après l'invasion supposée, un premier accès de suffocation se déclarait, bientôt suivi d'un second, puis d'un troisième. Appelé en toute hâte, j'arrive à 9 heures du soir et je pratique la trachéotomie, qui amène une détente presque subite des spasmes et une amélioration notable de la contracture. A la visite du matin le malade est calme, presque gai; le trismus a beaucoup diminué, la déglutition est plus facile, mais il y a de la fièvre et la température s'est élevée, la respiration est un peu gênée. Je pratique l'auscultation et je trouve à droite, au niveau de la pointe de l'omoplate, du souffle et du râle sous-crépitant à bulles fines. Je diagnostique en conséquence une pneumonie circonscrite. Un vésicatoire est prescrit. Dans la journée la respiration s'embarrasse de plus en plus, sans toutefois qu'il y ait d'accès véritables de suffocation. La température atteint 40°, et la mort survient dans le courant de la nuit, trente heures environ après l'ouverture de la trachée.

A l'autopsie, pratiquée dans l'après-midi du jour suivant, je m'attendais à trouver une congestion pulmonaire généralisée, comme on l'observe de coutume chez les tétaniques. Aussi mon étonnement fut grand lorsque, la paroi de la poitrine étant ouverte, je vis que le bord extérieur des deux poumons avait conservé son aspect normal, sa coloration grise naturelle et la perméabilité complète de son tissu.

Mais les poumons enlevés et examinés sur la table, je constatai des lésions d'un autre ordre. Cette apparence normale n'existait que dans le tiers antérieur des deux organes; les deux tiers postérieurs étaient denses, pesants, compacts, manifestement congestionnés; à la coupe on voyait sourdre un nombre infini de gouttelettes de mucus purulent; en un mot, nous avions affaire à une bronchite des plus intenses occupant tout l'arbre aérien, depuis la bifurcation de la trachée jusqu'aux bronches les plus ténues. Au point où j'avais, pendant la vie, reconnu du souffle, le parenchyme était plus friable qu'ailleurs, il y avait de la broncho-pneumonie.

Ainsi la mort était venue par le poumon, mais non à la manière réputée commune, c'est-à-dire à la suite de l'asphyxie; elle avait été réellement causée par une bronchite double occupant la presque totalité des deux poumons, et s'était développée avec une rapidité exceptionnelle.

Dans la prochaine séance je communiquerai un autre fait.

Ablation d'un cancer du rectum. — M. POLLAILLON lit une observation sur ce sujet. (Commission déjà nommée.)

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire : ARMARND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

LES HOPITAUX DE LONDRES

Le régime hospitalier à Londres offre de notables différences avec le système qui gouverne les hôpitaux de Paris. A Paris, c'est la municipalité qui pourvoit aux dépenses des hôpitaux et aux frais de la bienfaisance publique. Tous ces établissements sont, en outre, régis par une administration centrale dont les directeurs sont nommés par le Gouvernement. A Londres, au contraire, le gouvernement n'intervient que pour les établissements qui sont à sa charge; les autres, et c'est la grande majorité, dépendent, pour leur création comme pour leur entretien, de la bienfaisance privée. Quelques-uns de ces établissements remontent à une haute antiquité et possèdent la source même de leurs propres revenus. Tels sont les hôpitaux de Saint-Barthélemy, de Saint-Thomas, de Guy, etc. D'autres, et c'est le plus grand nombre, sont de création plus récente et sont soutenus par des donations, des legs et des souscriptions annuelles et volontaires. Ils sont administrés par les créateurs eux-mêmes, qui délèguent à cet effet un comité composé d'un président et d'un nombre de membres qui varie avec chaque institution. Ce comité s'assemble chaque semaine pour recevoir les rapports relatifs à l'économie intérieure de l'établissement et pour prendre les arrangements jugés convenables dans les cas ordinaires. Les affaires d'une plus haute importance sont examinées dans des assemblées générales des souscripteurs, convoqués extraordinairement dans ce but, et sont résolus à la majorité des voix.

En un mot, ce sont les sociétaires qui fixent et modifient les statuts et règlements, qui nomment et révoquent les employés, absolument comme un propriétaire le ferait pour son propre bien. De cet état de choses résulte l'indépendance absolue qui existe entre les différents hôpitaux de Londres.

Les établissements hospitaliers de la Grande-Bretagne sont très-peu fréquentés par les médecins étrangers : aussi, ne trouve-t-on que fort peu de documents qui les concernent. Les médecins et les chirurgiens ne reçoivent pas de salaire, mais perçoivent la somme d'argent que payent les élèves pour suivre la clinique. Aussi leurs revenus sont ils en raison directe de leur célébrité, et aussi, un peu, de la faveur dont ils jouissent parmi les étudiants. Le service des salles est fait par des infirmières salariées; les hommes n'y sont pas employés.

Chaque hôpital possède une pharmacie bien organisée et confiée aux soins du pharmacien, qui demeure dans l'établissement et reçoit un traitement annuel. Il est tenu de visiter deux fois par jour les malades du médecin; ceux du chirurgien sont visités par les internes, lesquels sont logés dans l'hôpital et nommés annuellement par le chirurgien, qu'ils doivent envoyer chercher dans les circonstances extraordinaires. Ils payent une certaine somme pour leur nourriture pendant l'année.

Les accidents et les cas sérieux sont admis d'urgence; mais un jour de la semaine est fixé pour la réception des cas moins importants : la sortie date du jour de la guérison. Comme il existe une grande disproportion entre le nombre de « patients » et celui des lits dont disposent les hôpitaux, on n'admet, sauf les exceptions citées plus haut, que certaines affections qui réclament des soins assez suivis. Les autres malades sont traités comme externes (*out-patients*), c'est-à-dire, ils logent chez eux et viennent de temps en temps à la consultation.

Comme la population s'accroît toujours et que le nombre de lits reste à peu près stationnaire, il est évident que le chiffre des « out-patients » doit suivre une progression croissante. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, à l'hôpital Saint-Barthélemy, le nombre est monté de 86,480 en 1859, à 132,789 en 1865, et la moyenne des cinq dernières années dépasse 130,000.

Dans cet hôpital, les cas sont divisés en deux catégories, dont la ligne de démarcation est fort peu définie. Ce sont les « casualities » et les « out-patients » proprement dits. Par « casualities » on en-

tend les maladies peu graves et les accidents de peu d'importance; le terme « out-patients » sert à désigner les malades qui ayant obtenu une lettre de recommandation signée d'un souscripteur, ont droit à recevoir des soins pendant une période de deux mois.

C'est dans la section « casualities » que l'accroissement est le plus marqué. Pendant la période décennale finissant en 1871, la moyenne a été 96,275 dont 61,950 cas médicaux et 34,325 cas chirurgicaux.

Le bâtiment consacré aux « casualities » se compose d'une grande salle d'attente, assez bien aérée et pouvant contenir environ six cents personnes. Les hommes se placent à une extrémité, les femmes à l'autre. Au nord, se trouvent deux petites chambres à consultations pour les cas médicaux; au sud, s'en trouvent quatre pour les cas chirurgicaux. Il existe également une chambre pour les consultations spéciales. Au centre de la salle se trouve un dispensaire où deux infirmières sont chargées de distribuer sur ordonnance certains médicaments d'un usage habituel, tels que gargarismes, liniments, pilules, etc. Souvent ces médicaments sont administrés sur place : c'est le véritable moyen d'assurer l'exécution exacte de l'ordonnance. A côté se trouve une armoire renfermant les remèdes plus actifs auxquels on a recours dans les cas urgents, tels que les contre-poisons. Cette armoire est confiée à la suveillance spéciale du surintendant; chacun des internes de service en possède une clef. Les ordonnances plus compliquées, au nombre d'environ 250 à 300 par jour, sont préparées dans la pharmacie située en face de la salle des consultations.

Les portes de la salle d'attente s'ouvrent à 9 heures du matin et se ferment à 10 heures ou à 11 heures, suivant la saison. L'ordre y est maintenu par le « curateur de la chirurgie » aidé de quatre surveillants. Cette mesure n'est pas inutile, vu le nombre des personnes qui attendent; on estime, en effet, que le lundi et le mardi il se présente plus d'un millier de malades dont les trois quarts sont atteints d'affections relevant de la médecine. Depuis quelques années, le service est modifié en ce qui concerne ces derniers; au lieu d'être visités par le pharmacien, comme cela se pratique en général, ils sont confiés aux soins des internes en médecine, comme les blessés le sont aux internes en chirurgie.

Le service, comme dans tous les hôpitaux de Londres, est très-encombré. Les médecins ont chacun à examiner une moyenne de 150 malades dans un temps fort limité. On a calculé que souvent ils n'avaient que 35 secondes pour faire le diagnostic de chaque malade. Il est évident que cette précipitation doit entraîner beaucoup d'erreurs funestes. L'état-major de l'hôpital se compose de trois médecins en chef, de trois chirurgiens en chef, et de trois aides, plus d'un certain nombre de médecins et chirurgiens résidants (*house-physicians* et *house-surgeons*). Chacun de ces derniers peut se faire aider par cinq élèves de clinique. Mais ceux-ci sont tellement absorbés par le service intérieur qu'ils ne peuvent pas s'occuper des « out-patients. » Il y a toujours deux médecins et deux chirurgiens de service, dont l'un pour les hommes et l'autre pour les femmes et les enfants.

Le service des chirurgiens est bien moins chargé que celui des médecins. Le chiffre des cas chirurgicaux atteint à peine la moitié du nombre des cas médicaux; de plus, la salle des consultations est bien plus commodément installée, en sorte que la visite peut être convenablement faite dans un délai raisonnable. Ce service est placé sous le contrôle du chirurgien résidant; c'était même lui qui décidait, jusqu'à ces derniers temps, s'il fallait admettre les malades au nombre des « out-patients », les renvoyer à l'aide-chirurgien, son supérieur, ou se les réserver. Désireux d'acquérir de l'expérience, il gardait naturellement pour lui les cas les plus intéressants. De là des plaintes bien fondées de la part des aides-chirurgiens, qui ne recevait plus guère que les personnes atteintes de maladies chroniques ou incurables.

Aujourd'hui, les lettres d'admission aux services plus importants sont délivrées par les « gouverneurs », le secrétaire de l'administration ou le « surintendant des casualities ». Le nombre en a été fixé à 80 par jour, dont 40 pour les affections médicales et 40 pour les cas chirurgicaux. Autrefois, on n'en délivrait en moyenne que 22 pour la chirurgie et 33 pour la médecine.

La moyenne annuelle des « out-patients » est de 19,000. Ce chiffre est resté à peu près invariable depuis quelques années, parce que les médecins n'ont vraiment pas le temps d'en voir davantage. Ceux-ci, en effet, arrivent à 11 heures 30 du matin et travaillent sans relâche jusqu'à 4 heures 1/2 et 5 heures du soir. On a calculé que la moyenne des visites est de 35 par heure. En présence de ces chiffres, on comprend combien cet encombrement est défavorable aux études. Il est impossible au chef de service, qui a le temps à à peine d'examiner chaque malade, d'expliquer aux élèves les symptômes de chaque maladie. Rien n'est plus préjudiciable, au professeur comme aux élèves, que cette visite à grande vitesse où le diagnostic est basé sur une observation rapide et sur des déductions superficielles.

Comme pour les « casualities », le service de la chirurgie est moins encombré, et pour les mêmes raisons. Les chirurgiens ont une moyenne de 70 à 80 cas à examiner chaque jour, et il est rare que la visite dure plus de deux heures.

L'hôpital Saint-Barthélemy possède également un service d'obstétrique, qui compte en moyenne 300 cas par an. On n'y admet que les malades demeurant dans un rayon d'un mille. On délivre les médicaments gratis.

Quant aux services spéciaux pour les maladies des yeux, des oreilles et de la peau, la fondation en est trop récente pour que la statistique puisse déjà en constater les résultats.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 26 octobre 1872, ont été nommés médecins aides-majors de 2e classe, pour prendre rang du 31 décembre 1872 et être classés, par suite de concours, suivant leur ordre de sortie du Val-de-Grâce,

MM. Bussard, Fournié, Belleau, Noquet, Mathelin, Bédel, Rullier, Cerviotte, Mendeville, Cabanié, Franck, Camus, Benech, Malinas, Romain, Blanc, Henne, Weill, Chupin, Maria.

Laval, Morin, Auban, Colnenne, Petit, Klein, Chatain, Carayon, Robuchon, Dufour, Audet, Ucciani, Boiland, Gerbault, Maury, Moser, Pouchet, Salivas, Lesbros, Gremion-Menuau.

Benoît, Saurey, Brochard, de Ferré, Alban, Ebstein, Pilliard, Apostoli, Gadit Gentil, Deckherr, Duc, Langlois, Salvetat, Hoingne, Ferrandi, Passabosc, Reverchon, Isambert, Maire, Sieffert.

Agut, Daymard, Oppermann, Jourdan et Grouille.

— Par décision ministérielle en date du 4 novembre 1872, les élèves du service de santé militaire en cours d'études à l'École de médecine de Montpellier sont appelés à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires au Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle en date du 4 novembre 1872, ont été nommés membres de la commission chargée d'étudier la réorganisation du service de santé militaire :

MM. de Martimprey, général de division. — Uhrich, intendant-général inspecteur. — Blot, général de brigade. — Blaisot, intendant militaire. — Laveran, médecin inspecteur, directeur de l'École de médecine militaire. — Périer et Marit, médecins inspecteurs. — Jeannel, pharmacien inspecteur. — Devèze, colonel du génie. — Gaffiot, sous-intendant de 1re classe. — Brault, médecin principal de 1re classe. — Pierron, officier d'administration, principal des hôpitaux militaires, membre secrétaire.

— *Collége de France.* — Il est institué, près la chaire de médecine expérimentale au Collége de France, un laboratoire d'histologie, dépendant de l'École pratique des hautes études (3e section).

M. Louis Ranvier, docteur en médecine, est chargé des fonctions de directeur-adjoint dudit laboratoire.

— *École pratique des hautes études.* — M. Dumas, membre de l'Institut, est nommé directeur d'un laboratoire libre de chimie

générale et de physiologie près l'École pratique des hautes études (section des sciences physico-chimiques).

— M. le docteur Billard du Boëlle, médecin de la Faculté de Paris, est nommé médecin titulaire du théâtre national de l'Odéon, en remplacement du docteur Galtier-Boissière, démissionnaire.

— La dernière livraison du *Messager médical* de Russie contient les renseignements officiels sur le choléra de 1871 en ce pays. Le choléra a éclaté en 52 gouvernements, 2 provinces et 1 district. Le nombre des individus atteints a été de 208,530; 80,388 individus ont succombé. La proportion du nombre des morts à celui des malades se monte d'après cela à 38,5 p. 100. Le plus grand nombre de cholériques (29,589) appartient au gouvernement de Tambow. Dans le gouvernement de Moscou, on a constaté 14,997 cas; dans celui de Saint-Pétersbourg, 3,268.

— Du 18 au 30 octobre, 94 cas de choléra, dont 27 suivis de mort, se sont déclarés à Ofen. Sur 29 soldats atteints, 5 ont succombé. A Pesth, il ne s'est déclaré jusqu'à ce jour qu'un seul cas de choléra.

— Les cas de choléra dans la ville d'Ofen, pour la journée du 2 au 3 novembre, ont été de 42, dont 7 décès. A Pesth, 16 cas et 2 décès. On signale d'autres cas à Raab, Unghyar, Kashau et dans le comtat de Pesth et de Marmosen. Le 3, il y a eu à Ofen 28 nouveaux cas et 12 décès.

— Suivant un avis officiel, le choléra a éclaté dans le voisinage de Kreisstadt et de Johannisberg.

Il y a eu quelques décès.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 131. — MARDI 12 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 12 NOVEMBRE 1872. — N° 131.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier). — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l'aide de l'écraseur (M. Verneuil). — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Variétés : les Hôpitaux de Londres. — Nouvelles.

Paris, le 11 novembre 1872.

A la fin de cette année, M. le docteur Bazin, parvenu à la limite d'âge, va quitter l'hôpital Saint-Louis. Quelques-uns de ses élèves ont voulu que cet hôpital conservât le souvenir de son enseignement clinique si remarquable.

Des collègues de M. Bazin se sont associés à cette idée, et une souscription est ouverte pour arriver à placer le buste du maître dans la salle où il faisait ses conférences.

Voici la liste des personnes qui se sont déjà fait inscrire :

MM. Hardy	100 fr.
Verneuil	40
Baudot	20
Beaumetz	20
Dè Bove	20
Bourgeois	20
Chevalet	20
Danjoy	20
Delahaye	20
Demeules	20
Demarquay	20
Desormeaux	20
Dumontpallier	20
Duplay	20
Féréol	20
Fernet	20
Gé in-Roze	20
Gubler	20
Guirard	20
Guibout	20
Hemey	20
Hilairet	20
Isambert	20
E. Labbé	20
Labbée	20
Lailler	20
Lancereaux	20 fr.
Landoury	20
Leudet	20
Martineau	20
Muron	20
Panas	20
C. Paul	20
Quinquaud	20
Raynaud	20
Ricord	20
Schweick	20
Siredey	20
Teissier	20
Tillaux	20
Tillot	20
Vérité	20
Vidal	20
Lordereau	5
La *Gazette des Hôpitaux*	100

L'idée de perpétuer par un pareil hommage le souvenir d'un enseignement qui a été l'un des plus suivis, l'un des plus originaux et des plus utiles à la fois de l'enseignement libre, honore également ceux de nos confrères qui en ont eu l'initiative et l'éminent praticien qui en est l'objet. La *Gazette des Hôpitaux*, qui a été si souvent l'écho de cet enseignement et qui a si activement concouru à propager les idées et les doctrines de M. Bazin, ne peut que s'associer à cette généreuse idée.

LA RÉDACTION.

Les souscriptions continueront à être reçues chez M. le docteur Constantin Paul, rue de l'Université, 29, et dans les bureaux de la *Gazette des Hôpitaux*, rue des Saints-Pères, 57.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. BÉHIER.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

Je vous entretiendrai maintenant d'un troisième malade, couché au n° 41 de la salle Sainte-Jeanne.

C'est un homme âgé de 34 ans, exerçant la profession de garçon de magasin.

Il y a trois mois, il était dans le service de M. Richet, pour une

(1) Suite. — Voir les numéros des 2-5 et 7 novembre 1872.

manifestation de la diathèse scrofuleuse, pour une kérato-conjonctivite des deux yeux. Vers le 15 mars 1872, sans cause connue, il fut pris pendant la nuit d'un refroidissement, avec violent frisson et point de côté très-douloureux siégeant à droite. Le lendemain, le frisson se renouvela; on fit appliquer sur le côté douloureux des ventouses scarifiées et un vésicatoire. La dyspnée devint de plus en plus considérable, et, le 2 avril, ce malade entrait dans notre service.

C'est un homme pâle, amaigri, très-fatigué, d'apparence chétive; il présente tous les attributs extérieurs de la scrofule; l'examen seul suffit à le fatiguer; il a perdu complétement l'appétit; le côté droit, en totalité, est endolori, sans qu'il y ait de point de côté véritable.

A la percussion, en arrière, matité occupant toute la moitié inférieure droite, et augmentant de haut en bas. En avant, lorsque le malade est assis, la matité commence à deux travers de doigt au-dessus du mamelon; lorsqu'il est couché sur le dos, cette matité ne s'étend que jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon.

L'auscultation permet de reconnaître dans la partie moyenne de la cavité pleurale droite, en arrière, des râles sous-crépitants assez fins, avec un peu d'exagération du retentissement de la voix. Dans le tiers inférieur, la respiration est soufflante, non tubaire, mais un peu rude. La voix est, dans la même région, œgophone, mais un peu bourdonnante en même temps, bien que ce ne soit pas à vrai dire de la broncho-œgophonie véritable. En avant, sous la clavicule gauche, nous constatons aussi un peu de submatité, une notable sécheresse de l'inspiration et de l'expiration, qui est prolongée.

Pendant le sommeil, le malade est dans le décubitus dorsal, la tête un peu élevée, la respiration haute; de temps en temps, elle est pénible et paraît nécessiter de grands efforts.

Le 4 avril, la respiration s'entend encore très-bien en haut, en arrière, mêlée de râles sous-crépitants, mais la matité remonte jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate. La mensuration, pratiquée comparativement sur les deux côtés de la poitrine, montre une dilatation, du côté droit, de 2 centimètres.

Nous pensions donc qu'il s'agissait, dans ce cas particulier, d'un épanchement peu considérable, masquant une pneumonie caséeuse et non une de ces phlegmasies pulmonaires franches, à cycle bien franchement défini.

En effet, ce sujet avait une apparence misérable, qui dénotait une déchéance avancée de son organisme, et la densification bâtarde du poumon indiquait nettement que la tuberculose et la scrofule exerçaient leur puissante influence sur ces manifestations diverses.

Quoique l'épanchement fût modéré, néanmoins la dyspnée était assez marquée; la respiration, souvent accompagnée de plaintes, dénotait une hématose péniblement accomplie et tout à fait insuffisante, ce qui ne pouvait que contribuer à affaiblir le malade; aussi me décidai-je à pratiquer la thoracentèse pour enlever, par la soustraction de l'épanchement, une cause de dyspnée.

Cette opération fut faite avec l'appareil de M. Castiaux.

Comme nous étions sûrs de la présence de l'épanchement, une ponction fut pratiquée d'emblée avec un trocart capillaire dans le 8e espace intercostal. Quoique tous les signes relevés nous fissent croire qu'à ce niveau l'épanchement était net et précis, néanmoins il ne s'écoula aucun liquide après que le trocart eut été retiré de la canule; on enfonça alors un peu la canule, et une très-petite quantité de sang ne tarda pas à se montrer.

Malgré le trouble qui se manifestait sur le visage de quelques-uns des assistants, je dois dire que je restai fort calme, ne me préoccupant pas réellement de ce petit incident; en effet, d'une part, la quantité de sang qui sortit était très-minime et bien différente de ce qui se serait écoulé si le poumon avait été lésé; en outre, il n'y eut ni toux ni expectoration sanguinolente, ce qui est, selon moi, à peu près inévitable quand, le poumon étant lésé, il pénètre du sang dans les bronches.

La gouttelette de sang qui était venue ne sortait donc pas du poumon, mais elle devait venir des fausses membranes pleurales qui avaient été soulevées et déchirées par l'extrémité de la canule.

L'examen micrographique fait ultérieurement par M. Liouville démontra, du reste, dans les petits fragments membraneux que ramena la canule, un développement notable de vaisseaux de formation récente. La canule fut retirée; mais, convaincu qu'il existait un épanchement séreux, je fis pratiquer vers le même point une ponction à l'aide de l'aiguille très-fine qui garnit le tube explorateur de M. Castiaux; je pensais, en effet, que cette aiguille très-fine traverserait les fausses membranes sans les déchirer et pourrait parvenir à l'épanchement. Je ne m'étais pas trompé, et il en fut ainsi. Une sérosité citrine afflua dans le tube explorateur sans aucun mélange de sang. Nous fîmes alors une ponction à l'aide du trocart capillaire, en ayant soin de l'enfoncer à l'endroit même qu'occupait l'aiguille exploratrice qui venait de nous donner cette sérosité limpide. Le dard fut retiré, l'aspiration fut pratiquée, et, à notre grand étonnement, il ne vint dans l'appareil qu'une petite gouttelette sanguinolente. Ce résultat confirmait l'explication que je vous donnais tout à l'heure, à propos de l'insuccès de la ponction précédente. En effet, l'aiguille exploratrice avait été enfoncée plus profondément que le trocart capillaire, et certes, si la très-minime quantité de sang venu lors de la première tentative infructueuse avait été le fait d'une blessure pulmonaire, l'aiguille exploratrice aurait fait à cet organe une blessure bien plus profonde, et l'aspiration qui aidait à cette aiguille n'eût pas manqué de faire jaillir le sang dans le tube aspirateur qui n'avait ramené, comme vous l'avez vu, que de la sérosité liquide et sans mélange. Mais nous n'obtenions pas toujours l'issue de l'épanchement que nous désirions.

Voyant que l'aiguille de l'appareil explorateur réussissait mieux que le trocart, même capillaire, je fis introduire de nouveau cette aiguille; on y adapta le tube aspirateur, et 600 grammes de sérosité citrine, sans aucune trace de sang, furent retirés; puis, pour faciliter l'écoulement que l'on espérait encore, le trocart fut de nouveau substitué à l'aiguille; mais, cette fois encore, aucune trace de sérosité ni de sang ne sortit par la canule. L'opération en resta là. Nous constatâmes alors que le souffle pleurétique, quoique diminué, persistait avec un certain degré de rudesse. La voix, moins œgophone, était toujours bourdonnante; les vibrations de la voix, moindres encore à la palpation que du côté gauche, étaient cependant mieux perçues qu'avant l'opération. Le malade se disait soulagé par l'opération; la dyspnée était moindre.

Plusieurs remarques peuvent être faites, messieurs, sur ce qui s'est passé à propos de ce malade. Et d'abord, pourquoi n'avons-nous pu extraire de la poitrine qu'une quantité de sérosité aussi minime? Les signes qui furent constatés après l'opération permettaient bien d'affirmer qu'il restait encore peu, mais un peu de liquide. Si vous rapprochez de cette constatation d'une collection mal caractérisée la qualité du souffle un peu rude, perçu à la partie inférieure, la vibration bourdonnante de la voix et la présence dans la canule du trocart capillaire de débris néo-membraneux vascularisés, c'est-à-dire assez fortement organisés, vous pouvez arriver à penser, comme je le fais, quant à moi, que, chez ce malade, il existait une couche très-épaisse de néo-membranes, dans les mailles desquelles pouvaient être emprisonnées des collections liquides circonscrites. Il n'est pas jusqu'aux autres conditions que présente ce malade et qui établissent son état tuberculeux qui peuvent conduire à cette opinion; car, ainsi que vous le savez, c'est chez les malades de cette sorte que les fausses membranes de la plèvre sont souvent plus abondantes, à propos même du travail chronique dont le poumon est le siége.

Autre remarque d'une tout autre nature. Cinq ponctions ont été pratiquées en peu de temps chez ce malade dans le même côté de la poitrine, et vous avez pu voir qu'il n'est résulté pour

lui, de ces opérations multiples, aucune espèce d'inconvénients. Pas de fièvre plus forte, pas d'expectoration sanguinolente ou plus abondante, pas de douleur, rien en un mot qui puisse être mis à la charge de l'opération par laquelle il fut soulagé (1).

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM

ET DE LEUR TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF PAR LA RECTOTOMIE LINÉAIRE OU SECTION LONGITUDINALE DE L'INTESTIN A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR (2).

Obs. VI. — La dernière observation est intéressante, surtout par la bénignité apparente du mal, parce que le rétrécissement resta longtemps méconnu, et enfin en raison des difficultés extrêmes que présenta la section de l'obstacle.

M. C..., 25 ans, assez grand, mais d'une constitution chétive, vint me consulter pour une affection de l'anus, dont il souffrait depuis plus de trois mois. L'année précédente, un abcès s'était formé, une fistule s'était établie. Quelques mois après, un chirurgien avait incisé cette fistule sans chloroformiser le malade, et probablement sans explorer complétement le rectum. J'émets cette assertion parce que le sujet, étant d'une rare pusillanimité, se déroba en poussant des cris lorsqu'à mon tour je cherchai à pratiquer le toucher.

L'opération n'avait amené aucun soulagement.

A mon examen, je constatai que les trois quarts externes de l'incision étaient cicatrisés, mais qu'au voisinage de l'orifice existait une petite plaie en forme de fissure, de quelques millimètres de large et d'un centimètre environ de longueur. De cette plaie partait un décollement de 5 centimètres, dirigé d'arrière en avant vers les bourses, qui suppurait abondamment et devenait incessamment le siége de poussées inflammatoires très-douloureuses.

Je crus que ce trajet, qui, au dire du malade, existait déjà lors de la première opération, était la cause de la persistance du mal, et pris jour pour l'opérer.

L'opération eut lieu à la campagne, dans le premiers jours de mai 1871, avec le concours de M. le docteur Merle, mon élève et mon ami. M. C... était dans un état moral fâcheux, et nous vîmes qu'il succomberait nécessairement. La chloroformisation fut extrêmement laborieuse et n'exigea guère moins de vingt-cinq minutes.

Je passai rapidement une chaîne dans le trajet sous-cutané mentionné plus haut; puis, ayant écarté les bords de la petite fissure qui se prolongeait en haut vers le rectum, j'y passai un stylet. Cet instrument s'engagea parallèlement à la paroi rectale, et en dehors d'elle, jusqu'à 3 centimètres de profondeur. Je voulus naturellement en suivre le trajet en introduisant l'index dans le rectum, mais je fus arrêté à 2 centimètres environ de la marge par un rétrécissement fort étroit et très-résistant.

Je parvins à le franchir en employant une certaine force, et pénétrai de la sorte dans l'ampoule rectale. Le rétrécissement était circulaire, haut de 15 millimètres en moyenne, et faisait une saillie de plus d'un centimètre dans la cavité rectale.

En vain je cherchai au-dessus de lui l'extrémité de la sonde. Malgré les diverses courbures imprimées à sa pointe, l'instrument paraissait plutôt s'écarter de l'axe du rectum à mesure que je le poussais plus profondément. A deux reprises, pendant ces explorations, le malade s'était réveillé, et il avait fallu recommencer les inhalations.

La séance durait depuis près de trois quarts d'heure. Mon seul aide et moi étions fatigués d'avoir eu à contenir les mouvements désordonnés du patient. J'en restai donc là pour cette fois, mais avec la conviction qu'il faudrait une nouvelle opération pour achever la cure.

La cicatrisation de la plaie superficielle marcha sans encombre, mais lentement; la fissure anale, vestige de la première opération, persista sans changement, et si les poussées inflammatoires superficielles cessèrent, les symptômes du rétrécissement persistèrent, consistant en ténesme, alternatives de constipation et de diarrhée, troubles gastriques, etc.

En octobre 1871, je fis la dernière opération. Je retrouvai le rétrécissement dans l'état que j'ai indiqué plus haut, et ne fus pas plus heureux en essayant de conduire le stylet jusqu'au delà de l'obstacle. J'étais toujours arrêté à 3 centimètres environ, et il s'en manquait de plus de 15 millimètres que j'arrivasse à la partie saine du rectum. Je me décidai donc à faire un trajet artificiel. On ne saurait s'imaginer combien la chose fut difficile. Toutes les sondes cannelées pliaient. J'employai le poinçon du trocart courbe du côté mousse, mais il ne pouvait traverser les tissus indurés. Je ne pus frayer la route qu'avec des ciseaux courbes à extrémité mousse et fermés bien entendu, qui, poussés lentement, prudemment, mais avec force, finirent par traverser le massif fibreux, à faire enfin saillie sous la muqueuse et à perforer cette dernière sur la pulpe de l'index gauche tenu dans le rectum.

Difficultés nouvelles quand il fallut remplacer les ciseaux courbes par une sonde cannelée, puis glisser dans la rainure de celle-ci le stylet conducteur de la chaîne, et enfin ramener par l'anus l'extrémité recourbée de ce dernier instrument.

On n'aurait pas eu plus de peine à manœuvrer dans du bois, et plusieurs fois je crus qu'il y faudrait renoncer.

De même, une fois la chaîne fermée, je dus employer toute ma vigueur pour sectionner le tissu fibreux. Il fallut près de trois quarts d'heure pour terminer cette séance.

J'ai cru utile de signaler ces difficultés, qui ont atteint ici leur maximum, mais qui se sont retrouvées, bien qu'à un moindre degré, dans la plupart des autres faits. Il est bon de savoir que l'application de la chaîne, dans ces cas, n'est pas chose facile et qu'elle exige de la patience et souvent de la force.

Au reste, les suites furent d'une bénignité absolue; des com-

---

(1) L'épanchement, très-diminué par la thoracentèse, chez ce malade, resta cependant encore perceptible, mais sans phénomènes graves, pendant dix jours. Un large vésicatoire avait été appliqué dès le second jour. Vers le onzième jour, des signes nouveaux de recrudescence de la pneumonie se manifestèrent vers la partie moyenne du côté droit, en arrière (râles sous-crépitants, retentissement notable de la voix), en même temps que la température s'éleva (de 37 à 39), ainsi que le pouls (de 76 à 100). Un second vésicatoire fut appliqué. La potion de Todd, à 80 grammes, fut administrée, et une amélioration notable fut obtenue. Mais les signes de tuberculisation allèrent en se développant, et ils étaient très-évidents, quoique le malade prétendît être mieux, losqu'il quitta le service le 6 mai. Il a été revu depuis par nous dans les circonstances suivantes, à l'Hôtel-Dieu, d'abord, et par M. Liouville, mon chef de clinique, à l'Asile de Vincennes, en août 1872.

D'après ce que nous avons pu comprendre de diverses modifications qui seraient survenues dans son état local et dans son état général, il aurait eu, chez lui, ce qu'il appelle *une crise très-grave*, dans laquelle il aurait eu une *vomique*, et il se serait produit à la fois un *abcès* qui se serait ouvert en avant, entre deux côtes, presque au niveau du milieu de la région qui correspond au foie.

L'aggravation de l'état général, amaigrissement, fièvre, état hectique, sueurs et dépérissement se sont alors arrêtés, et, presque en peu de jours, il serait entré dans une sorte de convalescence.

Il n'aurait plus eu de crachement de matière putriforme abondante, et l'abcès seul aurait laissé une fistule.

C'est alors qu'il serait venu consulter M. le professeur Richet, et quand cette fistule, par laquelle on pouvait, nous a-t-on dit, introduire des stylets et des injections qui pénétraient fort loin, fut presque complétement guérie, et que l'état général réclama le grand air et des forces, on le dirigea vers Vincennes.

En août 1872, il y était encore, mais alors en pleine voie de convalescence complète.

Il fut examiné, avant sa sortie définitive, par MM. les docteurs Du Mesnil et Liouville, qui constatèrent qu'il n'y avait plus que des signes de pleurésie ancienne, avec une tendance à la déformation thoracique, mais que l'état général avait repris tellement vite une amélioration complète, que le pronostic porté à sa sortie de la salle Sainte-Jeanne (Clinique médicale) devait être adouci, et que le malade, à ce moment, pouvait, pour un temps très-long sans doute, être regardé comme absolument guéri de sa pleurésie et des complications qu'elle avait entraînées.

(2) Suite. — Voir les numéros des 26, 29 octobre, 7 et 9 novembre 1872.

presses d'eau fraîche constituent tout le pansement jusqu'à la détersion de la plaie. A partir du 6e jour, on commença à introduire des mèches, car une partie du rétrécissement avait été épargnée et l'on pouvait craindre une récidive.

Progressivement, les mèches acquirent jusqu'à 3 centimètres de diamètre et furent conservées toute la nuit.

La cicatrisation, comme la première fois, fut très-lente à obtenir. L'état général du malade en est cause. En effet, deux hémoptysies survinrent, annonçant une poussée tuberculeuse pour laquelle j'envoyai M. C... dans le midi.

J'ai fait un dernier examen il y a trois mois environ. La suppuration a cessé, et la santé générale est satisfaisante; les troubles intestinaux ont disparu. La paroi rectale a repris en partie sa souplesse, mais une bride très-appréciable existe encore au niveau de l'obstacle. La défécation s'exécute sans difficulté.

Les résultats avantageux obtenus dans les cas précédents et l'extrême simplicité des suites après des opérations cependant fort sérieuses me donnèrent la hardiesse d'appliquer la rectotomie verticale à un cas relativement léger, mais qui, malgré sa bénignité, amenait des troubles inquiétants dans la santé générale et avait d'ailleurs résisté à des moyens nombreux et employés avec persévérance.

N'ayant pas de route pathologique tracée à l'avance, je fis d'emblée une voie artificielle dans les parties saines, en choisissant, à la périphérie du rectum, le point où ne se rencontre aucun organe essentiel, c'est-à-dire le raphé médian postérieur ou ligne étendue de la pointe du coccyx à la commissure anale.

C'est là que je place le lieu d'élection de la rectotomie linéaire quand on a le choix libre et qu'aucun trajet fistuleux ne sillonne la marge de l'anus.

Je rapporterai cette observation avec détail pour guider ceux qui voudraient combattre de cette manière les rétrécissements simples de la partie inférieure du rectum.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1872. — Présidence de M. Moissenet.

LECTURE

M. DUJARDIN-BEAUMETZ donne lecture du travail suivant :

Des altérations des tubes en caoutchouc par les injections iodées. — Messieurs, dans votre dernière séance, notre collègue, M. Bucquoy, présentait à la Société un tube en caoutchouc, qui, après avoir été introduit dans la poitrine d'un individu atteint d'empyème, et auquel on avait pratiqué par ce moyen des injections iodées, offrait des altérations telles, que, la sortie de ce tube ayant été rendue impossible, il avait fallu, par une opération longue et douloureuse, l'extraire du thorax. Ce fait nous avait vivement frappé, et d'autant plus que, le matin même, pareil accident avait failli nous arriver; il s'agissait cette fois d'un malade atteint de kyste hydatique du foie, dans lequel nous injections, par de longues sondes en caoutchouc, des solutions iodées. Une de ces sondes, après avoir présenté quelque difficulté dans son introduction à travers l'ouverture faite par la ponction, se brisa au moment où nous la retirions; et ce fut, pour ainsi dire, par miracle, que nous pûmes en retirer l'extrémité ainsi détachée de la partie principale.

Devant de pareils faits, nous résolûmes d'instituer une série d'expériences qui nous permît d'étudier à fond cette question des altérations des tubes en caoutchouc, dans les cavités closes suppurantes et où l'on pratique des injections modificatrices. Cette question paraissait pour nous d'autant plus intéressante que, depuis quelque temps, on pratique dans les cas d'empyème ce mode opératoire, et que, même pour certains médecins, M. Chassaignac en particulier, le drainage est le meilleur mode de traitement des affections suppuratives de la plèvre.

La première question que nous avions à résoudre était la suivante : le pus à lui seul peut-il altérer profondément les tubes en caoutchouc? La réponse est complétement négative. Nous avons, en effet, plongé pendant des jours, des semaines, des mois, des tubes en caoutchouc dans des flacons contenant du pus souvent renouvelé, nous n'avons jamais observé d'altération profonde de ces tubes, quelle que soit la durée de l'expérience; et, sauf une très-légère augmentation de volume et qui se produit toutes les fois qu'un tube, vulcanisé ou non, est plongé dans un liquide, nous n'avons observé aucune autre altération, soit dans la structure, soit dans l'élasticité de ces tubes.

Une fois ce premier point résolu, restait alors l'influence des injections modificatrices. Nous instituâmes donc une seconde série d'expériences qui nous permit rapidement d'établir que la teinture d'iode seule avait une action manifeste. Lorsqu'on plonge, en effet, des tubes en caoutchouc dans des solutions d'acide phénique plus ou moins étendu dans l'eau ou dans l'alcool, ou bien dans l'alcool pur, ou bien encore dans des solutions de permanganate de potasse, on n'observe que des modifications à peine appréciables qui portent tout entières sur la transparence plus ou moins complète des parois, mais qui ne modifient en rien la résistance et l'élasticité du tube.

Ces mêmes résultats négatifs s'observent dans les solutions au chloral (au centième), qui nous paraissent modifier fort heureusement les surfaces suppuratives et en particulier celles des plèvres, et sur lesquelles nous appellerons prochainement l'attention de la Société.

Il n'en est pas de même des solutions iodées; ces dernières altèrent très-rapidement et très-profondément les tubes en caoutchouc.

La connaissance de ces altérations mérite que nous y insistions d'une façon toute particulière. Pour juger exactement le mode de production de ces altérations, nous avons établi les expériences suivantes :

Dans des flacons contenant des solutions plus ou moins concentrées de teinture d'iode dans l'eau, nous avons plongé des tubes en caoutchouc, et, chaque jour, nous observions les modications qu'ils subissaient. On peut juger, par les nombreux exemples que je mets aujourd'hui sous les yeux de la Société, combien ces altérations sont apparentes.

Lorsque l'on plonge un tube en caoutchouc vulcanisé dans de la teinture d'iode pure, on observe, au bout d'un temps très-court (12 à 48 heures), des altérations qui sont caractérisées par les faits suivants : il se fait une augmentation considérable du diamètre du tube, et, pour ne citer qu'un seul chiffre, je dirai qu'un des tubes, qui présentait cinq millimètres de diamètre, offrait, le lendemain, quinze millimètres de diamètre; et cette augmentation de volume était telle, dans nos expériences, que souvent nous ne pouvions retirer les tubes des bouteilles qui servaient à nos essais.

Cet accroissement ne porte pas seulement sur le diamètre, mais encore sur les parois qui paraissent aussi augmenter d'épaisseur. L'apparence annelée de ces tubes est aussi exagérée, et des stries alternativement transparentes et foncées se montrent à leur surface. L'élasticité, chose curieuse, ne paraît pas profondément modifiée, et nous avons pu garder pendant des mois des tubes en caoutchouc ainsi trempés dans la teinture d'iode sans que pour cela ils aient perdu de leur souplesse. Cependant, lorsque l'on fait des tractions un peu trop énergiques suivant la longueur de ces tubes, ils se brisent facilement.

Mais, à mesure que l'on vient à étendre d'eau la teinture d'iode, on observe d'autres modifications encore plus considérables et plus importantes. A cette augmentation de diamètre, qui est le fait constant, viennent s'ajouter bientôt une friabilité excessive, une dureté anormale des parois qui font que ces dernières se brisent sous l'influence du moindre effort. Voici par exemple un tube en caoutchouc qui a été plongé dans une solution contenant dix grammes de teinture d'iode pour cinquante grammes d'eau. Dès le lendemain de l'expérience, on notait une augmentation de volume, ainsi qu'une striation très-marquée avec diminution de l'élasticité. Le lendemain, le tube était devenu dur et cassant, et, cinq jours

après, on voyait ce tube se briser de toutes parts, présentant non-seulement des fissures transversales, mais encore des fentes longitudinales et offrant un aspect cailleux, rugueux et dont les parois se fragmentent sous la moindre pression. Ce changement est d'autant plus visible que l'on peut comparer la portion du tube qui n'a pas été en contact avec la solution et qui conserve, avec son diamètre primitif, toute sa souplesse et son élasticité. A coup sûr, il serait impossible de retirer un tube ainsi altéré, par l'ouverture qui l'aurait laissé pénétrer, sans le briser et sans laisser dans la cavité close des fragments plus ou moins considérables.

Dans nos expériences, il nous est arrivé bien souvent de ne pouvoir retirer des flacons où nous les avions fait pénétrer, les tubes en caoutchouc ainsi modifiés par les solutions iodées.

Lorsque la quantité de teinture d'iode contenue dans les solutions est très-légère, les altérations sont peu considérables; ainsi, dans une solution iodée au centième, on observe sur le tube qui y est plongé une très-légère augmentation de volume, avec striation très-marquée à la surface, qui devient ainsi rugueuse au toucher, mais cependant l'élasticité est encore assez bien conservée pour que l'on puisse faire sans le briser une traction énergique.

Mais les mêmes altérations que nous avons notées précédemment ne se retrouvent plus lorsque la solution iodée s'abaisse au-dessous du chiffre de cinquante centigrammes de teinture d'iode pour cent grammes d'eau. Dans ce dernier cas, c'est à peine si l'on observe une très-légère modification à la surface même de ces tubes.

Ainsi donc, d'après nos recherches, les altérations des tubes en caoutchouc qui augmentent de volume et deviennent durs et cassants se montrent surtout dans les solutions qui contiennent depuis cinquante grammes de teinture d'iode jusqu'à trois grammes et demi pour cent d'eau. A partir de ce chiffre, les altérations sont moins profondes, et elles modifient de moins en moins l'élasticité du tube. Notons toutefois ce fait curieux, c'est que la teinture d'iode pure, si elle agit très-rapidement pour augmenter le volume du tube, ne paraît pas modifier aussi rapidement son élasticité que les solutions d'iode plus étendues.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

LES HOPITAUX DE LONDRES (1)

Après l'hôpital Saint-Barthélemy, il faut citer l'hôpital de Guy. Dans cet établissement, les maladies sont divisées en onze catégories, dont les cas chirurgicaux, les cas médicaux, les maladies des yeux, celles des oreilles, les accouchements à domicile, les maladies des femmes, puis les cas chirurgicaux et médicaux de peu d'importance, etc. Ces derniers, qui correspondent aux « casualities » de Saint-Barthélemy, atteignent environ les deux tiers des malades « externes » dont la moyenne annuelle est de 75,000 environ.

Ce département est gratuit : les malades sont reçus dans la « chirurgerie », qui est disposée à cet effet et contient deux cabinets pour les consultations spéciales. La direction en est confiée au « junior house-surgeon », lequel est élu après concours, parmi les internes. Il exerce ces fonctions pendant deux mois, après lesquels il passe « senior house-surgeon » et est chargé du service intérieur. Pendant la durée de son service, il est aidé de huit externes, qui se relayent de deux heures en deux heures, de 9 heures du matin jusqu'à 5 heures du soir. Pendant la nuit, c'est l'interne de service qui est chargé de donner les premiers soins aux accidents, de concert avec le « senior house-surgeon ». Les cas qui demandent un traitement suivi sont renvoyés au service des « out-patients. »

Comme à Saint-Barthélemy, les cas légers — qui, par parenthèse, atteignent à peine le septième du nombre soigné dans ce dernier hôpital — sont confiés au médecin résidant, aidé d'un certain nombre d'élèves. Ces derniers ne peuvent ordonner que des médicaments assez anodins; le chef seul peut prescrire des remèdes actifs, dont la liste est affichée dans la salle des consultations. Le service se fait sous la surveillance du médecin résidant, par les élèves, qui se réunissent par deux pour s'entendre pour la meilleure marche à suivre.

Les « out-patients » proprement dits sont au nombre d'environ 27,000. Ce service fait exception; il est si bien organisé que l'encombrement y est à peine sensible. Les malades se rendent dans une salle d'attente pouvant contenir de 2 à 300 personnes. Les portes s'ouvrent à 11 heures du matin pour se fermer à midi, et même plus tôt si la salle est pleine. On y examine d'abord les cas anciens (hommes), puis les femmes, puis enfin les cas nouveaux (hommes). La direction de ce service est confiée, chacun en ce qui le concerne, au médecin et au chirurgien, auxquels sont adjoints un certain nombre d'élèves.

De chaque côté de la salle se trouvent trois chambres à consultations, dont une pour les hommes, une pour les femmes, et l'autre à l'usage spécial du médecin ou du chirurgien. Dans chacune de ces chambres se tiennent quatre élèves chargés d'écrire les ordonnances sous la dictée du chef de service. Ce dernier distribue aux malades atteints d'affections graves des lettres, qui leur donnent le droit de recevoir des soins et des médicaments pendant une période de deux mois. On leur distribue également des bulletins de diverses couleurs, qui servent à indiquer le genre de maladie dont ils sont atteints; ainsi les bulletins rouges désignent les tumeurs au sein; les bleus, l'œdème des extrémités, etc. En général, la visite est terminée à 4 heures de l'après-midi.

Le service des ophthalmiques est parfaitement organisé. Les salles de visite sont installées de façon à pouvoir employer 12 ophthalmoscopes à la fois. Tous les ans, 400 malades environ sont admis aux services intérieurs; 4,000 environ sont traités comme « out-patients. » La moyenne annuelle des opérations n'a jamais été au-dessous de 600.

Les affections particulières aux femmes forment l'objet d'un service spécial, sous la direction de deux chirurgiens-accoucheurs, aidés de deux internes d'obstétrique, « senior » et « junior. » Ceux-ci sont nommés à tour de rôle pour un mois et sont logés et nourris par l'hôpital. Ils doivent surveiller, instruire et conseiller les externes qui doivent avoir suivi les cours de l'établissement pendant deux ans. Les externes sont nommés pour une période de deux mois, pendant lesquels ils doivent habiter à proximité de l'hôpital et s'y rendre au premier appel. Chaque accouchée doit être visitée au moins quatre fois pendant la première semaine. L'externe de service doit rédiger, dans la quinzaine, l'historique de chaque cas, avec la description détaillée de toute déviation à la marche habituelle qui pourrait avoir eu lieu. Dans toute complication, il doit avoir recours à l'accoucheur ou à l'interne de service. Il lui est expressément défendu de se servir du forceps, de faire aucune opération et d'administrer le seigle ergoté. Toute infraction à ce règlement entraîne sa suspension immédiate par l'interne en attendant le jugement définitif des chefs de service.

Le troisième hôpital-type de Londres est celui de Saint-Thomas. Jusqu'en 1834, on y recevait fort peu de « out-patients. » La charte de fondation réservait tous les revenus au « bien-être des pauvres malades » reçus dans l'établissement.

Par ce côté, cet hôpital offre un point de resssemblance avec nos hôpitaux de France. Ce n'était pas, comme ses congénères à Londres, un établissement spécialement destiné à soigner des cas aigus et des accidents graves; tout malade y était admis, quel que fût le genre de sa maladie, quels que fussent son âge et les chances de sa guérison. Mais, avec l'accroissement de la population, les « gouverneurs » sentirent la nécessité de faire profiter à un plus grand nombre de pauvres la science et l'habileté du corps médical attaché à l'établissement. Aussi, en 1843, le nombre toujours croissant des « out-patients » exigea-t-il la nomination de deux mé-

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

decins et de deux chirurgiens, dont chacun était de service deux fois par semaine. Aujourd'hui, par suite de diverses combinaisons du service intérieur, un seul médecin est chargé de ce service, auquel il se consacre quatre fois par semaine.

Dans cet hôpital, comme dans les deux précédents, les malades sont divisés en cas légers et en « out-patients. » La moyenne annuelle est de 65,500 dont 48,000 environ figurent sur la liste des « out-patients. » Les malades y sont admis nuit et jour, mais la majorité des examens a lieu de 9 heures à midi. Les cas médicaux, au nombre d'environ 15,600, sont visités par le pharmacien résidant et son aide, sans être secondés par les étudiants, comme c'est l'usage dans les autres hôpitaux de Londres. Malgré toute sa science et toute son expérience, il est matériellement impossible qu'il puisse faire convenablement ce service. En effet, le pharmacien en chef est en même temps le secrétaire de l'école de médecine attachée à l'hôpital; il fait partie de sept comités dont il est chargé de rédiger les procès-verbaux. C'est lui qui certifie toute commande de médicaments; il est responsable de leur emploi, prix et qualité.

C'est encore lui qui fait le service dont les médecins résidants sont chargés dans les autres hôpitaux, et délivre les admissions aux personnes gravement atteintes; il fait deux fois par jour la visite des salles et encourt la responsabilité de tout ce qui arrive en l'absence du médecin. Enfin il a la surveillance de tous les employés et fait exécuter le règlement. En un mot, c'est le pivot sur lequel roule tout l'agencement de l'hôpital. On comprend facilement que cette multiplicité des fonctions doit nuire à la bonne exécution de chacune d'elles, car il est impossible à un seul homme de les remplir avec tout le soin qu'elles exigent.

Il en est tout autrement pour le service de la chirurgie, qui est confié à deux chirurgiens résidants, nommés pour six mois et entretenus aux frais de l'hôpital. Ils se relayent toutes les semaines. Leurs fonctions sont bien définies par un règlement imprimé, et leur responsabilité est beaucoup moins grande qu'à Saint-Barthélemy. Ils sont, en effet, sous la direction générale du chirurgien et de l'aide-chirurgien, ils n'admettent de malades que dans l'absence de ces derniers; ils ne peuvent prescrire aucun remède, sauf dans des cas d'urgence et, alors, leurs ordonnances doivent être visées par un de leurs chefs dans un délai de six heures.

Les « out-patients » sont reçus sur la présentation d'une lettre d'admission qui leur donne le droit de recevoir des soins pendant quatre semaines s'il s'agit d'affections de l'ordre médical, et pendant six semaines si la lésion appartient au domaine de la chirurgie. Ces lettres sont délivrées par l'aide-pharmacien; ce privilége appartient aussi de droit aux gouverneurs de l'hôpital.

Le médecin vient quatre fois par semaine, de 12 heures 45 à 2 heures 30 ou 3 heures du soir. Le mardi, il fait une démonstration clinique. Les malades entrent au nombre de dix ou douze à la fois dans la salle des consultations, qui ne possède même pas un cabinet pour les cas spéciaux. Contrairement à ce qui se pratique dans les autres hôpitaux de Londres, il est interdit aux élèves de servir d'aide de quelque façon que ce soit, même de transcrire les ordonnances. Toute la besogne pèse donc sur le médecin, qui n'a que le pharmacien pour le remplacer en cas d'empêchement.

Le service de l'obstétrique est sous la direction de deux médecins-accoucheurs, dont l'un est de service le mercredi et l'autre le vendredi. Il existe aussi un accoucheur résidant, choisi parmi les internes, sur la recommandation des médecins, et nommé pour trois mois. C'est lui qui est chargé du service en l'absence de ces derniers; les vaccinations lui incombent également. Il a pour aide un externe choisi également par les médecins parmi les étudiants, pour une période de quinze jours, pendant laquelle il est tenu de demeurer à proximité de l'hôpital. Les élèves qui ont soigné d'une manière satisfaisante quatre-vingts cas reçoivent un certificat spécial. Ils doivent faire l'historique de chaque cas dans la quinzaine qui suit la terminaison. Il leur est défendu de se servir d'instruments et d'administrer l'ergot de seigle et le chloroforme. Il leur est permis seulement de prescrire de légers purgatifs, des fébrifuges et des émétiques peu actifs; pour l'administration de tout autre médicament, ils doivent consulter l'accoucheur résidant.

G. A. B.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 26 octobre ont été nommés pharmaciens aides-majors de 2e classe, pour prendre rang à partir du 31 décembre 1872, et être classés, par suite de concours, suivant leur ordre de sortie du Val-de-Grâce :

MM. Worms, Karcher, Brouant, Trapet, Prestat, Forestier, Jehl, Beunat, Troupeau, Martaud, Déchaux et Marty.

— Pour l'exécution de la décision présidentielle, en date du 5 octobre 1872, relative au recrutement du corps de santé militaire, le ministre de la guerre a désigné, ainsi qu'il suit, les douze villes entre lesquelles seront répartis, pendant les premières années d'études, les élèves du service de santé, savoir:

Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Rennes, Lille, Besançon, Grenoble et Alger.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris vient de souscrire une somme de 5,000 francs en faveur des émigrés alsaciens-lorrains. Cette somme a été partagée, par moitiés égales, entre la Société présidée par M. le comte d'Haussonville, siégeant, 9, rue de Provence, et l'Association générale d'Alsace-Lorraine, siégeant, 46, boulevard Magenta.

— *Hôpital Saint-André de Bordeaux.* — M. Piéchaud vient d'être nommé premier interne à la suite d'un brillant concours.

— On mande de Pesth, 6 novembre, à la *Nouvelle Presse libre*, qu'on constate à Ofen 34 nouveaux cas de choléra, dont 13 dans la ville, et 5 nouveaux cas, dont 2 décès dans la garnison; à Pesth, 5 cas et 3 décès. En voie de guérison, à Ofen, 165 civils, 40 militaires; à Pesth, 23 individus.

Depuis l'apparition du choléra, à Pesth, 54 cas ont été constatés; 11 personnes sont rétablies, 18 sont mortes et 25 restent en traitement.

Le député bourgmestre d'Olmütz, M. le docteur Schrœtter, est mort.

— *Éducation médicale en Angleterre.* — Autrefois, la profession médicale était ouverte en Angleterre au premier venu. Un jeune homme entrait au service d'un médecin en qualité d'aide (*assistant*). Il n'était pas nécessaire qu'il eût pris aucun grade, ni, partant, qu'il eût reçu ce qu'on appelle chez nous l'instruction secondaire, et pourvu qu'après un certain stage il pût subir plus ou moins bien un examen spécial et suivre les cours d'une école de médecine, il était reçu docteur. En 1861, on chercha à mettre fin à cet état de choses et on exigea de ceux qui voulaient devenir médecins une épreuve préliminaire, dans laquelle les étudiants devaient prouver qu'ils avaient acquis une instruction suffisante en anglais, en français et en latin, et qu'ils possédaient les éléments de l'algèbre et de la géométrie.

Au bout de quelques années, cependant, le nombre des étudiants commença à s'accroître, et quoique près de la moitié des candidats échouât faute d'une instruction littéraire suffisante, le progrès ne s'en fit pas moins sentir, il continue et l'on admet chaque jour un plus grand nombre de jeunes gens à suivre les études médicales. En 1866, il y eut 362 entrées nouvelles dans les écoles métropolitaines de médecine; en 1868, 412, et cette année il y a 476 étudiants nouveaux. 1,496 étudiants en médecine suivent les cours cette année. Ce sont généralement des jeunes gens ayant reçu une instruction supérieure et tous l'ont prouvé.

Les cours qu'ils suivent aujourd'hui sont aussi plus étendus, et ils en retirent plus de fruit qu'il y a quelques années. En un mot, depuis quelque temps, l'éducation médicale a fait de grands progrès en Angleterre; elle a suivi les progrès de la science, et bien que le

manque d'une subvention de l'État, ou de libéralités privées, laisse les écoles avec des laboratoires encore mal pourvus, il y est obvié par le zèle des étudiants; nul doute que la médecine britannique ne se maintienne à un haut rang dans le monde.

— *Curieuse et peut-être instructive histoire.* Dans un village de la Gallicie, ravagé par le choléra, les paysans sont convaincus que le remède prescrit journellement par le médecin de la localité est un excellent antidote, mais en même temps un poison tuant les malades de son côté; voici comment cette croyance s'est établie. Une nuit, l'heure était avancée, un paysan vint frapper à la fenêtre du médecin, le réclamant pour sa femme qui était aux prises avec le mal. Notre confrère, harassé des fatigues de la journée, ne pouvant se rendre à l'appel, s'enquit des symptômes et tendit une fiole qui devait être souveraine. Or, le lendemain, parcourant le village, il rencontre son paysan. — Comment va la femme? lui dit-il. — Très-bien, très-bien, elle entre en convalescence; mais le chien est mort. — Comment, le chien! — Eh oui, rentré avec la fiole, je l'ai vidée dans une tasse que j'ai mise à la portée de la malade; elle n'y toucha pas; c'est notre chien qui, étant venu le matin dans la chambre, lappa la liqueur et ne tarda pas à crever. Cette histoire se répandit dans le village, et personne ne veut plus de l'antidote.

(*Allgem. Wiener Mediz Zeitung*, 1er oct. 1872.)

— La *Gazette officielle* de Berlin publie un décret du ministre de l'instruction publique, docteur Falk, qui prescrit la mise en vigueur de la *Pharmacopœa germanica*, nouvellement rédigée par ordre du chancelier de l'empire, dans toute l'Allemagne, à partir du 1er novembre.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance vendredi, 15 novembre, à 3 heures et demie très-précises, *au Cercle des sociétés savantes*, 64, rue Neuve-des-Petits-Champs.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; — 2° lecture du rapport de M. Gillette sur la candidature de M. le docteur Péry au titre de membre correspondant; — 3° observation de péritonite rhumatismale, par M. Aimé Martin.

— M. le professeur Béhier reprendra ses leçons de clinique médicale le mercredi 13 novembre, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'Hôtel-Dieu, à 9 heures 1/2 du matin.

Les visites et interrogations au lit du malade ont lieu tous les jours à 8 heures.

— M. le docteur Mallez commencera son cours de *pathologie* et de *chirurgie* de *l'appareil urinaire* le jeudi 14 novembre, 7 heures et demie du soir, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, pour le continuer les samedis, mardis et jeudis, à la même heure.

— M. Verrier commencera des conférences publiques sur l'art des accouchements, le vendredi 15 novembre 1872, à 3 heures 1/2, à l'amphithéâtre, rue Larrey, 8. Il les continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure, jusqu'au 15 janvier 1873.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. Henri.

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.7 0	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. De ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*)

Emplois spéciaux : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRÉCIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DÉSIRÉE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre........................		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium......................		
Matières organiques......................		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 54, Paris.

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail : Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

MÉDECINE NOIRE EN CAPSULES

Préparée par J.-P. LAROZE, pharmacien,

2, rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.

Six capsules représentent la médecine noire du *Codex*, et sont prises avec facilité. Elles purgent abondamment, toujours sans coliques, sont préférables aux purgatifs salins, qui ne produisent que des évacuations aqueuses, et surtout aux drastiques, en ce qu'elles n'irritent jamais. Elles contiennent, sous forme d'extrait, le principe actif des substances qui composent cette médecine, et la manne, *d'un effet si douteux*, y est remplacée par l'huile douce de ricin. D'après les médecins qui en font usage, c'est le purgatif le plus sûr, le plus doux, le plus facile à prendre et le mieux supporté.

Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs menstruation difficile, et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue de maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

HUILE DE HOGG

(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — ... n i n nonor. 2, rue Castiglione, Paris.

Epilepsie — Hystérie. — Névroses.

Le sirop de HENRI MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), est le seul qui offre au médecin un moyen facile d'administrer le bromure de potassium à *haute dose*.

La pureté parfaite du bromure employé met le malade à l'abri des accidents causés par l'iode de bromures impurs.

Chaque cuillerée de Sirop HENRI MURE contient 2 gr. de bromure de potassium exempt d'iodure

Prix du flacon : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente au gros. — S'adresser à M. HENRI MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

Ce sirop, résultat de la combinaison intime du goudron de Norwége et du monosulfure de sodium inaltérable, est, en raison de sa puissance modificatrice des muqueuses, prescrit avec succès dans les *bronchites aiguës et chroniques* et dans la *tuberculose* quand l'expectoration est très-abondante. Il remplace avec avantage, sans en présenter les inconvénients, l'huile de foie de morue et les Eaux-Bonnes naturelles. Il est journellement ordonné pour combattre les *maladies* de peau.

Pharm. CROSNIER, 7, r. des Filles-St-Thomas.

ÉMULSION DE GOUDRON VÉGÉTAL DE LE BEUF

Seule préparation contenant le Goudron ni altéré, ni modifié.

M. ADRIAN, dans un travail très-intéressant publié en 1867 (*Bull. de thérap.*, t. LXXII, p. 407), a montré que les *alcalis*, comme les acides, modifient le *goudron* au point de *dénaturer* presque complétement la nature du médicament ; il s'ensuit que toutes les *liqueurs concentrées* qui se sont mutuellement copiées, et qui ne sont que des solutés de savon de goudron avec un excès de carbonate de soude, n'offrent plus, comme dit le docteur GUBLER (1), certaines qualités de l'*eau de goudron*, et ne sauraient, par conséquent remplacer facilement celle-ci dans tous ses usages.

Pour ce motif, le GOUDRON LE BEUF, obtenu par l'intermédiaire d'un corps complétement *neutre*, la Saponine (2), donne un produit qui offre sur tous les autres l'avantage énorme et *absolument indispensable*, de présenter la substance médicamenteuse *ni altérée, ni modifiée*, et possédant toutes les propriétés thérapeutiques qui caractérisent le *goudron naturel*.

Doses : *une cuillerée à café* pour un verre d'eau, ou *une cuillerée à bouche* par litre.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) *Commentaires thérap. du Codex*, par A. GUBLER. — Article GOUDRON VÉGÉTAL, page 143. Paris, 1868.

(2) Principe immédiat contenu dans la *Saponaire* et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraîchissantes. Mais la *Saponine*, corps neutre comme la gomme et le sucre, se trouve en si petite proportion dans cette émulsion (2 millièmes), qu'on peut négliger son action sur l'économie.

DISSOLUTION DU FER DANS L'HUILE DE FOIE DE MORUE

Présentée à l'Académie de médecine le 4 décembre 1866.

HUILE DE FOIE DE MORUE FERRÉE

Dosée au 100e — AU BENZOATE DE FER — Dosée au 100e

De E. GODIN, Pharmacien des hôpitaux.

1. Le benzoate de fer permet d'unir dans une seule préparation les deux principaux reconstituants : *le fer et l'huile de foie de morue.*

2. L'huile ferrée au benzoate de fer *complétement désinfectée* ne donne pas de renvois, et réussit merveilleusement aux enfants, aux personnes faibles et lymphatiques, aux phthisiques dont elle calme la toux, dans la scrofule, *et dans tous les cas où l'huile de foie de morue convient.*

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL

A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN** Pharmacien Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement des **affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes, des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'Eucalyptol (*Essence pure d'Eucalyptus*). — PILULES. — ALCOOLATURE. — CIGARES. — CIGARETTES. — SIROP. — VIN. — BAUME. — LIQUEUR DIGESTIVE, ETC.

Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

VIN TRIDYNAMIQUE

du docteur **GOURVAT**, pharmacien, lauréat des hôpitaux de la Faculté.

QUINA, COCA ET CACAO AU MALAGA

Ce vin renferme les principes actifs des trois plus puissants toniques de la matière médicale ; d'une saveur douce et agréable, il est éminemment stimulant, fortifiant et réparateur. On peut dire qu'il accumule les forces dans l'économie. 1 à 2 cuillerées à bouche chaque fois. — 25, *rue Paul Lelong. Paris.*

N° 132. — JEUDI 14 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 14 NOVEMBRE 1872. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU C[illegible] MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gaz*[illegible] fonds de 3,[illegible]00 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pr[illegible]s insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'a[illegible]ent des M[illegible] et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CLINIQUE DE LA VILLE. Rétrécissement et déformation du bassin ; céphalotripsie répétée ; succès (M. Pajot). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — Association française pour l'avancement des sciences. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Thèses. — Nouvelles. — Petite correspondance. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 13 novembre 1872.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est en travail d'enfantement multiple. Il faut remplir les vides nombreux qui se sont faits depuis deux ans. Il n'y avait pas moins de 5 vacances officiellement déclarées. Avec les deux nouvelles déclarations faites hier dans la classe des membres libres et dans la section d'anatomie pathologique, cela fait un respectable total de 7 membres à nommer. Voilà de nombreux comités secrets et de nombreuses séances d'élection en perspective, qui vont singulièrement ralentir les discussions pendantes et ajourner les travaux scientifiques de l'Académie. C'est ce qui a obligé à ajourner la suite de la discussion sur la septicémie.

Pendant l'heure consacrée à la séance publique, l'Académie a entendu un rapport de M. E. Caventou, dont les conclusions un moment discutées ont été ajournées, et une lecture de M. le docteur Ed. Fournié, sur un sujet d'un très-grand intérêt, qui paraît faire depuis quelques années l'objet de ses études de prédilection, la physiologie du cerveau. On trouvera dans le compte rendu un résumé et les conclusions de cette intéressante communication.

A 4 heures un quart, l'Académie s'est constituée en comité secret pour entendre le rapport de M. Fauvel, au nom de la section d'hygiène, sur les candidats à la place vacante dans cette section. Les candidats inscrits sont, par ordre alphabétique, MM. Hillairet, Lagneau, Lunier et Th. Roussel. Si nous sommes bien informés, la section a classé les candidats en deux rangs *ex æquo* : au premier rang, MM. Hillairet et Roussel; au deuxième, MM. Lagneau et Lunier. Il n'y a pas d'apparence que l'Académie ait modifié cet ordre de présentation.

L'élection aura lieu mardi prochain.

Immédiatement après, ou tout au moins prochainement, ce sera le tour de la pathologie médicale. Une nouvelle candidature s'est produite hier dans cette section ; elle ne peut manquer d'appeler la plus vive sympathie de l'Académie et du corps médical tout entier ; c'est celle de M. Hirtz, l'ancien professeur de la Faculté de Strasbourg, aujourd'hui professeur de la nouvelle Faculté de Nancy, l'éminent clinicien qui a pris, en quelques années, un rang si élevé dans la science. M. Hirtz, à la veille de se rendre à Nancy pour ses fonctions professorales, a seulement posé sa candidature. C'est une prise de rang. Son nom vient grossir ainsi une phalange déjà compacte d'hommes d'élite.

Dr BROCHIN.

CLINIQUE DE LA VILLE

Rétrécissement et déformation du bassin.
Céphalotripsie répétée. — Succès.

Un honorable confrère, M. le docteur Ribes, me pria de venir l'assister, dans un accouchement difficile, le 3 octobre 1872.

Une dame âgée de 30 ans, primipare, était en travail, me dirent les assistants, depuis le 1er, dans la journée. La garde *m'affirma que les eaux étaient écoulées depuis le 2.*

Je vis la malade le 3, à 3 heures du soir. Tout d'abord sa physionomie me frappa. Elle présentait ce facies caractéristique des rétrécissements pelviens sur lequel j'ai tant appelé l'attention depuis vingt ans. Ma première question fut celle-ci : « A quel âge avez-vous marché ? » Elle ne put me donner aucun renseignement précis ; seulement elle m'avoua être affectée de claudication depuis l'âge de 3 ans.

Après avoir acquis la certitude de l'existence de la grossesse par le palper et l'auscultation, je procédai à l'examen des membres inférieurs.

Les tibias sont droits, les fémurs sont fortement arqués et les cuisses extrêmement courtes. Le membre pelvien droit est moins long que l'autre.

Les bras et les avant-bras ont un développement normal et proportionnel à la stature, qui est petite.

Tous ces caractères et l'aspect général étaient plus que suffisants pour me faire présumer un rétrécissement pelvien.

Je pratiquai le toucher.

Le vagin est humide, la vulve molle, le plancher peu épais et peu résistant et l'orifice utérin encore incomplétement dilaté ; sa largeur dépasse une pièce de cinq francs. *Les membranes, tendues même dans l'intervalle des contractions, sont intactes.*

La garde-malade a donc évidemment pris les glaires pour les eaux. En déprimant la poche avec prudence, j'atteins le sommet, qui est fort élevé. Il est impossible de reconnaître la position par le toucher ; mais le summum d'intensité des bruits du cœur fœtal est à gauche, en avant et sur un point plus haut qu'à l'ordinaire, ce qu'explique d'ailleurs l'élévation de la tête.

Je passe alors à l'examen du bassin, et voici ce que je constate.

Le côté gauche est assez large pour laisser passer un forceps ordinaire.

De la symphise des pubis, au milieu de la hauteur du sacrum, l'espace est suffisamment vaste pour que je ne puisse pas atteindre la région postérieure du bassin ; mais, à mesure que je redresse l'indicateur vers l'angle sacro-vertébral, il est facile de reconnaître une projection en avant de plus en plus marquée de la moitié supérieure du sacrum jusqu'au promontoire; il m'est impossible cependant de toucher l'angle sacro-vertébral, empêché que je suis par la poche des eaux fortement tendue et qu'il faudrait ouvrir pour arriver aisément jusqu'au détroit supérieur. Je ne pus me rendre un compte exact de la mesure du rétrécissement dans cette direction qu'à la visite suivante, les membranes se trouvant alors rompues; mais je pus constater, sur-le-champ, la disposition la plus importante de cette observation.

L'étendue de la moitié droite du bassin me paraît considérablement réduite par l'enfoncement en dedans de toute la paroi latérale, et au lieu de rencontrer la surface courbe et relativement large, circonscrite par mon doigt, à gauche, je trouve, à droite, une surface presque plane et dont la projection vers le centre du bassin augmente notablement de bas en haut.

J'en conjecturai l'impossibilité de l'accouchement spontané, et très-probablement une extraction des plus laborieuses.

En pressant de questions la malade et les assistants, j'appris, contrairement aux premiers renseignements, que les vraies douleurs avaient commencé seulement dans la journée du 2, c'est-à-dire, il y avait vingt-huit à trente heures.

Je quittai la malade en prescrivant d'attendre jusqu'après la rupture des membranes et l'écoulement des eaux.

Le lendemain, 4 octobre, je revins sur les 10 heures du matin. Les membranes venaient de se rompre. La dilatation était complète, la tête toujours très-élevée ; on n'en pouvait circonscrire qu'une très-petite surface. L'examen complet du bassin était facile.

Je trouvai près de 8 centimètres, sans déduction de la symphise, à l'angle sacro-vertébral ; mais je reconnus de nouveau *une telle étroitesse de la moitié droite du bassin* qu'il me parut impossible qu'une branche de forceps pût y passer. L'état général de cette dame était excellent. Le pouls donnait 70. Le cœur fœtal battait bien. Les contractions étaient énergiques et répétées. L'indication était évidemment d'attendre. J'attendis jusqu'au soir.

A 7 heures après midi, je revis la malade. Les contractions avaient été très-fortes, très-soutenues toute la journée, et l'étaient encore. La tête n'avait pas avancé. Une très-petite portion du crâne s'atteignait toujours au détroit supérieur.

L'état général avait changé. La face était rouge; le pouls à 92-96. Grande agitation. Les battements fœtaux sont beaucoup plus obscurs, mais s'entendent encore.

Le moment d'agir me parut venu. Comme l'enfant vivait encore et qu'il était de mon devoir de lui sauver la vie, je convins, avec mon confrère, de tenter une application de forceps, tout en ne nous dissimulant pas le peu de chances que nous avions de réussir.

Toutes les précautions d'usage étant prises, j'introduisis la branche gauche, et je parvins, après d'assez médiocres difficultés, à la placer au-dessus du détroit supérieur et en bonne position. Mais de toutes façons que je m'y prisse, et malgré quelque habitude du maniement de l'instrument, je ne pus jamais parvenir, non pas à placer, mais même *à introduire* la branche droite au-dessus du détroit.

Je retirai alors la gauche et je commençai par la seconde, mais sans obtenir plus de succès.

Il n'existait pas, du côté droit, un passage suffisant pour la cuillère. Après de nombreuses tentatives, toujours conduites avec la plus grande douceur, après l'emploi de tous ces petits artifices qu'une longue pratique enseigne, l'impossibilité de l'introduction m'étant absolument démontrée, je fis part à mon confrère de la dure nécessité dans laquelle nous nous trouvions de sacrifier l'une des deux existences pour ne pas les perdre toutes les deux.

Temporiser alors n'eût certainement servi qu'à aggraver l'état de la mère en laissant mourir l'enfant. Les plus orthodoxes partisans de l'opération césarienne n'eussent point osé proposer, je pense, de tuer cette dame, à peu près à coup sûr, pour extraire un fœtus dont le cœur s'affaiblissait de plus en plus, et dont la mort très-prochaine était de plus en plus inévitable. Je proposai la perforation et la céphalotripsie répétée. Elle fut acceptée par mon confrère, et je la pratiquai sur le-champ.

La perforation fut faite sans difficulté. J'appliquai immédiatement le céphalotribe, et j'eus encore, la première fois, quelque peine avec la branche droite.

Puis je fis un second et un troisième broiement portés aussi haut que possible, et sans difficulté.

La malade n'avait pas voulu de chloroforme. Elle me dit avoir à peine souffert.

Après le troisième broiement, la tête avait commencé à s'engager sous l'influence de trois à quatre contractions vigoureuses.

J'annonçai à la malade qu'elle allait accoucher spontanément, selon toutes les probabilités; mais, qu'en tout cas, je reviendrais de bon matin pour terminer, si par hasard les douleurs se suspendaient.

Une heure et demie après mon départ, elle expulsait un enfant d'un volume un peu plus qu'ordinaire.

La base du crâne avait été atteinte et broyée. La délivrance fut naturelle. J'avais prescrit 5 centigrammes d'extrait gommeux à prendre après l'expulsion. La malade dormit quelques heures.

Le lendemain matin le pouls était à 80. La chaleur de la peau avait disparu; la face était naturelle.

Il y avait un peu d'engourdissement dans la cuisse droite, mais aucune douleur à l'hypogastre.

Les suites de couches furent des plus simples. Quinze jours après l'accouchée était rétablie.

Cette observation m'a paru présenter quelque intérêt.

La céphalotripsie répétée compte donc aujourd'hui six succès sur huit cas. Ces résultats me paraissent encourageants. Ils engageront peut-être les accoucheurs *césariens* à publier enfin, comme parallèle, leurs succès obtenus à Paris.

Professeur PAJOT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 novembre 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements du Pas-de-Calais, de la Vienne, du Cantal et du Gers.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature : de M. le docteur Hirtz, pour la section de pathologie médicale; de M. le docteur Mattei, pour la section d'accouchements ; de MM. les docteurs Constantin Paul et Boinet, pour la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale;

2° Un mémoire anonyme, accompagné d'un pli cacheté sur la variole, la vaccine et l'inoculation (comm. de vaccine);

3° Un pli cacheté adressé par M. Ferray, pharmacien à Évreux ;

4° La topographie médicale du faubourg Saint-Christophe de Châteauroux, par M. Robert, médecin en chef de l'hôpital de cette ville.

PRÉSENTATIONS

M. BÉCLARD présente, au nom de M. le docteur Brochin, un travail sur les MATERNITÉS, extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

M. LARREY présente le 2e fascicule du *Traité élémentaire d'histologie*, par M. le docteur Fort.

M. BOUDET dépose sur le bureau une brochure intitulée : *Almanach des jeunes mères pour l'année* 1873, par M. le docteur Rodet.

M. LE SECRÉTAIRE ANNUEL met sous les yeux de l'Académie l'appareil perfectionné de M. le docteur Belina pour la transfusion du sang.

M. LE PRÉSIDENT déclare deux vacances : l'une dans la classe des associés libres, l'autre dans la section d'anatomie pathologique.

M. le président annonce ensuite que l'Académie se formera en comité secret à 4 heures, pour entendre le rapport sur les candidats à la place vacante dans la section d'hygiène, à laquelle il devra être pourvu dans la séance prochaine.

RAPPORT

M. E. CAVENTOU, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'un rapport sur les propriétés médicales d'une nouvelle préparation ferrugineuse, l'oxalate de fer.

La commission, par l'organe de son rapporteur, conclut en proposant d'appliquer à cette préparation les bénéfices du décret de 1850 sur les remèdes.

M. BOUDET ne trouve rien de nouveau dans cette préparation.

M. MIALHE. L'oxalate de fer est une mauvaise préparation. Il n'y a pas lieu de l'approuver.

M. HÉRARD, chargé avec son regrettable collègue Vigla d'expérimenter ce produit dans les hôpitaux, déclare qu'il en a obtenu de bons résultats. L'oxalate de fer a produit des guérisons comme les bonnes préparations ferrugineuses, dans les cas de chlorose et d'anémie. Le mauvais côté des préparations ferrugineuses, en général, est de provoquer la constipation. L'oxalaté de fer a cet avantage, parfaitement démontré pour nous, dit M. Hérard, qu'il ne constipe pas, ou du moins qu'il constipe moins que les autres ferrugineux. Nous l'avons donné même comme laxatif. Ce n'est pas sans intérêt au point de vue pratique.

M. GUBLER. Je n'ai pas d'opinion bien arrêtée sur ce médicament. Les expériences que j'ai faites, bien que peu nombreuses, m'ont donné des résultats peu encourageants. J'ai constaté, dans plusieurs circonstances, qu'il a donné lieu à des gastralgies, à des crampes d'estomac. Peut-être ai-je eu affaire à une de ces séries malheureuses, comme on en rencontre quelquefois, ou ai-je agi sur des femmes irritables. Toujours est-il que j'ai été peu encouragé à en continuer l'usage.

M. HÉRARD n'a pas remarqué cette action irritante.

M. BOUCHARDAT appuie les conclusions du rapport. Il pense que, quand des praticiens expérimentés comme MM. Hérard et Vigla ont constaté les bons résultats de l'emploi de ce médicament, il n'y a pas lieu d'hésiter à l'approuver.

M. DEVERGIE rappelle ce qui s'est passé dans le temps au sujet des eaux de Forges, dont on avait apprécié les effets, suivant que les selles étaient ou n'étaient pas colorées par le fer. Il pense qu'on pourrait appliquer le même mode d'appréciation à la préparation en question.

M. BOUDET. Ce que vous demande la commission est d'une grande importance. Il s'agit de vous prononcer sur l'application du décret de 1850. Or vous n'ignorez pas que ce vote engage le Gouvernement. En présence de l'incertitude des résultats de l'expérimentation, pouvez-vous vous prononcer ? Je ne le pense pas. — C'est très-sérieux. Je demande l'ajournement de la décision de l'Académie jusqu'à plus ample informé.

M. GOBLEY propose le renvoi à la commission. Du moment où il n'y a pas d'accord entre les expérimentateurs, il faut répéter et compléter les expériences.

M. BRIQUET. La question est bien simple. Des membres de la commission ont constaté des faits. Ils déclarent que le médicament est bon. Qu'on le dise simplement. Il n'y a pas besoin de donner une approbation.

M. LE PRÉSIDENT propose de surseoir au jugement de l'Académie.

L'ajournement est mis aux voix et adopté.

LECTURE

M. ED. FOURNIÉ donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau.*

Voici le résumé et les conclusions de ce travail.

Dans le but d'établir expérimentalement les conditions fondamentales de la physiologie cérébrale, nous avons institué quelques expériences sur les chiens.

A cet effet, nous avons imaginé d'abord un procédé qui nous permît de détruire à volonté un point limité de la substance cérébrale sans compromettre la vie de l'animal. Ce procédé consiste à pratiquer un petit trou au crâne au moyon d'un perforateur et à injecter, avec la seringue Pavaz, armée d'une aiguille creuse, quelques gouttes d'un liquide caustique capable de détruire la substance nerveuse. Nous avons employé de préférence une solution de chlorure de zinc coloré en bleu avec de l'aniline.

Mais, avant d'aborder nos expériences, nous avons voulu déterminer, par l'analyse physiologique, les divers éléments de nos recherches, et cette étude préalable nous a imposé l'obligation d'établir :

1° Le siége anatomique de la *matière fonctionnelle cérébrale* composée de perceptions actuelles et de souvenir.

2° Le siége anatomique ou les perceptions définies, distinctes, acquises en un mot, se classent sous forme de modalités dynamiques capables de réveiller, dans l'occasion, le centre de perception et de déterminer sur ce fait une *perception de souvenir.*

3° La région qui reçoit l'excitation du centre de perception pour provoquer, sous cette influence, des mouvements déterminés que nous désignons sous le nom de *mouvements fonctionnels.*

Guidé par ces notions préliminaires et indispensables, je détruisais sur un chien les circonvolutions, sur un autre les couches optiques, sur un autre les corps striés, sur un autre les centres blancs, sur un autre enfin le cervelet. Après avoir observé, la plume à la main, les troubles du mouvement ou du sentiment que mon opération avait provoqués, je sacrifiais l'animal et je constatais alors le siége de la lésion.

Il est évident qu'en mettant en regard, d'un côté, les troubles produits, et, de l'autre, les parties lésées, je devais être conduit, après un certain nombre d'expériences, à pouvoir déterminer le rôle fonctionnel de ces dernières. C'est ce qui a eu lieu. Je dois ajouter que, pour me mettre en garde contre les infidélités de ma mémoire, j'ai eu le soin de fixer immédiatement sur le papier l'image des parties détruites.

Plus de 40 chiens ont été soumis à mon expérience ; mais, sur ce nombre, je n'ai recueilli que 36 observations utiles, et que j'ai divisées par groupes, selon le siége de la lésion :

7 observations concernant les couches optiques ;
3 concernant les corps striés ;
9 concernant la périphérie des circonvolutions ;
3 concernant les centres blancs ;
6 concernant le cervelet ;
8 enfin concernant simultanément diverses parties.

L'analyse de ces observations fournit de nombreux et utiles enseignements ; elle conduit en particulier à une interprétation plus satisfaisante des lésions pathologiques du cerveau de l'homme, et elle nous permet de signaler les points anatomiques principaux qui représentent les rouages essentiels de la fonction cérébrale.

Ne pouvant pas entrer ici dans plus de détails sans nous exposer à dépasser les limites d'une simple communication, nous nous bornerons à lire les conclusions générales de notre travail :

Les expériences que nous avons instituées dans le but de déterminer les conditions fondamentales de la physiologie cérébrale nous permettent de formuler les conclusions suivantes :

1° Toutes les fibres impressionneuses viennent aboutir dans les couches optiques et déterminent dans cet organe, quand leur activité est mise en jeu par un objet impressionnant, un phénomène vital élémentaire, que nous désignons sous le nom de *perception*

simple. Ce phénomène a son analogue dans tous les organes; il est constitué par l'acte vital qui transforme l'aliment en produit spécial, l'analogue de la transformation du sang en bile, en salive, en fibre contractile; en un mot, c'est le phénomène de la vie agissante, phénomène mystérieux, impénétrable à tous nos moyens d'investigation.

2° Les cellules qui sont disséminées à la périphérie corticale du cerveau conservent en puissance une modalité dynamique capable de transmettre ses effets jusqu'aux couches optiques à travers les fibres du noyau blanc de l'encéphale, et de réveiller ainsi le centre de perception. Ce réveil donne naissance aux perceptions de souvenir. Les modalités dynamiques dont les cellules de la périphérie corticale sont capables représentent sous une forme sensible les perceptions distinctes et distinguées, en d'autres termes les notions acquises; elles représentent donc quelque chose de plus qu'une perception simple : elles représentent celle-ci, plus un travail de l'esprit. Les notions acquises sont organiquement associées, classées à la périphérie corticale du cerveau; et elles peuvent, par le réveil de l'activité des cellules, se montrer successivement dans le centre de perception. C'est pourquoi, lorsqu'une lésion a intéressé un point de la périphérie corticale du cerveau, l'association des idées peut être troublée, et, selon la nature de la lésion (congestion, inflammation ou nécrobiose), il peut se manifester des phénomènes d'excitation, des manies, des hallucinations, du délire, de l'amnésie, ou de la stupidité.

D'après ce que nous venons de dire, le centre de perception, organiquement représenté par les couches optiques, se trouve placé entre deux sources d'excitation, qui mettent toutes deux ses *propriétés percevantes* en évidence; d'un côté, les causes impressionnantes qui lui viennent à travers les nerfs; de l'autre, les causes impressionnantes qui lui viennent à travers les fibres blanches du noyau de l'encéphale : par les premières, il sent sa manière de vivre *actuelle*; par les secondes, il sent ce qu'il sentit et comment il vécut jadis.

3° Les corps striés, analogues aux amas de substance grise que l'on trouve dans le segment antérieur de la moelle, sont constitués par des cellules motrices. Ici, comme dans la moelle, ces cellules reçoivent l'irritation des cellules impressionnantes, et à leur tour elles provoquent dans les fibres motrices un mouvement corrélatif aux incitations que leur transmettent les cellules impressionneuses.

Nos expériences nous permettent d'affirmer que ces centres tiennent sous leur dépendance tous les mouvements voulus, et les observations pathologiques confirment les résultats de l'expérimentation.

4° Les éléments dont nous venons de déterminer le rôle fonctionnel représentent les éléments constitutifs de toute fonction; et ils peuvent être considérés, par conséquent, comme étant les conditions fondamentales de la physiologie cérébrale. L'excitant fonctionnel est représenté par les impressions de toute nature qui réveillent l'activité des couches optiques à travers les nerfs sensitifs; la matière fonctionnelle est représentée par les perceptions actuelles et de souvenir transformées en incitations motrices sous l'action de l'excitant fonctionnel; les mouvements fonctionnels sont constitués par l'activité des cellules des corps striés et des fibres motrices.

Les notions que nous venons de formuler dans ces conclusions sont les fondements de la physiologie cérébrale, mais elles ne sont pas toute cette physiologie. Pour que la physiologie cérébrale soit, il faut dégager encore quelque inconnu : il faut montrer les liens qui unissent les trois angles du triangle qu'occupent les couches optiques, la périphérie corticale, les corps striés; il faut remplir par des notions précises le vide que laissent entre elles les trois lignes de ce triangle; il faut enfin découvrir autant que possible le mécanisme intime des actions nerveuses entre ces trois points. La découverte expérimentale de ce mécanisme est possible, nous n'en doutons pas; mais nous exprimons la conviction bien sincère qu'on n'y arrivera qu'en s'inspirant, dans cette recherche, de l'*analyse physiologique* telle que nous l'avons définie dans ce travail, et telle que nous l'avons développée dans notre *Physiologie du système nerveux cérébro-spinal.*

A 4 heures 1/4, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1872 (1). — Présidence de M. MOISSENET.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ termine ainsi la lecture de son travail :

Il nous restait encore une question importante à vider, c'était de savoir quelle influence apportait la vulcanisation sur les altérations précédentes. Jusque-là, dans toutes nos expériences, nous nous étions servi de tubes en caoutchouc vulcanisé. Nous instituâmes une série parallèle de recherches sur les tubes non vulcanisés. Les résultats furent les mêmes. La non-vulcanisation ne paraît donc pas modifier l'action de la teinture d'iode sur les tubes de caoutchouc.

Enfin, un dernier point devait être étudié, c'était l'action de l'iodure de potassium, que l'on sait entrer pour une certaine part dans la composition de la teinture iodique employée dans les injections pleurales. Cette action est complétement nulle, et l'on peut impunément laisser des tubes en caoutchouc dans des solutions plus ou moins concentrées d'iodure de potassium sans jamais observer d'altérations.

Quelle est la nature intime de cette action si remarquable de la teinture d'iode sur le caoutchouc? C'est là une question fort difficile que je n'aborde ici que d'une façon fort incomplète, et dont je laisse la solution à des chimistes plus expérimentés.

Le caoutchouc est, comme on le sait, un carbure d'hydrogène (C^4H^7) qui peut se combiner avec divers corps et en particulier avec le soufre, formant ainsi, comme le veut Himly, des composés stables dont la caoutchine ($C^{10}H^{16}$) est la base. Nous pensons que l'iode, agissant de la même façon que le soufre, que le chlore, que le brome, forme un véritable iodure de caoutchine, et que c'est sous l'influence de cette réaction que se produisent les altérations que nous avons signalées. Dans nos expériences, nous avons vu que le caoutchouc, qu'il ait subi ou non l'action du soufre, éprouve les mêmes modifications en présence de la teinture d'iode. Dans le premier cas, l'iode déplacerait le soufre de sa combinaison; dans l'autre, il y aurait une simple combinaison.

A propos de cette vulcanisation, notons qu'en essayant des tubes de provenance diverse, nous n'avons pas toujours obtenu des résultats absolument identiques. Nous croyons que ces différences, du reste très-faibles, proviennent de ce fait que, suivant les procédés industriels, le caoutchouc vulcanisé contient, en combinaison et à l'état libre, des proportions très-variables de soufre.

En résumé, quelle que soit d'ailleurs l'explication que l'on donne de ces altérations et de leur mécanisme, elles n'en existent pas moins. Les faits observés chez les malades, les résultats des expériences que je soumets aujourd'hui à la Société en sont une preuve irréfutable. On devra donc désormais, lorsque l'on pratiquera des injections iodées, soit dans la plèvre, soit dans toute autre cavité close, au moyen de tubes en caoutchouc à demeure, qu'il s'agisse d'un simple tube comme dans l'appareil à irrigation de M. Potain, ou bien du tube à drainage de Chassaignac, on devra, dis-je, examiner ces tubes avec le plus grand soin; sans quoi les altérations qu'ils subiraient donneraient lieu à de graves complications. Cette surveillance sera d'autant plus vive si on emploie la méthode préconisée par M. Hérard, qui laisse dans la plèvre l'injection de teinture d'iode qu'il vient de pratiquer.

Teinture d'iode..................	20 à 40 gr.
Iodure de potassium..............	4 gr.
Eau..............................	100 gr.

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

Il y a là, comme on le voit, un fait important qui doit appeler de nouveau l'observation des médecins et chirurgiens, et sur lequel je suis heureux d'attirer aujourd'hui l'attention de la Société médicale des hôpitaux par ce travail qui peut se résumer dans les conclusions suivantes :

1° Le pus n'a aucune action sur les tubes en caoutchouc.

2° Parmi les injections modificatrices, la teinture d'iode paraît seule modifier d'une manière profonde la texture et les propriétés de ces tubes.

3° Ces modifications sont principalement : une augmentation très-considérable du diamètre, qui peut aller jusqu'au triple et même au delà ; une fragilité extrême avec durcissement du tissu et perte complète de l'élasticité. La surface extérieure de ces tubes devient striée, rugueuse, irrégulière.

4° Ces altérations se produisent lorsque la solution contient au minimum trois grammes et demi de teinture d'iode pour cent d'eau.

5° Ces altérations se produisent rapidement et, quarante-huit heures après le contact avec le liquide, elles ont déjà atteint un haut degré d'intensité.

6° La vulcanisation n'empêche nullement cette action de la teinture d'iode.

7° Ces altérations paraissent être produites par une combinaison de certaines parties du caoutchouc avec l'iode (iodure de caoutchine).

M. BUCQUOY fait observer toute l'importance, au point de vue pratique, des expériences de M. Beaumetz. Il résulte, en effet, de ces expériences, que le séjour prolongé dans la poitrine ou ailleurs d'un tube en caoutchouc, à travers lequel on fait passer des injections d'iode, entraîne des altérations telles de ce tube qu'il peut arriver qu'il se casse dans l'intérieur de la poitrine, et qu'on doive alors avoir recours, pour son extraction, à une opération longue, douloureuse et non exempte de dangers. C'est là, du reste, ce qui est arrivé à M. Bucquoy lui-même, dans le fait rapporté par lui à la Société. Or, de ce fait, confirmé par les expériences de M. Beaumetz, M. Bucquoy conclut qu'il faut proscrire absolument les injections iodées par des tubes en caoutchouc. En outre, il exprime le regret que M. Beaumetz n'ait pas poussé plus loin ses expériences et n'ait pas recherché si cette espèce particulière de caoutchouc rouge, modifié par un sel d'antimoine, subit les mêmes altérations en présence de la teinture d'iode. Il serait à désirer que cette question fût élucidée le plus tôt possible.

M. HÉRARD pense que M. Bucquoy s'exagère les dangers qui, d'après les expériences de M. Beaumetz, paraissent résulter des injections iodées à travers des tubes en caoutchouc. Ces dangers ne sont pas tels, en effet, qu'on doive renoncer définitivement aux injections iodées si précieuses dans certains cas. Il ne pourrait se passer dans l'intérieur de la poitrine ce qui se passe dans les flacons dont s'est servi M. Beaumetz dans ses expériences ; il faut tenir compte de la solution de l'iode dans le pus. Il suffira donc, pour éviter les accidents semblables à celui qu'a signalé M. Bucquoy, de changer le tube plus souvent, c'est-à-dire tous les cinq ou six jours, par exemple.

M. BUCQUOY pense qu'il vaut mieux ne laisser aucune chance à cet accident de se reproduire, et, dans ce but, avoir recours à d'autres tubes qu'aux tubes ordinairement employés en pareil cas.

M. MOUTARD-MARTIN fait observer que la teinture d'iode des hôpitaux, dont s'est servi M. Dujardin-Beaumetz dans ses expériences, est préparée dans d'énormes proportions à la pharmacie centrale, et reste ainsi préparée un certain temps, soit à la pharmacie centrale même, soit en provision dans les hôpitaux. Or on sait qu'après fort peu de temps, au bout de quarante-huit heures, par exemple, la teinture d'iode ainsi préparée contient de l'acide iodique. La présence de cet acide iodique dans la teinture d'iode est facilement reconnaissable dans les applications topiques que l'on en fait. Il y a des cas, en effet, où cette application devient véritablement intolérable pour les malades. On sait, d'autre part, que fort souvent ces applications sont très-bien supportées et n'entraînent pas la moindre douleur. C'est que, dans ce dernier cas, elle est fraîchement préparée et ne contient pas encore d'acide iodique. Il serait donc important de rechercher si la présence de cet acide iodique n'est pas pour quelque chose dans les altérations des tubes en caoutchouc, et si une teinture d'iode fraîchement préparée donnerait lieu aux mêmes modifications que celles observées par M. Beaumetz.

M. MOISSENET trouve les résultats obtenus par M. Beaumetz vraiment effrayants, et serait désireux qu'on recommençât ces expériences, mais avec les solutions formulées dans les hôpitaux, afin de se rapprocher le plus possible, dans l'expérimentation, de ce qui s'observe dans la clinique.

M. MOUTARD-MARTIN pense qu'en désacidifiant la teinture d'iode avec de l'iodure de potassium on n'obtiendrait plus les mêmes résultats.

M. BUCQUOY fait remarquer toutefois que, dans le cas qu'il a rapporté à la Société et qui a donné lieu aux expériences de M. Beaumetz, il s'était servi de la formule de M. Hérard, qui, comme on sait, contient une notable quantité d'iodure de potassium.

M. LE PRÉSIDENT rappelle à la Société les pertes douloureuses qu'elle a faites, pendant les vacances, de plusieurs de ses membres, de MM. Vigla, Horteloup, Duplay.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES (1)

Communauté du sang

M. Alphonse Guérin, dans la séance générale du 6 septembre, a communiqué le résultat d'expériences qu'il a faites sur ce qu'il appelle *la communauté du sang*.

Cette méthode offrant quelques analogies avec la transfusion du sang, dont elle diffère aussi à plusieurs égards, M. A. Guérin a commencé, dans un court aperçu historique, par rappeler les discussions ardentes qui, il y a deux siècles, divisèrent les transfuseurs et leurs adversaires, ainsi que la défense faite aux premiers d'appliquer leur système. Passant ensuite au mécanisme de la transfusion et à sa théorie, il décrit sa méthode en ces termes :

On ouvre la veine d'un moribond, on y injecte le sang d'un sujet vigoureux. La pratique a des difficultés. Il faut s'être servi bien rarement des instruments spéciaux pour ignorer combien il est facile d'injecter un peu d'air. Or, ce peu d'air, c'est la mort instantanée ou presque immédiate. D'un autre côté, le sang veineux a une grande tendance à la coagulation ; or, un caillot arrête le cœur et la respiration. On défibrine le sang, il est vrai, mais il ne suffit point de donner un sang qui ne tue pas, et, quoique les globules soient seuls indispensables à la vie, on ne peut nier que la fibrine dissoute ne soit utilisée par les tissus. Il ne faut pas oublier non plus que ce sont un cœur et des poumons malades qui sont chargés d'élaborer un sang impropre à la vie, d'opérer sa combustion, de le répandre dans l'être tout entier, et cela subitement.

On a songé à aboucher une artère à une veine, mais le sang, déjà transformé, arrivait inutilement dans le poumon ; aussi les animaux mouraient.

M. Guérin abouche une artère à une artère. Il divise les artères similaires chez deux animaux et fait communiquer, au moyen d'un tube en caoutchouc, le bout central de l'artère de l'animal vigoureux avec le bout périphérique de l'artère de l'animal malade. Mais celui-ci va tout à coup recevoir trop de sang et mourir pléthorique. Pour y obvier, M. Guérin relie, par un second tube en caoutchouc, le bout périphérique de l'artère de l'animal vigoureux au bout central de l'artère du moribond.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 30 septembre, 8, 15 et 22 octobre 1872.

Après un certain temps, les deux sangs seront complétement mêlés. Il y a donc véritablement, entre les deux animaux, communauté de sang.

En recherchant si pareille chose avait été faite avant lui, M. Guérien n'a rien trouvé qui ressemble à ses expériences que celles de M. Brown-Séquart, qui en diffèrent en ce que la communication entre les deux artères se fait au moyen d'un tube en T qui porte le sang chez l'animal malade, en sens contraire du courant sanguin aussi bien que dans le sens de ce courant. Aussi le jeu des valvules ne tarde pas à être enrayé, et le cœur lui-même a cessé de battre.

Les expériences de M. Guérin n'ont été faites que sur des animaux ; elles ont pleinement réussi. Il n'y a point à redouter la formation de caillots; quant à l'introduction de l'air, M. Guérin croit que les artérioles ne se prêtent que très-difficilement à son passage dans les veines.

Les extrémités liées d'une artère ne tombent qu'au bout de huit à quinze jours. L'opérateur fait entrevoir les grandes modifications que subirait l'organisme malade si on laissait la communauté du sang subsister aussi longtemps. Il est regrettable qu'il ait passé sous silence celles, en sens inverse, que ne peut manquer de subir l'animal sain.

Comme précautions opératoires, M. Guérin conseille de découvrir l'artère dans une large étendue, et de fermer au sang un passage en retour vers le cœur, en comprimant, avec des pinces, l'artère et ses anastomoses.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(2e liste.)

Total de la première liste.		1065 fr.
MM.	Boinet.	20 fr.
	Fort.	20
	Guyot.	20
	Dubuc.	20
	Delestre.	20
	Colombel.	20
	Masson.	5
	Duhomme.	5
	Créquy.	5
	Gustin.	5
	Billiout.	20
	Galezowski.	20
	Jules Besnier.	20
	Sichel.	20
Total de la 1re et de la 2e liste.		1285 fr.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

347. Ansaloni. De l'érysipèle salutaire dans certaines affections chroniques de la peau.
348. Gromier. Essai sur l'imbécilité et la folie simulée par l'imbécile.
349. Burill. De l'ivrognerie et des moyens de la combattre.
350. Papillon. De la valeur de l'examen des urines dans le diagnostic.
351. Hœpffner. De l'urine dans quelques maladies fébriles.
352. Lelong. Essai thérapeutique du chloro-lactate acide de fer.
353. Laurens. Des plaies par instruments piquants.
354. George. Essai sur la pustule maligne et son traitement.
355. Buty. Remarques sur les appareils employés dans le traitement des fractures compliquées. — Des attelles plâtrées combinées avec la suspension élastique.
356. Bercaru. De la greffe dermo-épidermique.
357. Deel. De la phthisie laryngée.
358. Caubet. Des affections ulcéreuses du cœur dans les maladies graves.
359. Greulle. Des kystes sébacés et de leur traitement par les injections de tartre stibié.
360. Lambry. Du traitement chirurgical des tumeurs ganglionnaires du cou.
361. Omiecinski. De la rupture prématurée des membranes dans l'accouchement.
362.
363. Hanne. Essai sur les tumeurs intra-rachidiennes.
364. Ligerot. Résumé sur la thoracentèse.
365. Pauly. De l'habitude dans ses rapports avec la physiologie et l'hygiène.
366. Tronche. Etude sur les hallucinations.
367. Sabry. Etude générale de l'avortement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation pour l'anatomie et les sciences accessoires commencera le vendredi 15 novembre, à midi, heure à laquelle aura lieu la composition écrite.

Les candidats inscrits sont MM. Bouchardat (chimie) ; Duval, Farabeuf, Fork, Gillette et Legros (anatomie).

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 16 décembre 1872, à trois heures du soir, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour quatre places d'élèves externes.

Ce concours aura lieu devant la commission administrative, assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Épreuves : 1° Anatomie (ostéologie, myologie) (épreuve orale). — 2° Pathologie chirurgicale élémentaire (épreuve écrite). — 3° Bandages et petite chirurgie.

Après le rapport du jury d'examen, la commission administrative nommera les élèves. — Les élèves nommés entreront en exercice au 1er janvier 1873. — La fin de leur exercice est fixée au 31 décembre 1875. — Le traitement des élèves externes est fixé à 300 francs par an. — Les jours où ils sont de garde les élèves sont nourris dans l'établissement. — Les candidats prendront connaissance, au secrétariat de la commission administrative, du règlement sur le service de santé ; ils seront tenus, en cas de nomination, de se conformer à toutes ses dispositions, en ce qui les concerne, et aux modifications qui pourraient y être apportées.

L'article 56 est modifié comme suit : — En cas d'absence ou d'empêchement, le 1er chef interne est remplacé par le 2e chef interne. — Celui-ci par un élève interne. — Les élèves internes sont remplacés par les élèves externes, et ces derniers par les élèves stagiaires. — En cas de vacance d'emploi, et en attendant la nomination d'un nouveau titulaire, le remplaçant jouit des avantages attachés à l'emploi. — Les élèves remplaçants sont désignés par rang d'inscription.

— Depuis son apparition jusqu'au 28 octobre, dans le Bengale, le choléra a atteint 828 personnes. On compte 529 décès parmi les soldats européens ou leurs familles.

Depuis son apparition jusqu'au 29 octobre, dans le Peshavour, 57 soldats européens, 8 femmes, 9 enfants ont été atteints. Les dé-

cès ont été de 45 soldats, 6 femmes et 15 enfants. Le capitaine Armstrong Juge est au nombre des décédés. L'épidémie règne toujours, mais a diminué d'intensité. (*Times.*)

— La distribution illégale de diplômes de médecine, par quelques instituts d'Amérique a engagé la législature de Pennsylvanie à nommer une commission chargée de s'enquérir des faits. Les instituts en cause étaient, nous dit *la Nouvelle Presse libre* : l'université de Pennsylvanie, le collége médical Jefferson, l'université de médecine et chirurgie de Philadelphie, le collége éclectique de médecine, qui tous fonctionnent à Philadelphie. Contre les deux premiers, on n'a révélé aucun fait; il n'en a pas été de même des autres. Il a été constaté, par les déclarations de témoins, que l'université de médecine et chirurgie de Philadelphie avait trafiqué de la vente de diplômes à des personnes qui n'avaient pas suivi les cours et qui même n'avaient aucune instruction médicale ou scientifique.

Il paraît que le directeur aurait conféré moyennant 200 dollars le grade de docteur à une personne dont le nom lui était tout à fait inconnu et qui se trouvait être un enfant de 2 ans. Les registres de l'institut prouvent que beaucop de diplômes ont été ainsi octroyés moyennant finances; on a même trouvé l'indication des sommes fournies et le nom de ceux qui ont été promus de cette façon.

Au collége éclectique de médecine, le trafic des diplômes se faisait publiquement et d'une manière systématique. C'est ainsi que des diplômes, en forme régulière et signés par la Faculté, auraient été accordés à des femmes qui n'ont pas même pu dire où se trouvait le collége.

Aussi la commission, s'autorisant de ces précédents, a-t-elle proposé de retirer aux institutions dont nous parlons les droits qui leur avaient été accordés, ce qui a été voté à l'unanimité par l'assemblée législative.

— M. le docteur Laborde, ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Institut, etc., commencera un cours public et gratuit de *Pathologie interne et de thérapeutique expérimentale*, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'École pratique, le lundi 18 novembre, à deux heures, et le continuera les lundis et vendredis à la même heure.

Programme : les maladies du système nerveux; principes de thérapeutique et de posologie.

PETITE CORRESPONDANCE

M. le docteur C..., à Ardentes : Mille remercîments. Bonne note est prise de vos observations sympathiques.

M. le docteur A. R..., à Saint-Cyprien : Bonne note est prise de votre recommandation.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traité élémentaire d'histologie d'après les travaux les plus récents publiés en France et à l'étranger, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. — 1 beau vol. in-8° avec 522 figures dans le texte. 2e édition entièrement refondue. — Le deuxième et dernier fascicule vient de paraître. — Prix de l'ouvrage complet : 14 francs.

Pathologie et clinique chirurgicales, contenant la description de toutes les maladies, la manière d'examiner les malades, les maladies spéciales des dents, des oreilles, des voies urinaires et des yeux, et un manuel de médecine opératoire de bandages et d'embaumement, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie. — 2 beaux vol. in-8° avec 542 figures intercalées dans le texte. 2e édition, corrigée et considérablement augmentée. — Prix : 25 francs.

L'Étudiant micrographe, traité pratique du microscope et des préparations, par Arthur Chevalier, O. ※, 1 vol. de 600 pages, 600 figures : 7 fr. 50. — Delahaye, place de l'École-de-Médecine. — Catalogue illustré des microscopes, gratis, chez Arthur Chevalier, Palais-Royal.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 133. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 16 NOVEMBRE 1872. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Ouverture des cours de clinique médicale de la Faculté. — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l'aide de l'écraseur (M. Verneuil). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Assemblée nationale. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Ouverture des cours de clinique médicale de la Faculté.

Dans la semaine qui vient de s'écouler, la Faculté a rouvert ses portes, elle a commencé sans bruit, sans éclat, sans étalage de robes rouges et de périodes oratoires ses exercices scolaires, en même temps que les hôpitaux ont vu se remplir, comme d'habitude, leurs salles de clinique et leurs amphithéâtres.

Faut-il regretter cette absence de toute solennité à l'ouverture de l'année scolaire? Sous les apparences d'une simple question d'apparat se cache une question plus grave en réalité; car dans cet usage traditionnel de louer publiquement, en présence de tous les élèves réunis, un de leurs anciens maîtres, il y avait une pensée plus profonde, un but plus utile qu'une satisfaction donnée au goût du décorum et aux flatteuses perspectives d'une réciprocité de louanges. Il y avait, pour les élèves, dans cette exposition publique de la vie et des œuvres de leurs anciens maîtres, l'enseignement et le stimulant de l'exemple; et suivant le parti que l'orateur savait tirer de son sujet, il y trouvait souvent l'occasion de jeter dans l'esprit des jeunes gens les fécondes semences des sentiments de leurs devoirs futurs et de leur propre dignité. La Faculté, en rompant avec cette tradition, ne semble-t-elle pas briser par là, elle-même, un des derniers liens qui faisaient autrefois sa force et sa puissance corporative? Et en se bornant ainsi strictement à son rôle de corps enseignant, ne craint-elle pas de paraître se désintéresser trop ouvertement de toute action morale et éducatrice?... Mais ce n'est pas ici le lieu de discuter cette question, ce qui nous obligerait d'ailleurs à évoquer le souvenir des circonstances regrettables qui ont amené ce relâchement momentané des rapports de la Faculté avec les élèves. Qui sait, d'ailleurs, jusqu'à quel point cette action collective à laquelle la Faculté semble avoir renoncé, ne sera pas remplacée par les rapports plus étroits et plus intimes qui semblent s'établir de plus en plus entre maîtres et élèves, dans les exercices de laboratoire comme dans les exercices cliniques? Quoi qu'il en soit, ce que nous aimons à constater en ce moment, c'est l'affluence des élèves dans tous les cours et dans tous les lieux d'étude, c'est leur empressement surtout aux visites des hôpitaux et aux leçons faites dans les amphithéâtres de clinique.

Nous avons assisté aux premières leçons des trois chaires de clinique médicale en activité pendant le semestre d'hiver, celle de M. Béhier à l'Hôtel-Dieu, de M. Sée à la Charité et de M. Lasègue à la Pitié. Dans l'impossibilité où nous serions de reproduire ici intégralement ces leçons-programmes, nous nous bornerons à en résumer l'esprit.

Clinique de l'Hôtel-Dieu (M. Béhier).

Le sujet de la première leçon de M. Béhier lui a été fourni par un cas de tœnia; nous aurons l'occasion de revenir plus tard sur les considérations pathologiques et cliniques dont il a été le texte. Nous ne nous arrêterons, pour le moment, que sur les quelques préliminaires de cette leçon.

Avant d'aborder son sujet, M. Béhier a voulu saisir l'occasion, qui se présentait naturellement à lui, de prémunir ses élèves contre certaines prétentions qui se sont fait jour dans ces derniers temps et qu'il ne pouvait, en tant que chargé de l'enseignement clinique de la médecine, laisser passer sans remettre les choses à leur place; ces prétentions consistent, comme on le sait déjà, à considérer la médecine comme née d'hier et n'existant qu'à peine comme science depuis l'avénement de la physiologie expérimentale.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* reconnaîtront là ces mêmes prétentions dont elle a essayé elle-même récemment de faire justice. Nous ne pouvons, pour notre part, qu'être flatté d'une pareille concordance d'opinion, et surtout du concours d'un pareil appui, en cette circonstance.

M. Béhier a rappelé, à cette occasion, que, il y a quelques années, en ouvrant un semestre du cours de cliniquo, il avait cherché à faire la tare de ce que la physiologie expérimentale avait donné de lumière fixe à la médecine, et qu'il était arrivé à peine à cinq ou six opinions bien démontrées qui pouvaient servir à l'interprétation de certains phénomènes cliniques; et que, par contre, il avait pu relever, au hasard, à titre d'exemples, trois fois plus de faits acquis, positifs, consignés dans l'œuvre d'Hippocrate, confirmés par la série des travaux sérieux qui se sont succédé depuis d'âge en âge...

« Je conçois, a dit M. Béhier, qu'on s'enthousiasme pour les recherches modernes, pour certains résultats des expérimentations physiologiques. Cet enthousiasme, je le partage, mais quand, dans ces moments d'admiration, on veut faire table rase de tout ce qui existe, alors je rentre dans ma bibliothèque et je me prends à lire avec un nouveau charme Borsieri et la Clinique de

M. Andral, que n'ont probablement pas feuilletée ceux qui nient la médecine... Je sais, a ajouté plus loin M. Béhier en faisant allusion à un correctif dans lequel on déclarait reconnaître et accepter la médecine d'observation, mais où l'on persistait à nier la thérapeutique, je sais qu'on a très-bien étudié, dans ces derniers temps, les divers composants de l'opium, la digitale, la belladone; on nous a donné des renseignements qui ont aidé à faire des théories sur l'action de ces substances; mais ces études n'ont guère fait varier l'emploi de ces médicaments; on remplit toujours les mêmes indications avec les mêmes moyens; on les apprécie mieux; on a sur leur action d'autres théories; mais on les emploie de même et dans les mêmes cas. C'est un progrès réel, je suis loin de le nier; c'est une méthode infiniment instructive; mais s'il fallait attendre nos lumières dans le traitement des maladies de cette seule voie d'enseignement, nous serions encore aujourd'hui assez dépourvus... Dire que c'est depuis les découvertes récentes de la physiologie expérimentale qu'existe la seule vraie thérapeutique, c'est là une affirmation bien hardie; je ne vous engage pas à y croire. Jamais je ne fermerai les oreilles ou les yeux à ces travaux, je vous les ferai toujours connaître avec soin. Je salue et je saluerai toujours avec joie ces découvertes, je m'enthousiasmerai volontiers pour ces recherches, mais quand on me dira : Voilà la seule médecine, je relirai mes vieux amis et j'enverrai les personnes qui avancent de telles propositions à l'École de la Salpêtrière, où MM. Charcot et Vulpian, par l'observation clinique, par les recherches d'anatomie pathologique que vous savez, en mettant en œuvre les moyens d'investigation modernes, ont plus fait pour la médecine, j'allais presque dire pour certaines parties de la physiologie, que n'a pu produire de connaissances directement applicables toute la médecine expérimentale... »

Clinique de la Charité (M. Sée).

M. Sée, dans sa première leçon, a annoncé qu'il s'occuperait principalement, pendant ce semestre, des maladies du cœur et de leur traitement. Ici nous allons nous trouver en pleine application de la physiologie à la pathologie et à la clinique. — Mais, hâtons-nous de le dire, les justes critiques qui s'adressent aux prétentions exagérées énoncées au nom de la physiologie expérimentale et aux conclusions hâtives tirées des expériences de laboratoire, s'arrêtent ici devant une tentative louable d'application de toutes les notions acquises en physiologie à l'étude de la pathogénie et de la thérapeutique, application qui a pour base le diagnostic précis fait en présence de tous et vérifiable par chacun et pour moyen constant de contrôle le résultat clinique. C'est particulièrement à l'enseignement clinique de M. Sée que s'applique cette caractéristique de la tendance scientifique actuelle, dont nous ne nous rappelons plus en ce moment la provenance.

« Le caractère commun, et qui tend tous les jours à se généraliser, de l'enseignement médical est l'analyse physiologique et pathogénique, et l'adaptation de la physiologie à la conception des phénomènes morbides de la thérapeutique. » — Nous ajouterons toujours : avec l'observation clinique pour base et pour contrôle.

Cela dit, poursuivons.

Le chapitre du traitement des affections cardiaques est généralement fort court dans la plupart de nos ouvrages classiques. C'est à cette insuffisance, à cette pauvreté de la thérapeutique des affections cardiaques que M. Sée prétend suppléer par son enseignement de cette année.

Ce ne sont pas les moyens qui manquent, suivant M. Sée, c'est la connaissance précise de leur action et surtout celle des indications qu'on doit se proposer de remplir en les mettant en œuvre. Ce qui a éloigné de l'étude des agents thérapeutiques dans les affections du cœur, et ce qui a limité jusqu'à présent le champ d'action des praticiens à l'emploi d'un nombre très-minime de moyens, comme la saignée et la digitale, c'est qu'on s'est beaucoup trop exclusivement arrêté à la seule considération des lésions du cœur, sans tenir compte assez des troubles fonctionnels qu'elles entraînent à leur suite ou dont elles peuvent être elles-mêmes les conséquences. Il semble que l'indication d'agir se soit circonscrite d'autant plus que le diagnostic des lésions du cœur est devenu plus précis et plus familier à la généralité des médecins. Sans doute, dit M. Sée, on ne guérit pas des rétrécissements et des insuffisances des orifices cardiaques, mais on peut et on doit combattre, non par des moyens empiriques, mais par des moyens rationnels agissant physiologiquement, les troubles fonctionnels qui accompagnent ces lésions. Mais cela ne peut être fait qu'à la triple condition d'un diagnostic certain de lésion à laquelle on a affaire, connaissance préalable indispensable de toute bonne direction thérapeutique, d'étudier la pathogénie, c'est-à-dire la succession et l'enchaînement de tous les phénomènes morbides qui procèdent de cette lésion ou qui s'y rattachent et leur signification physiologique, et enfin de déduire de cette double notion les indications des modifications qu'il peut être utile d'imprimer à l'économie pour y ramener l'ordre physiologique troublé ou interrompu.

Jusqu'ici, dit M. Sée, nos prédécesseurs ont apporté toute leur attention au diagnostic. Ce sera l'éternel honneur de l'École de Paris, dans la première moitié de ce siècle, d'avoir établi, sur des bases certaines, le diagnostic de la plupart des maladies.

Le diagnostic fixera tout d'abord notre attention. Nous ne laisserons pas passer sous nos yeux une seule maladie sans en faire le diagnostic; mais nous n'en resterons pas là, comme on l'a vu faire trop souvent; après le diagnostic, nous étudierons la pathogénie, et après la pathogénie la thérapeutique, rapprochant ainsi ce qu'ailleurs on sépare. L'objet principal du cours sera donc la pathogénie vivante avec la thérapeutique au bout.

Passant de ces généralités à l'application, M. Sée est entré de plain pied dans l'étude des agents thérapeutiques ou modificateurs fonctionnels du cœur.

On s'étonnera peut-être qu'il ait commencé par l'étude des moyens ou instruments d'action, avant d'avoir indiqué quels sont les états fonctionnels sur lesquels doit porter cette action. Mais comme tout s'enchaîne en quelque sorte indissolublement, comme la classification que M. Sée a établi entre ces divers agents a précisément pour base leur action expérimentalement démontrée sur les divers éléments du cœur, muscle, vaisseaux et nerfs, il s'ensuit que l'indication, c'est-à-dire la considération du but et celle du moyen, marchent de front.

Ainsi, d'après les recherches les plus récentes, l'anatomie et la physiologie du cœur nous révèleraient trois centres d'action du cœur, savoir : 1° un premier centre d'action situé dans le cœur lui-même, série de ganglions intrinsèques ou intra-cardiaques, principe automoteur du cœur, donnant à cet organe sa véritable impulsion; 2° un centre moteur auxiliaire, placé dans la partie supérieure de la moelle épinière; 3° un deuxième centre auxiliaire dans les vaso-moteurs; et trois centres de dépression, centres antagonistes, dépressifs ou réfrénateurs : 1° le nerf de Sion, récemment découvert, qui se détache

du grand sympathique pour se rendre au cœur; 2° le centre modérateur, régulateur, ou centre dépressif intrinsèque (le nerf vague), placé à côté des nerfs intrinsèques excitateurs; 3° les ganglions cardiaques. M. Sée, partant de ces données physiologiques et des expériences à l'aide desquelles elles ont été acquises, a cherché à classer les diverses substances qui ont une action sur le cœur, suivant que cette action porte sur l'une ou l'autre de ces propriétés motrices, excitatrices ou dépressives. Il a été conduit ainsi à distinguer six groupes dans tous les agents modificateurs du cœur, qui se retrouvent dans les six groupes de la première classe (névro-musculaire) de sa classification générale des agents thérapeutiques.

Le premier groupe comprend les substances qui ont la propriété d'agir sur les nerfs moteurs en général, et sur les nerfs moteurs du cœur particulièrement, en les paralysant, le curare, la fève de Calabar, la ciguë, l'aconitine.

Le deuxième groupe comprend les modifications musculaires, les agents qui tempèrent ou éteignent l'irritabilité musculaire, cardiaque, la vératrine, les sels de potasse, et principalement le nitrate, le tempérant par excellence des anciens, qui tempère à la fois l'action du cœur et la chaleur.

Dans le troisième groupe se trouvent les agents dits vasculaires, le brômure de potassium, le seigle ergoté, la nicotine, la belladone; dans le quatrième, les cardiaques proprement dits, en tête desquels se place la digitale; dans le cinquième, les modificateurs de la moelle, mettant en jeu son action réflexe sur le cœur, l'opium et ses alcaloïdes, la strychnine; dans la sixième, enfin, les agents anesthésiques.

Tels sont les agents principaux dont M. Sée se propose d'étudier cliniquement l'action, à mesure que s'en présenteront les occasions. L'exposé très-incomplet que nous venons de faire de cette classification sera repris d'ailleurs à mesure des applications dont nous aurons connaissance, ce qui nous permettra à la fois de le compléter, et au besoin de le rectifier si quelques erreurs involontaires s'y étaient glissées.

Clinique de la Pitié (M. Lasègue).

Nous n'avons pu assister à la première leçon de M. Lasègue, n'ayant point été prévenu en temps opportun; mais pas plus tard qu'hier, nous avons eu la chance d'assister à une leçon, dans laquelle il a exposé le programme qu'il compte suivre dans l'étude clinique qu'il se propose faire cet hiver du groupe pathologique des rhumatismes. Le temps nous manque aujourd'hui, aussi bien que la place, pour recueillir nos souvenirs et résumer ce programme. Nous réservons cette partie de notre tâche pour l'une des Revues cliniques prochaines.

Dr Brochin.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM

ET DE LEUR TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF PAR LA RECTOTOMIE LINÉAIRE OU SECTION LONGITUDINALE DE L'INTESTIN A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR (1).

Obs. VII.—X..., 40 ans, d'une haute stature et d'une santé autrefois excellente, est domestique à Paris depuis quinze ans. Depuis 1867, il n'avait jamais été malade.

A cette époque, il eut à la verge une petite écorchure accompagnée de gonflement des ganglions inguinaux. L'écorchure guérit en quelques jours, les ganglions disparurent en trois semaines avec des emplâtres et quelques tisanes. Nul renseignement sur les accidents secondaires. Toutefois il y eut peu de temps après une petite gerçure à la marge de l'anus qui provoquait pendant la défécation une douleur assez vive.

Le malade se dit atteint, depuis ce moment, de rétrécissement véritable caractérisé par la déformation du bol fécal, qui est mince et comme passé à la filière, et par une grande difficulté pour aller à la selle.

En 1868, le rétrécissement fut constaté par un médecin qui reconnut, paraît-il, à l'extrémité du rectum, un anneau complet étroit et très-serré. Une opération fut faite, à l'aide de l'écraseur linéaire, à l'intérieur de la cavité rectale, puis on administra l'iodure de potassium à hautes doses.

Il n'y eut point d'amélioration durable. En 1871, dans un hôpital de province, on fit avec le bistouri plusieurs incisions internes et on introduisit des mèches volumineuses avec persévérance. L'iodure de potassium fut encore prescrit.

Il y eut un soulagement passager. Le bol fécal augmenta de calibre et prit la forme d'un ruban large; mais bientôt tous les malaises reparurent.

Le 4 mai 1872, X... entra dans mon service pour la première fois, et nous constatâmes l'état suivant : anus sain, point d'hémorrhoïdes ni de fissure. Le doigt, non sans provoquer une assez vive douleur, rencontre, dès l'entrée, le sphincter externe contracturé, mais cédant bientôt à la pression. A trois centimètres de profondeur environ, on est arrêté par une barrière épaisse et résistante située sur la paroi postérieure de la cavité rectale. Au contraire, en avant, on ne reconnaît aucun obstacle et on arrive sans peine dans l'ampoule. Il existe donc une sorte de valvule en forme de croissant ouvert en avant et qui sépare incomplétement la cavité anale de l'ampoule rectale. Au-dessus, existe une sorte de cul-de-sac assez profond en forme de nid de pigeon. Cette valvule est épaisse d'un centimètre environ, résistante, mais non indurée, et recouverte par la muqueuse à peu près saine. Elle fait, d'arrière en avant, une saillie d'au moins 15 à 20 millimètres.

Les symptômes sont les suivants : sensation douloureuse constante dans la région malade, douleurs plus vives en allant à la selle.

La constipation habituelle, dans les années précédentes, a fait place à une sorte de diarrhée provoquée par des besoins incessants de défécation. Il y a en moyenne dix selles par jour. Deux ou trois seulement renferment des matières fécales; les autres sont muco-purulentes. X... évalue à quatre cuillerées environ la quantité de pus rendue quotidiennement.

Il y a perte des forces, amaigrissement considérable, impossibilité de faire un exercice tant soit peu énergique ou une marche quelque peu prolongée. Dyspepsie très-marquée; sinon anorexie, au moins crainte de prendre des aliments, leur ingestion provoquant une envie presque subite d'aller à la selle. La miction est facile, mais chaque émission d'urine excite aussitôt le ténesme.

État moral très-mauvais; découragement profond. X... se croit incurable. Il peut à peine travailler depuis cinq ans, et se voit, dans l'avenir, condamné à la misère.

Je prescris d'abord, un peu banalement, j'en conviens, le traitement antisyphilitique et l'introduction des mèches progressivement croissantes. Il semble y avoir amélioration. Toujours est-il que la bride paraît s'effacer et surtout s'assouplir, mais nous sommes forcés de supprimer l'iodure de potassium, qui détermine de la gastralgie et une éruption acnéique très-incommode.

X... quitte le service après deux mois de séjour, un peu soulagé.

Il revient au bout de dix jours à peine, plus désespéré que jamais, et me suppliant de tenter quelque moyen plus énergique, car tous les symptômes fâcheux ont reparu. Je retrouve, en effet, la bride plus épaisse et plus saillante que jamais, mais je constate en même temps une particularité qui, jusqu'alors, n'avait pas suf-

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 26, 29 octobre, 7, 9 et 12 novembre 1872.

fisamment fixé mon attention. Lorsque, après avoir franchi la valvule avec l'index, on appuie pendant deux ou trois minutes sur un bord libre, elle cède peu à peu, de sorte qu'en quatre ou cinq minutes on parvient presque à l'affaisser complétement. Mais le doigt retiré et la pression supprimée, elle reprend bientôt sa saillie ordinaire ; de plus, elle répond assez exactement au bord supérieur du sphincter vertical. J'arrive par là à modifier mon premier diagnostic et à interpréter différemment la nature du mal.

J'abandonne l'idée d'un rétrécissement ordinaire pour celle d'une contracture limitée des fibres circulaires les plus élevées du sphincter.

Le début du mal après une gerçure douloureuse de l'anus, la marche lente des améliorations obtenues par les débridements et l'emploi des incisions, le retour rapide des accidents suivant de près l'abandon des moyens mécaniques, tout concourt à justifier l'hypothèse.

J'essaie, par acquit de conscience, la belladone, l'extrait de ratanhia sans rien obtenir, et je me résous à agir chirurgicalement.

Trois moyens s'offraient à mon choix : la dilatation forcée, l'incision interne et enfin la section verticale du sphincter tout entier, y compris sa partie inférieure et les téguments de la marge de l'anus.

Je renonçai à la dilatation forcée parce que, la partie antérieure du rectum ayant conservé son extensibilité, je n'aurais pu trouver de point d'appui suffisant pour les instruments dilatants.

Les débridements internes avaient déjà échoué, sans doute parce qu'ils n'avaient pas été pratiqués assez profondément. Il aurait fallu inciser la valvule jusqu'à sa base inclusivement, c'est-à-dire diviser toute la paroi rectale jusqu'au tissu cellulaire lâche qui sépare en arrière l'intestin du coccyx. Une plaie de cette nature aurait pu devenir le point de départ d'un phlegmon stercoral dangereux,

Il me parut plus sûr de faire un débridement vertical largement ouvert en bas, et par lequel j'étais certain de n'épargner aucune fibre du sphincter.

Je procédai de la manière suivante : le malade étant endormi dans le décubitus latéral, j'introduisis dans le rectum l'indicateur gauche, dont la première phalange, fléchie à angle droit, dépassait et accrochait la valvule. Alors je plongeai un trocart à travers la peau, à 2 centimètres environ de la pointe du coccyx, sur la ligne médiane, et vins perforer le rectum sur la pointe de l'index, à quelques millimètres au-dessus du rétrécissement.

Le premier retiré, je glissai dans la canule une bougie fine remontant assez haut dans le rectum et que je fis ressortir par l'anus. La canule enlevée, cette bougie fut remplacée par une chaîne d'écraseur, exactement comme s'il s'agissait d'une fistule à l'anus ordinaire.

La section fut faite selon les règles et sans la moindre hémorrhagie. Je pus m'assurer, en explorant le trajet de la chaîne, que l'obstacle était entièrement divisé et remplacé par une brèche béante.

Je ne mis aucun corps étranger dans l'anus et prescrivis, pour tout traitement, des applications froides sur le périnée.

Les suites furent extrêmement simples ; il n'y eut ni fièvre ni douleurs; le soulagement fut même très-marqué et très-rapide, car le ténesme et les douleurs continuelles de l'anus ayant cessé, l'opéré dormit la nuit suivante comme il ne l'avait pu faire depuis bien longtemps. Les dix ou douze évacuations des jours précédents furent remplacées par deux selles faciles et non douloureuses. N'ayant plus la crainte de ramener la douleur, le malade se remit à manger et à digérer; aussi, l'état général se modifia rapidement.

Il n'y eut pas d'autre incident qu'une attaque de cystite qui survint vers le huitième jour sans cause connue et céda en une semaine aux émollients, aux bains et aux boissons alcalines d'abord et balsamiques ensuite.

Trois semaines après l'opération, le malade demanda à sortir pour achever chez lui sa guérison. La plaie anale était réduite à une fissure d'un centimètre de profondeur et recouverte de belles granulations. La valvule était encore représentée dans la profondeur par deux mamelons latéraux, entre lesquels se continuait la fissure en question. De sorte que le doigt pouvait suivre sans être arrêté la paroi postérieure du rectum. L'incontinence, qui n'avait existé que dans les premiers jours de l'opération, avait disparu. La suppuration n'était pas tarie, mais elle était réduite à de faibles proportions. En revanche, la sécrétion glaireuse de l'intestin avait cessé. Il y avait chaque jour une ou deux selles ordinaires.

Je reverrai certainement ce malade, qui est parti en me manifestant la plus sincère reconnaissance, et je pourrai m'assurer de la valeur réelle du procédé que j'ai mis en usage.

Jusqu'à plus ample informé, tout me porte à croire que la section verticale du rectum, pratiquée sur la ligne médiane et à l'aide de l'écraseur, constitue un moyen à la fois efficace, innocent et d'une exécution facile contre les rétrécissements spasmodiques ou fibreux de la partie inférieure du rectum, toutes les fois qu'ils ne sont pas situés à plus de 5 centimètres au-dessus de l'orifice anal. Sans doute pour les cas légers, on pourra tenter la dilatation et ses divers procédés; mais où l'insuccès de cette méthode sera avéré, il conviendra de recourir à la rectotomie linéaire, sans attendre que le malade soit épuisé, que les altérations de la partie sous-jacente de l'intestin soient trop avancées et que des complications fâcheuses nous amènent trop de dégâts dans la région malade.

J'ai véritablement regret de n'avoir pas mis en usage ce procédé si simple dans un cas de rétrécissement consécutif à l'extirpation d'un épithélioma de l'anus. J'ai imaginé et exécuté un procédé autoplastique assez compliqué ; un érysipèle est survenu, qui a enlevé rapidement mon opérée.

Je passe à la dernière catégorie de faits, c'est-à-dire aux rétrécissements cancéreux. Il ne s'agit plus ici naturellement de guérison radicale, mais seulement d'une atténuation des souffrances.

Mon premier essai dans ce genre remonte à l'année 1868.

(A suivre.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1872. — Présidence de M. Dolbeau, président.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux;* — *L'Union médicale;* — Les *Archives générales de médecine et de chirurgie ;* — Le *Bulletin général de thérapeutique ;* — Le *Bordeaux médical;* — Le *Bulletin médical du nord de la France ;* — Le *Journal d'ophthalmologie.*

M. PANAS présente, au nom du professeur Aganostakis, doyen de la Faculté de médecine d'Athènes, un mémoire imprimé intitulé : *Chirurgie oculaire des anciens.*

M. OLIVIER (de Rouen) envoie une observation intitulée : *Hernie ombilicale étranglée. Ponction du sac. Réduction.*

M. Olivier demande à être inscrit au nombre des candidats au titre de membre correspondant de la Société de chirurgie (commissaires : MM. Giraldès, Panas et Labbé).

M. MOUCHET (de Sens) envoie une observation intitulée : *Nouveau cas de luxation simultanée du cubitus en arrière et du radius en avant* (même commission).

M. PERRIN offre, de la part du docteur Thouvenin, de Veselise, (Meurthe), l'observation suivante : *Plaie pénétrante de la vessie compliquée d'inclusion d'un corps étranger ; guérison* (renvoyée à l'examen de M. Perrin).

ÉLECTIONS

Commission pour l'examen des thèses pour le concours du prix Duval.

Sont élus : MM. Tillaux, Lannelongue, Duplay, Panas, Trélat.

Commission pour l'examen des mémoires pour le prix Laborie.

Sont élus : MM. Paulet, Blot, Verneuil, Lefort, Guéniot.

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Tumeur sébacée du dos. — M. LÈTENNEUR (de Nantes), membre correspondant, adresse l'observation suivante avec la pièce. (Sera publiée.)

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Anatomie pathologique du tétanos. — M. VERNEUIL termine ainsi la communication qu'il a faite dans la dernière séance :

Ce cas me remet en mémoire d'autres faits, où j'avais constaté chez les tétaniques des lésions pulmonaires importantes. Chez une malade à laquelle j'avais pratiqué la trachéotomie pour remédier à des accès menaçants de suffocation, j'avais été frappé de voir, quelques instants après l'opération, la canule donner issue à une grande quantité de muco-pus provenant des bronches et révéler l'existence d'une bronchite intense, que je ne soupçonnais point et qui, sans doute, jouait un rôle important dans la dyspnée. La malade ayant guéri, je ne puis dire exactemeni dans quel état se trouvaient les poumons.

Deux autres fois, à l'autopsie, j'avais constaté, outre une congestion palmonaire très-forte et généralisée, des points étendus de pneumonie véritable. Mais comme les sujets, indépendamment du tétanos, avaient été atteints de phlegmon diffus, d'érysipèle et de lymphangite partant de leurs blessures, j'avais attribué la lésion pulmonaire à la maladie générale septique, et non à la complication tétanique.

Cette interprétation n'était pas acceptable chez le jeune homme dont je viens de rapporter l'histoire, car au moment où le tétanos éclata, il était tout à fait apyrétique et n'avait jamais été félicitant du fait de sa brûlure. Si peu de temps s'était d'ailleurs écoulé entre le début des accidents et la terminaison funeste, et cependant les lésions pulmonaires étaient si prononcées, que je ne pus m'empêcher de croire que le tétanos avait joué un rôle prédominant dans la production.

Certes, je n'entends pas donner comme une découverte les altérations du poumon et les troubles respiratoires dans le tétanos.

J'ai toujours soutenu, avec les auteurs classiques, que les tétaniques succombaient par la respiration et offraient, à l'autopsie, des lésions pulmonaires sinon constantes, au moins très-fréquentes; mais aujourd'hui, je suis porté à admettre plusieurs variétés de mort par l'appareil respiratoire.

Je crois qu'on peut succomber d'abord à une sorte de strangulation par spasme laryngien, puis à une asphyxie plus ou moins rapide par contracture des muscles inspirateurs, diminuant ou empêchant l'entrée suffisante de l'air dans les poumons. La contraction des muscles expirateurs pourrait sans doute amener un résultat analogue. En tous cas, la cessation brusque des phénomènes d'asphyxie par les courants électriques continus ne peut guère s'expliquer que par l'hypothèse d'une contracture des muscles.

Enfin je pense que, dans le cours du tétanos et sous l'influence de l'irritation violente de la moelle, les poumons peuvent être pris de troubles trophiques se manifestant par le développement de lésions aiguës, inflammatoires, d'origine non mécanique, telles que bronchite capillaire et pneumonie; alors s'expliquerait convenablement la brusque élévation de température et l'aggravation si grande du pronostic.

J'ignore ce que l'observation ultérieure fera d'une hypothèse que j'émets, du reste, avec réserve; mais dès à présent je conseille aux cliniciens de porter leur attention spéciale de ce côté, c'est-à-dire 1° de pratiquer avec soin l'exploration de la poitrine chez les tétaniques; 2° de noter scrupuleusement à l'autopsie les lésions internes du parenchyme pulmonaire; 3° de chercher enfin la relation qui peut exister entre l'élévation de température constatée pendant la vie et les altérations du poumon trouvées après la mort.

Je reste convaincu que dans cette voie nouvelle on arrivera à des résultats importants.

M. LANNELONGUE. Dans un cas de tétanos suraigu, j'ai trouvé des lésions des poumons; il y avait dans cet organe des noyaux hémorrhagiques comme ceux que l'on observe chez les noyés. Le malade était mort asphyxié, et s'il avait pu vivre, sans doute ces lésions se seraient terminées par de la suppuration.

J'ajoute que l'asphyxie donne lieu à une production énorme de chaleur. J'énonce ici le fait parce qu'il a été déjà démontré.

RAPPORT

M. DUBRUEIL lit le rapport suivant :

Messieurs, à l'appui de sa candidature, M. Polaillon nous a fait trois communications : l'une sur un *esthiomène rongeant de la vulve*; l'autre sur un *abcès du cerveau, consécutif à une fracture du frontal*; et la troisième sur une *opération de cancer du rectum.*

Parmi les ulcères de la vulve, l'un des plus rares est certainement celui qui se développe sous l'influence de la diathèse scrofuleuse. M. Huguier est le premier observateur qui l'ait distingué des ulcères vénériens ou cancéreux de cette région, et qui l'ait décrit, en 1849, sous le nom d'esthiomène ou dartre rongeante de la région vulvo-anale. Tous les chirurgiens qui ont pratiqué à l'hôpital de Lourcine n'ont pas eu l'occasion d'en voir, et M. A. Guérin avoue, dans son ouvrage (sur les maladies des organes génitaux externes de la femme), qu'il n'en a rencontré qu'un seul cas en quatre ans (p. 410). En raison de cette rareté, M. Polaillon a pensé que vous accueilleriez avec intérêt le fait qu'il avait observé. Dans cette communication, il a insisté sur deux points : le diagnostic et le traitement. Il a montré, par l'étude de la marche, des antécédents et des symptômes concomitants, qu'il n'avait affaire ni à un chancre syphilitique, ni à une syphilide ulcéreuse, ni à un chancre simple devenu phagédémique, ni à un ulcère cancroïdal.

La maladie existait depuis dix-huit mois chez une femme de 55 ans. Elle avait débuté par un écoulement vaginal et par un tubercule dur situé au niveau de la fourchette. Ce tubercule s'était ulcéré. Peu à peu l'ulcération avait envahi tout le contour de l'entrée du vagin, creusant en profondeur, disséquant l'urèthre, dont l'orifice faisait saillie dans la plaie, et détruisant la muqueuse du vagin dans l'étendue de 3 centimètres. Les bords avaient une coloration violacée sombre. Ils étaient tuméfiés, durs, taillés à pic çà et là, peu saillants dans d'autres points, où ils semblaient se confondre avec le fond de l'ulcère par un commencement de travail cicatriciel. Le fond de l'ulcère était rouge violacé et sécrétait un pus épais et filant qui recouvrait sa surface d'une couche jaunâtre. Ce pus inoculé ne produisit pas un chancre. Les grandes lèvres étaient hypertrophiées; le clitoris et les nymphes étaient gonflés, durs, d'une couleur rouge sombre, symptômes signalés par M. Huguier comme caractéristiques de l'esthiomène rongeant. De plus, la malade avait la face couverte de cette scrofulide tuberculeuse qu'on appelle l'acué rosacæa, et elle ne présentait aucune trace d'éruption ou d'une lésion quelconque pouvant être rapportée à la syphilis.

Le diagnostic de l'esthiomène étant bien établi, M. Polaillon voulut essayer les moyens internes sur la marche de cette maladie avant d'avoir recours à la destruction des tissus ulcérés soit par les caustiques, soit par l'instrument tranchant. Sous l'influence de l'iodure de potassium à l'intérieur, des bains sulfureux et des pansements locaux avec la poudre d'iodoforme, les progrès de la maladie furent enrayés, et peu à peu l'ulcère se cicatrisa. J'ai vu cette malade dernièrement, et je puis constater ici qu'elle est bien guérie. C'est là un fait qui prouve que, dans certains cas, l'esthiomène rongeant de la vulve peut se guérir sans une intervention chirugicale.

Dans une seconde communication, M. Polaillon a fait connaître une importante observation d'abcès du cerveau produits par une fracture du frontal. En même temps il mettait sous les yeux de la Société le cerveau et le crâne du blessé qui avait subi cette fracture.

Il s'est attaché à prouver une fois de plus, à l'aide de ces pièces, que des abcès très-volumineux peuvent se développer dans un des lobes du cerveau sans produire des troubles physiologiques du côté de la sensibilité, de la motilité et de l'intelligence ; et que s'il est assez facile de diagnostiquer, par l'ensemble des phénomènes morbides, que du pus se forme dans le cerveau à la suite d'une plaie de tête, il est presque toujours impossible de donner issue à ce pus par une opération de trépan, faute de savoir dans quel lieu il faut trépaner.

Le blessé qui fait le sujet de cette observation avait été frappé au front par un éclat de meule à aiguiser. Il en résulta une plaie verticale située sur la ligne médiane du front, avec enfoncement des fragments produisant une dépression sur la moitié droite du frontal et non sur la moitié gauche. Deux mois se passèrent sans le moindre accident. Au bout de ce temps, le malade eut des frissons qui se répétèrent à intervalles irréguliers, de la céphalalgie, des vomissements, de la constipation, de la lenteur dans le pouls. Le malade devint de plus en plus taciturne. Mais comme il n'avait pas d'agitation, pas de délire, pas de convulsions, pas de contracture dans les membres, M. Polaillon pensa qu'il avait affaire à une encéphalite, et les frissons qui se renouvelaient de temps en temps lui indiquaient que l'encéphalite suppurait; il diagnostiqua un abcès du cerveau.

Ce diagnostic le condusit à examiner s'il n'y avait pas lieu d'appliquer le trépan. Mais il attendit que quelque trouble fonctionnel vînt lui indiquer dans quelle région du cerveau siégeait l'abcès, et dans quel lieu il fallait trépaner.

La sensibilité et la motilité interrogées tous les jours, soit à la face, soit dans le reste du corps, ne présentèrent aucune altération jusqu'à la mort, et le malade conserva jusqu'au dernier moment l'usage de la parole. M. Polaillon a bien fait voir que s'il s'était guidé sur l'enfoncement des fragments pour pratiquer le trépan, il serait tombé infailliblement sur un point du cerveau où n'était pas l'abcès. En effet, la dépression du frontal existait à droite de la ligne médiane et non à gauche; or l'autopsie montra que l'abcès existait dans le lobe frontal gauche, en arrière de la moitié du frontal qui ne paraissait pas enfoncée. Il est vrai qu'en regardant l'os frontal par sa face interne, on voyait un petit fragment faire une saillie très-considérable du côté du lobe frontal gauche ; c'est probablement cette saillie qui a produit, de ce côté, l'inflammation suppurative du cerveau. Mais il était impossible de soupçonner l'existence de cette saillie par l'examen de la surface externe du frontal, surtout alors que celle-ci était recouverte des parties molles déjà complétement cicatrisées.

Enfin, messieurs, M. Polaillon nous a entretenus, dans la dernière séance, d'une opération de cancer du rectum. L'opportunité de cette opération est soumise à certaines conditions spéciales, qui ont été bien mises en lumières par le candidat. La tumeur était mobile sur les parois du bassin; le doigt pouvait la circonscrire dans tous ses points; sa limite supérieure était à 8 ou 9 centimètres de l'anus, c'est-à-dire dans un point où l'on peut atteindre sans ouvrir le péritoine; elle n'occupait que la moitié latérale droite du rectum, ce qui nécessitait une perte de substance moins considérable que s'il avait fallu enlever toute la partie inférieure de cet organe; elle était ulcérée, et donnait lieu à des douleurs et à des hémorrhagies inquiétantes; enfin elle parut formée, d'après l'examen microscopique, par une hypertrophie des glandes du rectum, par un polyadinôme, tumeur qui, au point de vue de la récidive, a nne signification moins grave que le squirrhe ou l'encéphaloïde.

La tumeur adhérait en avant au bord latéral droit de la prostate. Cette circonstance ne parut pas une contre-indication à l'opération, car, dans un cas semblable, MM. Demarquay et Ricord (*Gaz. des hôpitaux*) avaient pu enlever une partie de la prostate, sans qu'il en résultât aucun accident.

L'opération fut exécutée d'après un plan bien conçu. Mettant à profit le procédé de M. Denonvilliers, le candidat fit une longue incision étendue depuis l'anus jusqu'au coccyx ; cette incision lui permit de décoller avec les doigts, d'abord en arrière, puis latéralement, toute la portion du rectum qui supportait la tumeur. Il sectionna ensuite le rectum en arrière de la tumeur avec le fil de fer d'un serre-nœud, et en avant avec la chaîne de l'écraseur. Supérieurement, la tumeur fut détachée, en plaçant au-dessus d'elle l'anse d'un fil de fer constricteur. Le péritoine fut complétement ménagé, ainsi que le canal de l'urèthre. Mais le canal déférent droit, ainsi que la vésicule séminale de ce côté, furent coupés.

A la suite de cette opération, le malade n'eut aucun accident, si ce n'est une épididymite passagère du côté où le canal déférent avait été coupé. Deux mois après l'opération, il sortait de l'hôpital, l'incision extérieure étant complétement cicatrisée, n'ayant point d'incontinence de matières fécales et point de gêne dans la miction. Cet homme, qui a 62 ans, avait repris ses forces et son embonpoint. En pratiquant le toucher rectal, on sentait en avant la prostate reconnaissable à sa dureté, et latéralement une bride cicatricielle s'étendant de la prostate vers la partie postérieure de l'incision cutanée. Au-dessus, on constatait l'existence d'un tissu dur et de nature très-suspecte.

La tumeur fut examinée au microscope par M. Vulpian. On trouva des glandes hypertrophiées sur les bords de l'ulcération, mais plus profondément on trouva des alvéoles de tissu conjonctif remplies de cellules épithéliales. Or ces alvéoles constituent l'altération anatomo-pathologique caractéristique du véritable cancer. Aussi, en terminant sa communication, M. Polaillon a-t-il fait toutes ses réserves sur la possibilité d'une récidive. Néanmoins, l'opération qu'il a pratiquée a été fort utile à son malade; elle est aussi intéressante pour la science, car elle montre qu'une large incision du rectum en arrière peut se réunir, de manière à ce que l'anus conserve sa fonction de retenir les matières fécales.

Je terminerai en priant la Société de mettre M. Polaillon au nombre des candidats à la place vacante, et de renvoyer ses observations au comité de publication. (Adopté.)

M. CHASSAIGNAC. Les bulletins de la Société de chirurgie renferment une observation d'ablation d'un esthiomène de la vulve, suivie de guérison, et c'est à Blandin, qui était alors chirurgien de Lourcine, qu'elle appartient.

M. FORGET. La récidive a eu lieu très-rapidement après l'opération du cancer du rectum, puisque M. Polaillon lui-même l'a constaté. On pourrait en conclure que l'opération n'était pas des plus opportunes ni des plus efficaces.

(*A suivre.*)

ASSEMBLÉE NATIONALE

Séance du 2 août 1872.

Rapport fait au nom de la 14e commission d'initiative parlementaire sur la proposition de loi de MM. Vente, Testelin, Brame et plusieurs de leurs collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine et de pharmacie à Lille, par M. Alfred Dupont, membre de l'Assemblée nationale.

Messieurs, quarante-six de nos collègues appartenant aux départements du Nord, du Pas-de-Calais, de la Somme et de l'Aisne, ont déposé une proposition de loi pour le rétablissement, à Lille (Nord), de la Faculté de médecine et de pharmacie supprimée dans cette ville en 1792.

Les motifs qu'ils invoquent sont les suivants :

La nécessité de faciliter les hautes études médicales dans une région dont la population s'accroît incessamment pendant que le nombre des docteurs décroît dans une proportion inquiétante.

Les ressources de toute nature qu'offre la ville de Lille pour un enseignement médical et pharmaceutique de premier degré, notamment un Hôtel-Dieu de 500 lits, un autre de 45, un troisième de 500 lits, devant s'ouvrir au 1er janvier prochain, un hôpital pour vieillards, enfants et infirmes contenant 1,500 lits, trois hôpitaux spéciaux en renfermant 525, en tout 3,070. Indépendamment d'un vaste hôpital militaire de 800 lits, une maternité, un dispensaire pour les maladies des yeux, et presque aux portes de la

ville, une maison centrale, une maison d'éducation correctionnelle et trois asiles importants d'aliénés.

Voilà pour les ressources cliniques.

Quant aux ressources intellectuelles, une Faculté des sciences, un musée très-complet d'histoire naturelle et de géologie, un jardin botanique, une bibliothèque médicale complète et une belle collection de pièces d'anatomie normale et pathologique, y pourvoient largement.

Enfin, l'installation matérielle est également de tous points satisfaisante. Déjà Lille possédait une école préparatoire que la Faculté serait destinée à remplacer. Cette école comporte déjà des locaux pour 200 élèves, et la ville est en mesure de les doubler.

Reste la question financière, toujours grave, surtout dans la situation actuelle du trésor de l'État.

La ville de Lille l'a compris, et par délibération du 12 juillet 1872, prise à l'unanimité, son conseil municipal prend à la charge de la ville tous les frais que doivent occasionner, non-seulement la création, mais encore l'entretien de cette Faculté.

En présence de ces considérations, votre quatorzième commission d'initiative n'hésite point à vous demander d'accueillir favorablement la proposition de loi ci-après, et de la renvoyer soit à une commission spéciale, soit à une commission nommée ou à nommer pour l'examen de propositions analogues faites pour les villes de Nancy, Toulouse, Bordeaux, etc.

PROPOSITION DE LOI

Article premier. L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille est supprimée.

Art. 2. Il est créé à Lille une Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

Art. 3. Les frais d'établissement, d'entretien et de service annuel de cette institution seront à la charge exclusive de la ville de Lille, conformément à l'engagement pris par son conseil municipal, dans sa délibération du 12 juillet 1872.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 7 novembre ont été promus ou nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin-professeur : M. Auffret (B.).

Au grade de médecin de 1re classe : MM. Rochefort (B.), Loupy (id.), Martin (L.), Dhoste (R.), Martin-Dupont (Coch.), Alavoine (Guy.), Gandaubert (id.), Chassaniol (Coch.), Turquet (id.), Boulain (id.).

Au grade de médecin de 2e classe : MM. Thèse (R.), Treille (Mart.), Pujo (B.), Abblard (id.), Galliot (id.), Clémenceau (R.), Abelin (id.), Lécuyer (id.), Cotrel (Ch.), Quéré (id.), Poulain (B.), Beaufils (id.), Burot (id.), Cantellauve (Réun.), Destrais (Guad. infant.), Manceaux (Sén.), Daniel (id.), Hallais (Guy. infant.), Labourdellés (Coch. infant.), Guérard de la Quesneric (id.), Lemoine (id.).

Au grade d'aide-médecin : MM. Quintard (B.), Charriez (T.), Ségard (R.), Bréchot (B.), Primet (R.), Caradec (B.), Escande (id.), Dartiguenave (id.), Sollaud (T.), Bertrand (id.), Doussin (R), Chateaudégat (T.), Guezennec (B.), Vieuille (R.), Coppini (R.), Grall (B.), Ledantec (id.), Lefebvre (B.), Baissade (T.), Bastian (id.), Gouffé (B.), Guintran (T.), Nivard (R.), Boyer (T.), Valois (R.), Ono dit Biot (B.), Bertrand (T.), Griès (B.), Hébert (id.), Brou-Duclaus (R.), Pocard-Kerviller (B.), Coquiard (T.), Cavasse (id.), Frison (B.), Rith (id.), Vergniaud (id.).

Au grade de pharmacien de 1re classe : MM. Trouette (Sén.), Egasse (Guad.).

Au grade de pharmacien de 2e classe : MM. Signoret (T.), Mongin (B.), Taillotte (T.), Lapeyrère (R.), Pape (L.).

Au grade d'aide pharmacien : MM. Billaudeau (R.), Gueit (T.), Duchêne (R.), Lalande (T.), Perrimond (id.).

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Fractures par armes à feu; guérison sans suppuration osseuse (M. Gosselin). — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum et de leur traitement curatif ou palliatif par la rectotomie linéaire ou section longitudinale de l'intestin à l'aide de l'écraseur (M. Verneuil). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Association française pour l'avancement des sciences. — Assemblée nationale. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 18 novembre 1872.

M. le professeur Gosselin vient de faire paraître le premier volume de sa *Clinique de la Charité* (1). Nos lecteurs ont depuis longtemps apprécié les savantes leçons que nous avons publiées de ce maître éminent. La meilleure manière de leur présenter la *Clinique de la Charité* est d'en détacher quelques pages; c'est ce que nous faisons aujourd'hui en publiant une leçon de ce livre, qui résume l'enseignement de M. le professeur Gosselin.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Fractures par armes à feu. — Guérison sans suppuration osseuse.

Messieurs, je ne veux pas laisser sortir le malade que nous observons au n° 30 de la salle Sainte-Vierge, depuis le 19 janvier 1871, sans signaler, une dernière fois, à vos souvenirs les particularités qu'il nous a présentées, et qui viennent à l'appui des préceptes thérapeutiques, dont je vous ai fait plusieurs fois l'exposé, pour le traitement, à leur début, des fractures par armes à feu.

Ce malade, âgé de 23 ans (2), est mobile du Loiret. Vous vous rappelez qu'il avait été blessé à l'affaire de Montretout, dans les conditions suivantes : il avait le genou droit en terre, le pied gauche en avant, et se disposait à faire feu sur l'ennemi, lorsqu'il se sentit atteint à la cuisse gauche par une balle qui venait de dehors en dedans.

Il tomba de suite sur le côté et ne put ni se relever ni marcher. Il résulte de ces renseignements, que le blessé a précisés devant vous à diverses reprises, que l'on ne peut pas attribuer la fracture à une chute qui aurait coïncidé avec une lésion des parties molles seulement, et que la fracture accompagnant la plaie n'a pas pu avoir d'autre cause que le passage du projectile.

Il n'y a pas eu de difficulté de diagnostic ; la fracture occupait la partie moyenne du fémur gauche, elle était rendue évidente par la rotation en dehors, la mobilité anormale, le raccourcissement de 2 à 3 centimètres. Il y avait en même temps, le jour de l'entrée du malade, deux plaies arrondies entourées d'une eschare circulaire, l'une au côté externe, l'autre à la partie interne de la cuisse. Je vous ai fait remarquer que ces plaies étaient fort petites, qu'on ne voyait à leur surface aucune pointe esquilleuse, et comme il n'y avait aucune utilité pour le diagnostic à faire des explorations avec le stylet ou le doigt, aucune utilité pour le traitement à agrandir les ouvertures avec le bistouri, je vous ai fait remarquer, pendant les premiers jours, que c'était avec une intention arrêtée et pour des motifs bien déterminés que je m'abstenais de toute manœuvre de ce genre.

Le traitement a consisté à placer le membre dans une gouttière en fil de fer et à l'y immobiliser au moyen d'un coussin et d'une attelle antérieure, maintenus par cinq liens bouclés. Chaque matin et chaque soir, l'appareil était renouvelé pour changer le cataplasme qui complétait le traitement local. J'ai de plus fait mettre le lit mécanique destiné à soulever le malade pour les garderobes et le renouvellement des draps de dessous.

J'ai examiné et je vous ai fait remarquer, tous les matins, les phémonènes consécutifs. Ils ont été des plus simples. Localement, nous avons eu très-peu de tuméfaction, à peine de la douleur. La suppuration s'est établie au niveau des ouvertures d'entrée et de sortie, mais cette suppuration est restée superficielle. La pression modérée exercée dans le voisinage n'a jamais fait sortir une abondante quantité de pus venant des parties profondes, et les pièces de pansement n'ont jamais été mouillées par une grande quantité de ce liquide. Aucune odeur fétide, aucune issue de gaz, aucun emphysème de voisinage n'ont eu lieu. Nous n'avons eu aucune collection purulente sous-cutanée ou profonde à ouvrir consécutivement, et, à part un petit noyau phlegmoneux sous-cutané qui s'est montré du côté de l'ouverture de sortie vers le trentième jour, et qui, après avoir suppuré, s'est fait jour par cette ouverture elle-même, nous n'avons eu aucune de ces poussées inflammatoires sérieuses que

(1) 2 vol. in-8°. Paris, 1873, J.-B. Baillière et fils. Le premier volume seul est en vente Le prix de l'ouvrage complet (24 fr.) se paye en retirant le premier volume.

(2) On trouve l'observation du malade dans un travail intéressant de M. Berger, publié sous le titre : *Exemples de guérisons sans suppuration profonde dans quelques blessures graves par coup de feu* (*Union médicale*, juillet 1871).

nous observons souvent à la suite des fractures par coups de feu. En même temps, l'état général est resté excellent. Le pouls, pendant les dix premiers jours, ne s'est pas élevé au delà de 84, la température n'a pas été au delà de 37, l'appétit et le sommeil n'ont pas manqué. Bref, à part la suppuration superficielle qui s'est produite au niveau des ouvertures d'entrée et de sortie, tant pour l'élimination des eschares que pour la cicatrisation des solutions de continuité, les choses se sont passées comme après une fracture simple du corps du fémur.

Aujourd'hui, 95e jour après l'accident, nous ne trouvons plus de mobilité anormale, nous sentons sous la peau, au côté externe de la cuisse, la pointe du fragment supérieur, nous constatons un raccourcissement de 4 à 5 centimètres, et le cal, sans être énorme, donne cependant au fémur, dans le point où il existe, une augmentation notable de volume. Les plaies d'entrée et de sortie sont entièrement cicatrisées depuis plus de six semaines, et il ne reste point de fistule symptomatique de nécrose, comme vous en avez vu sur ceux de nos blessés qui ont des ostéites suppurantes après des fractures par coups de feu. Le malade se lève depuis quelques jours ; dans peu de temps il commencera à marcher sur des béquilles, et les suites seront celles dont je vous ai entretenus quelquefois à l'occasion des fractures simples de la cuisse qui se présentaient dans le service.

Permettez-moi maintenant de reporter vos souvenirs vers les autres fractures de cuisse par coups de feu, que nous avons observées dans cet hôpital depuis le début du siége de Paris, et voyons en quoi les phénomènes consécutifs ont différé de ceux que nous a présentés le malade actuel.

Ces fractures sont au nombre de sept.

Pour deux d'entre elles, les plaies d'entrée et de sortie étaient tellement grandes (à cause du volume du projectile), la brisure tellement comminutive, et les muscles dilacérés, que j'ai considéré la guérison comme impossible. Dans un des cas d'ailleurs, il y avait communication de la fracture avec l'articulation du genou. L'amputation a donc été pratiquée, et les malades sont morts, l'un du tétanos, l'autre d'une fièvre traumatique intense. Il est vrai de dire que ces amputations n'ont pas été immédiates. L'une d'elles a été primitive, c'est-à-dire faite au bout de trente-six heures et avant le développement des phénomènes inflammatoires locaux et généraux. L'autre a été pratiquée le 12e jour, à l'époque où la suppuration était établie autour et dans l'intervalle des fragments, et où il était devenu évident que l'articulation du genou suppurait également. C'était, par conséquent, une amputation consécutive ou secondaire. Or, sans pouvoir en donner la démonstration par des faits qui me soient personnels, puisqu'il ne m'a pas été donné de voir les blessés et de prendre un parti avant vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'accident, mais en m'appuyant sur l'opinion de tous ceux de nos confrères qui ont soigné les blessés de notre dernière guerre à Metz, à Sedan, à Orléans, aussi bien qu'autour de Paris et dans Paris, les amputations immédiates donnent de moins mauvais résultats que les amputations primitives et consécutives.

Chez un troisième blessé, dont la fracture était comminutive et occupait la partie inférieure du fémur, la suppuration s'est encore établie rapidement, avec les phénomènes fébriles ordinaires, entre les fragments et dans l'articulation du genou, et l'amputation consécutive faite le 6e jour a été suivie de guérison. Je veux parler ici de ce jeune garde mobile de l'Aube, blessé au combat de Bagneux le 13 octobre 1870, que j'ai amputé sous vos yeux, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et qui a été ensuite transporté à l'ambulance de MM. Firmin Didot, où les conditions hygiéniques étaient plus favorables que celles de nos salles.

Pour les quatre autres fractures de cuisse, il n'y a pas eu d'amputation, et vous pouvez vous rappeler que nous avons observé comme phénomènes consécutifs généraux et locaux une fièvre intense qui a débuté vingt-quatre à quarante-huit heures après la blessure, un gonflement profond, une suppuration abondante tout à la fois sous-cutanée et ossifluente, des phlegmons diffus superficiels et profonds qui ont nécessité des incisions multipliées, une dénudation des fragments qui, rapprochée de l'abondance de la suppuration, ne nous permettait pas de douter que nous avions affaire à une ostéite suppurante aiguë. Trois des malades ont été emportés du quinzième au vingt-cinquième jour par l'infection purulente, et je vous ai montré, sur les cadavres, que la suppuration provenait de l'extérieur de l'os où le périoste avait disparu, de l'extrémité des fragments et de la substance médullaire qui était infiltrée de pus, de sang, de matière plastique, et, dans certains points, ramollie et putrilagineuse. Il y avait donc toutes les variétés topographiques de l'ostéite suppurante, celle qu'on a nommée *périostite* et pour laquelle M. Chassaignac a décrit les *abcès sous-périostiques aigus*, celle qu'avec le docteur Lambron j'appelle *interstitielle*, et celle que Gerdy a appelée *médullite*. Seulement, au lieu d'une localisation isolée de la phlegmasie, soit à la surface externe ou périostique, soit dans l'épaisseur de la diaphyse, soit dans le canal médullaire, localisation qui semble avoir été admise comme habituelle par les auteurs dont je viens de citer les noms, nous avions chez nos blessés la suppuration complexe sur ces trois points à la fois, c'est-à-dire la suppuration de toutes les parties constituantes du corps de l'os (périoste, tissu compact et moelle). C'est ainsi que les choses se passent dans la plupart des ostéites suppurantes aiguës, qu'elles soient spontanées ou qu'elles soient d'origine traumatique. C'était une erreur que de localiser, comme on le faisait, l'ostéite suppurante aiguë avec fièvre intense. Lorsque des phénomènes généraux et locaux, semblables à ceux que nous avons observés chez ces malades, surviennent, on a toujours affaire à une ostéite suppurante complexe, qu'il faudrait, pour être rigoureux, désigner par le mot inflammation ostéo-périostique myélitique. J'ai adopté, pour ces cas, l'expression d'*ostéo-myélite suppurante aiguë* ; mais je tiens à vous rappeler que cette expression indique pour moi la suppuration et quelquefois la disparition par gangrène ou par absorption du périoste, aussi bien que l'inflammation suppurative de la substance médullaire, et la suppuration de la substance compacte diaphysaire et des canalicules qui la parcourent.

Je me résume donc, pour les trois blessés auxquels je fais allusion en ce moment, en disant que leur fracture par coup de feu a été suivie d'ostéo-myélite suppurante aiguë, et que celle-ci, devenue putride, a été l'occasion d'une infection purulente. Reportez en effet vos souvenirs vers les détails dans lesquels je suis entré à cet égard en diverses occasions. Je ne prétends pas dire que toujours l'ostéo-myélite suppurante aiguë soit putride et infectante. Je tiens en effet à maintenir une distinction entre les deux formes de la maladie : l'une qui est putride et infectante, l'autre qui, tout en étant très-suppurante, n'est pas aussi putride ni aussi infectante, laisse vivre les malades, mais se termine par une nécrose.

(A suivre.)

DES RÉTRÉCISSEMENTS DE LA PARTIE INFÉRIEURE DU RECTUM

ET DE LEUR TRAITEMENT CURATIF OU PALLIATIF PAR LA RECTOTOMIE LINÉAIRE OU SECTION LONGITUDINALE DE L'INTESTIN A L'AIDE DE L'ÉCRASEUR (1).

Obs. VIII. — Une jeune fille de 16 ans me fut adressée de Villers-Cotterets pour une grave affection du rectum. C'était une induration fibreuse qui occupait toute la région anale, remontait jusqu'à une hauteur de 5 centimètres et obstruait complétement la lumière de l'intestin. La malade était en proie à des douleurs violentes et à tous les phénomènes de la rétention.

L'extirpation ne semblant pas possible; je songeai d'abord à créer un anus artificiel, mais je pratiquai d'abord, à titre d'essai, la section longitudinale de la tumeur et des téguments de la marge de l'anus. Je procédai exactement comme dans l'observation qui précède.

Le soulagement fut immédiat; en quelques jours, la jeune malade avait repris de l'appétit, du sommeil et des forces. Il arriva même que l'induration diminua au point que je crus pouvoir tenter l'extirpation, laquelle malheureusement fut suivie de mort.

Ce fait me révéla le rôle du sphincter anal dans les douleurs et dans la rétention; le tissu de la tumeur était si dense, l'anneau fibreux était si épais et si haut, qu'après la section il n'y avait aucun écartement notable des lèvres de la plaie. Les conditions physiques de la rétention ne paraissaient donc guère changées et cependant ses symptômes si fâcheux s'étaient dissipées.

Obs. IX. — J'ai fait la même observation sur un malade actuellement encore dans mon service. C'est un homme de 33 ans, employé au chemin de fer du Nord, et qui vint me consulter pour un cancer du rectum, dès les premiers mois de cette année.

La production pathologique s'étendait très-haut dans le rectum, au delà de la portée du doigt; toute la paroi était inégale, bosselée, dure ici, fongueuse là.

Aucune opération radicale n'était praticable. La région anale n'était pas le point le plus étroit; le doigt y pénétrait plus facilement que dans une sorte d'anneau dur et irrégulier, situé à 5 centimètres de profondeur. Mais le sphincter était continuellement en contracture; aussi le toucher provoquait des douleurs assez vives à l'entrée même de l'intestin.

Nous essayâmes la dilatation avec des mèches, mais il fallut y renoncer. Un phlegmon survint, puis une fistule sur un des côtés de l'anus; fistule qui, malgré ses dimensions restreintes, donna bientôt passage à la totalité des fèces. Le ténesme était continuel, et à chaque instant le malade rendait une petite quantité de mucus, de matières diarrhéiques et de sang; de temps à autre, l'hémorrhagie était assez abondante.

L'insomnie, l'inquiétude, la perte d'appétit, les douleurs incessantes que les narcotiques ne parvenaient point à calmer, tout conduisait ce malheureux à une terminaison fatale. C'est alors que je tentai de le soulager par la section du rectum.

Je la fis en arrière sur la ligne médiane, c'est-à-dire au lieu d'élection, sans me préoccuper de la fistule latérale.

Je ne divisai que la région anale, c'est-à-dire à peine 3 centimètres du rectum; non-seulement je ne cherchai point à remonter au delà des limites du mal, mais je respectai même le point rétréci dont j'ai parlé plus haut, et qu'on trouvait à 5 centimètres environ de l'anus. Il n'y eut pendant l'opération aucune perte de sang, et après aucun accident.

L'amélioration fut telle, que nous pûmes supprimer les suppositoires, les lavements, les pommades calmantes, et croire à une guérison prochaine.

L'action traumatique n'arrêta même pas le développement local du cancer, mais ne l'améliora pas davantage.

Aujourd'hui, les douleurs sont à peu près nulles. Le malade se lève, dort et se nourrit passablement; il a repris une mine assez bonne. Il est seulement préoccupé d'une incontinence permanente des matières fécales, qui le force à se garnir nuit et jour et à faire de fréquentes ablutions. Il espère tellement guérir, qu'il m'a demandé à aller passer quelques semaines dans son pays pour reprendre des forces et favoriser ce resserrement du sphincter, que je lui promets toujours, et qui devra achever sa cure. Le résultat palliatif a donc été dans le cas présent complétement atteint.

J'avais pratiqué neuf fois la rectotomie linéaire sans accidents; je pouvais donc considérer cette opération comme très-bénigne, lorsqu'un revers est venu me rappeller qu'il n'y a pas de médaille sans revers, et qu'il faut toujours compter avec la mort.

Une femme d'une cinquantaine d'années entra récemment à Lariboisière pour un cancer annulaire de l'extrémité inférieure du rectum. La lésion commençait immédiatement au-dessus de la marge de l'anus, qui était saine; de là elle remontait jusqu'à 4 centimètres environ dans la cavité rectale, qui était obstruée dans tout son pourtour. Le doigt dépassait assez facilement les limites de la tumeur, mais le toucher vaginal combiné au toucher rectal, me persuadèrent que l'opération radicale atteindrait, ou cotoierait de trop près le cul-de-sac péritonéal. Je renonçai donc à toute idée d'extirpation.

Mais comme les envies d'aller à la selle se répétaient, que le ventre se ballonnait, et qu'enfin tout annonçait l'apparition prochaine des phénomènes de rétention, je crus devoir pratiquer la rectotomie.

Les conditions générales n'étaient pas bonnes. La malade était oppressée et tourmentée par un catarrhe chronique; de plus, elle était frappée de terreur et pleurait continuellement sur son sort; l'appétit était presque nul et les digestions pénibles.

Je fis la section sur la ligne médiane, et n'eus de difficulté qu'à ramener la chaîne par l'anus à cause de l'étroitesse de la cavité persistant au centre de la tumeur. Cependant, tout s'effectua sans accident primitif.

Au deuxième jour, le ventre était ballonné et sensible. Au troisième, les phénomènes s'accrurent, la face s'altéra; de plus, la respiration s'embarrassa comme dans les congestions étendues du poumon.

Malgré tous nos soins, le développement d'une péritonite ne put laisser aucun doute ni aucun espoir. Les parents de la malade vinrent la chercher et l'emmenèrent le cinquième jour. J'ai appris que la mort était survenue le lendemain.

(1) Fin. — Voir les numéros des 26, 29 octobre, 7, 9, 12 et 16 novembre 1872.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

COMMUNICATION

Anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporale. — M. Labbé donne l'observation relative à l'opération d'une tumeur dont il a entretenu la Société (voy. p. 105) et à la mort de la malade.

D... L..., est entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Jean, nº 20, le 14 mars 1872 (service de M. le docteur Labbé). — Cette malade, assez bien constituée, sans être cependant très-robuste, est âgée de 33 ans. Sa santé a toujours été bonne; réglée à l'âge de 14 ans, elle l'a toujours été régulièrement. Elle a eu trois grossesses: la première il y a sept ans, la seconde il y a six ans, et la dernière il y a vingt mois. Elle entre dans le service pour se faire traiter d'un ané-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

vrysme cirsoïde de l'oreille gauche, ayant également envahi tout le pourtour du pavillon, dans la région temporale et la région mastoïdienne.

Antécédents. Notre malade ne se rappelle pas qu'on lui ait dit qu'à sa naissance, ou peu de temps après, elle ait présenté quelque trace de tumeur érectile du pavillon de l'oreille gauche : elle se souvient seulement que vers l'âge de 5 ans, elle avait en bas et en arrière du pavillon de l'oreille gauche, au niveau de la base de l'apophyse mastoïde, un petit bouton qui a grossi assez rapidement, saignait assez facilement, et a donné lieu à une hémorrhagie assez inquiétante. Quelques jours après, l'hémorrhagie recommença et nécessita l'application d'une ligature.

C'est à partir de cette époque que le pavilon de l'oreille gauche, au dire de la malade, a commencé à devenir plus volumineux que celui de l'oreille droite. C'est également à partir de cette époque qu'elle a entendu dans son oreille un bruit de souffle très-faible et très-doux. Malgré cette augmentation de volume du pavillon de l'oreille, il ne se produisait aucune hémorrhagie sous l'influence de traumatismes légers. L'accroissement a progressé insensiblement jusqu'à l'âge de 25 ans.

A partir de l'époque que nous venons de déterminer, à l'occasion de la première grossesse, le pavillon de l'oreille a pris un accroissement notable, et il s'est formé une bosselure violacée en haut et en avant de l'attache de l'oreille.

Dans le cours de la seconde grossesse, nouvelle extension de la tumeur, sans que cependant il se soit produit d'hémorrhagie.

C'est seulement en 1867, qu'à la suite d'une petite écorchure très-superficielle, a eu lieu une hémorrhagie très-grave, après laquelle la tumeur a presque doublé de volume. Les bruits de souffle qui, jusqu'à cette époque, avaient été très-légers, se sont renforcés et sont devenus gênants pour la malade.

On a essayé alors de traiter la tumeur par des injections de perchlorure de fer; celles-ci, faites superficiellement, n'ont amené qu'une amélioration passagère; et, il y a deux ans, à l'occasion d'une troisième grossesse, la tumeur a beaucoup augmenté de volume et s'est étendue aux parties des téguments qui avoisinent le pavillon de l'oreille. La fin de la gestation n'a amené aucune amélioration.

État actuel. Le pavillon de l'oreille gauche a au moins une étendue double, dans toutes les directions, de celui du côté droit. Il est, de plus, bien plus épais et très déformé. Il présente l'aspect d'un tissu éléphantiasique, dont la couleur terne serait relevée, par places, par une teinte violacée. Les saillies de l'hélix et de l'anthélix et les dépressions qui les séparent, ainsi que la cavité de leur conque, ne sont plus reconnaissables, et sont recouvertes et masquées par des bosselures plus ou moins volumineuses, ou bien par des paquets de varicosités plus fines qu'on voit serpenter dans l'épaisseur de la peau. Le lobule seul, bien qu'augmenté de volume, ne paraît pas traversé par des dilatations artérielles.

Vu par la face postérieure, le pavillon de l'oreille présente les mêmes modifications d'aspect. A son niveau, on peut étudier facilement les modifications de volume des petites artérioles de la peau; celles-ci se sont dilatées, sont devenues superficielles, tortueuses, et forment plusieurs plans de varicosités, que l'on voit s'enchevêtrer les unes dans les autres, battre et se dilater d'une façon synchrône au pouls radial.

Le pavillon de l'oreille est entouré, en forme de fer à cheval à concavité inférieure, par le tissu morbide qui a envahi les parties avoisinantes.

Cette partie, développée en dernier lieu, est très-saillante au niveau de l'arcade zygomatique, où elle est formée par trois ou quatre bosselures volumineuses. Au milieu des dilatations artérielles se trouvent d'assez grandes dilatations, sortes de lacunes si superficielles qu'à travers la peau, très-amincie, on voit la coloration rouge, avec un reflet bleuâtre de sang. Les autres bosselures, plus récentes, qui se trouvent dans la région temporale, en haut et en arrière, sont recouvertes par une peau plus épaisse. Le fer à cheval se trouve complété au bas et en arrière, vers la base de l'apophyse mastoïde, par un énorme paquet de varicosités, dans lequel on voit et on sent du doigt, très-manifestement, les inflexions et les dilatations de l'artère qui forme cette partie de la tumeur totale.

Le pavillon de l'oreille se trouve soulevé en totalité par des battements synchrônes au pouls. Lorsqu'on le saisit entre les doigts, on perçoit dans tous les points, si ce n'est au niveau du lobule, des battements et un mouvement d'expansion également synchrônes au pouls radial.

Au niveau de la partie supérieure du pavillon de l'oreille et des bosselures de la conque, on entend à l'auscultation, soit médiate, soit immédiate, un double bruit de souffle : un premier continu et assez doux, l'autre sous forme de renforcement très-marqué à chaque diastole artérielle. Plus en arrière, il est difficile de faire la différence entre les deux bruits.

La malade perçoit elle-même le bruit de souffle et en est très-gênée.

A l'époque des règles, la tumeur devient plus grosse, plus sensible à la pression et même au toucher, les battements sont plus forts et les souffles plus intenses, soit pour un observateur, soit pour la malade. Il est à remarquer qu'à ce moment les hémorrhagies se produisent plus facilement qu'à tout autre.

La peau du pavillon de l'oreille paraît plus chaude au toucher que celle de l'oreille droite. Nous avons mesuré la différence au thermomètre, à plusieurs reprises, avec toutes les précautions désirables, et nous avons toujours trouvé un degré de différence en faveur du côté malade. Ainsi, pour le côté droit 36°,8, et pour le côté gauche 37°,6.

La peau du pavillon se recouvre de croûtes brunâtres ressemblant à du cérumen sali par des produits hématiques.

Les artères qui se rendent dans le tissu morbide et qui l'alimentent de sang sont :

1° La branche externe de l'occipitale, qui se rend dans la partie postérieure et externe de la tumeur; cette branche est très-dilatée et bat avec force;

2° L'auriculaire, qui se rend dans le pavillon de l'oreille, a également subi une augmentation énorme de volume;

3° La temporale, par sa branche postérieure, se jette directement dans l'angle antérieur et tient sous sa dépendance toute la partie supérieure du pavillon de l'oreille et toutes les bosselures qui se trouvent au niveau de l'arcade zygomatique.

Lorsque l'on comprime fortement l'occipitale et la carotide externe, on fait cesser les battements en masse de la tumeur; les mouvements d'expansion disparaissent, et la malade cesse de percevoir les bruits de souffle. La tumeur pâlit, devient plus flasque et ridée, et si alors on presse sur les bosselures les plus volumineuses, on voit qu'elles ont perdu de leur tension intérieure; la tumeur devient alors réductible, et l'on peut examiner le plan osseux sous-jacent que l'on trouve sain, et s'assurer également qu'il n'existe en aucun point de la tumeur des concrétions sanguines.

6 avril. — L'époque menstruelle est annoncée par des phénomènes de turgidité et d'hyperesthésie du côté de l'oreille.

13 avril. — La turgescence vasculaire est si marquée vers la fin de l'époque, qu'il se fait une hémorrhagie au niveau de la conque. Elle est arrêtée à l'aide de la compression faite avec de l'amidon.

15 avril. — Première injection de cinq gouttes de perchlorure de fer (à 20° environ) dans le lobule antérieur et supérieur de la tumeur.

Le lendemain, la bosselure a diminué de volume, mais on y retrouve des battements. On avait préalablement comprimé l'occipitale et la carotide externe pour diminuer le cours du sang. Cette précaution a été prise avant chaque injection.

17 avril. — Deuxième injection : 6 gouttes à la partie supérieure et postérieure de la tumeur.

Au bout de six minutes, le lobule est devenu dur, anémique, et est complétement solidifié au bout de dix minutes; les battements y ont disparu et sont également diminués dans la partie de la tumeur qui est au-dessous. Les jours suivants, on s'aperçoit que la solidification a marché en bas vers le tronc de l'occipitale, de telle

sorte que le sang qu'apportait cette branche artérielle n'arrive plus à la tumeur.

22 avril. — Troisième injection de 6 gouttes dans le lobule antérieur, où l'on avait tenté à peu près infructueusement la première injection. Vive douleur au moment où le perchlorure de fer pénètre dans le vaisseau. La tumeur pâlit rapidement, se durcit. Il se forme une eschare superficielle. Le lendemain, œdème de la moitié de la face, très-marqué surtout sous la paupière.

23 avril. — Quatrième injection dans la partie de la tumeur avoisinante et formée par la partie ascendante de l'hélix. Solidification de la sortie et arrêt des battements. Les coagulations s'étendent dans le voisinage, et, le soir, les bosselures qui se trouvent entre le tragus et l'attache du pavillon de l'oreille sont solides.

24 avril. — Les injections coup sur coup ont produit un peu d'œdème collatéral, et les mouvements de déglutition deviennent douloureux.

28 avril. — L'œdème est tombé; toutes les parties de la tumeur qui se trouvent en dehors du pavillon sont oblitérées et ne battent plus.

29 avril. — En nettoyant le pavillon, on essaye d'enlever un caillot recouvert de croûtes, se trouvant dans l'intérieur de la conque. Jet de sang très-violent.

Cinquième et sixième injections faites coup sur coup dans le pavillon et de façon à circonscrire les grosses bosselures, qui donnent lieu à l'hémorrhagie, coagulation dans la partie supérieure. On arrête l'écoulement de sang par un petit tampon imbibé de perchlorure de fer.

1er mai. — Septième injection dans la partie supérieure et antérieure du pavillon à l'origine de l'hélix dans la conque. Durcissement de cette partie et disparition des battements.

3 mai. — Huitième injection de 6 gouttes au niveau de l'attache du pavillon avec la région mastoïdienne, où l'on trouve des battements très-violents sous la dépendance de l'auriculaire. Arrêt rapide des battements.

4 mai. — L'oreille est très-gonflée et œdémateuse; dans presque toutes ses parties il n'y a plus de battements; on ne les retrouve distinctement qu'en bas, au voisinage du lobule. Engorgement douloureux des ganglions cervicaux.

6 mai. — L'œdème a diminué; on peut s'assurer qu'il existe des battements assez faibles, il est vrai, à la partie supérieure de la circonférence du pavillon, dans la partie avoisinante de la tempe. Une neuvième injection durcit rapidement cette partie et fait disparaître les battements. Le soir, on s'aperçoit même qu'il y a formation d'une petite eschare cutanée.

10 mai. — Dixième et onzième injection, chacune de 6 gouttes. La première, dans la cavité de la conque et amenant l'oblitération des bosselures de cette partie; la deuxième, dans la partie qui unit le lobule à la terminaison de l'hélix et de l'anthélix, point où l'on trouve une artère volumineuse, qui seule entretient les battements et les soulèvements de la partie avoisinante du pavillon de l'oreille.

Cette injection réussit et amène des coagulations très-étendues jusque dans la cavité de la conque. Douleur très-vive pendant l'injection et persistant jusqu'au soir.

Cette injection est suivie d'un gonflement œdémateux considérable du côté correspondant de la face et du pavillon de l'oreille. Les ganglions cervicaux les plus élevés soit en avant soit en arrière du sterno-mastoïdien deviennent très-volumineux et très-douloureux et amènent une gêne assez considérable de la déglutition.

13 mai. — Cataplasme de fécule et onction mercurielle sur les ganglions. Le soir, hémorrhagie peu grave partant de l'attache supérieure et antérieure du pavillon de l'oreille vers l'arcade zygomatique. Cette perte de sang est arrêtée par un bourdonnet de charpie imbibée de perchlorure de fer. Ce bourdonnet s'est détaché de lui-même environ un mois après, laissant au-dessous de lui une surface cicatrisée.

14 mai. — En défaisant le pansement, hémorrhagie avec jet assez fort, partant de la face postérieure du pavillon de l'oreille, en bas et en arrière. On l'arrête avec du perchlorure de fer et de l'amadou.

17 mai. — Au niveau du point d'où était partie l'hémorrhagie précédente, tendance à la suppuration. Issue d'un caillot ramolli; mais le soir, par ce même point, il se produit brusquement un jet de sang très-violent et de la grosseur du petit doigt. On l'arrête en comprimant avec le doigt le point ulcéré. Application de bourdonnets imbibés de perchlorure de fer et d'un bandage compressif. La perte de sang peut être évaluée de 400 à 500 grammes. Frisson assez intense, une heure environ après que l'hémorrhagie a été arrêtée.

(A suivre.)

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

M. le docteur Le Fort a fait, dans la séance générale du 11 septembre, une conférence sur la *Chirurgie d'armée*, qui a clos la session du Congrès de Bordeaux.

Après avoir énuméré les défectuosités de l'organisation de notre chirurgie d'armée : blessés restant trop longtemps sur le champ de bataille, faute d'un service de brancardiers fonctionnant pendant le combat; ambulances en trop petit nombre, souvent dépourvues de choses indispensables; pas de service d'arrière-ligne; moyens de transport défectueux; nombre des médecins insuffisant; accumulation des blessés dans les villes voisines des champs de bataille; M. Le Fort prouve, à l'aide de chiffres, qu'une pareille organisation ne peut donner que des résultats désastreux. Nous n'en citerons que quelques-uns : guerre d'Amérique, armée fédérale, 40 pour 100 de mortalité pour les amputés. — Guerre de Crimée, armée anglaise, 33 pour 100. — Guerre de Crimée, armée française, 72 pour 100. — Guerre d'Italie, armée française, 63 pour 100.

A quelle cause doit-on attribuer des différences aussi considérables? D'abord, pendant que nous nous immobilisions dans l'organisation de la chirurgie d'armée, réglée par l'ordonnance de 1832, la Prusse, l'Autriche, la Russie profitaient de nos fautes de Crimée et d'Italie pour améliorer, transformer leur service de santé. Ensuite, si nos médecins militaires ne le cèdent en rien au point de vue de la valeur scientifique, de l'étendue des connaissances cliniques, il faut dire hautement qu'ils sont en nombre insuffisant. En Crimée, l'armée française ne comptait que 78 médecins, que 132 en Italie, et le chiffre total de nos médecins militaires n'est aujourd'hui que de 1,020, tandis que l'armée prussienne, pendant la guerre de Bohême, en avait 1,953, et en 1870, l'armée allemande en comptait 5,000. C'est ce chiffre qu'il faudrait atteindre. Comment? En groupant autour des médecins en service actif et permanent les jeunes docteurs soumis au service obligatoire et qui, leurs études terminées, seraient attachés pendant six mois à un hôpital militaire, pendant six autres mois à un régiment comme volontaires d'un an. M. Le Fort voudrait aussi que les illustrations de la médecine et de la chirurgie, les professeurs des Facultés figurassent dans l'armée à titre de médecins consultants, ainsi que cela se pratique en Allemagne, où cette institution a rendu de grands services.

Mais ce qui, jusqu'à ce jour, a le plus influé sur l'infériorité des résultats obtenus, c'est la subordination du médecin à l'élément administratif. Si l'on veut faire une réforme sérieuse, il faut, même avant de chercher à augmenter le nombre des chirurgiens, commencer à donner à la médecine militaire l'autonomie qui lui manque et que possèdent : en France, le corps de santé de la marine; en Europe, la médecine militaire allemande, anglaise, autrichienne, russe, et la médecine des États-Unis.

Abordant ensuite le service médical en temps de guerre, M. Le Fort demande qu'il soit créé en France un service de soldats brancardiers ou brancardiers de renfort, qui, pendant la bataille, relèveraient les blessés, les transporteraient à la place de secours ou point de rassemblement des moyens de transport, d'où ils seraient amenés à la place de pansement par les infirmiers, pendant que les

soldats brancardiers retourneraient au feu chercher de nouveaux blessés.

Il faudrait renoncer aux mules portant des litières et des cacolets, et, pour transporter les blessés du champ de bataille aux ambulances, s'en tenir au brancard, et le modèle employé en France pendant la dernière compagne est supérieur à tous les autres. Il serait aussi à désirer que chaque soldat portât sur lui une cartouche à pansement renfermant une bande, de la charpie et un peu de linge; et pour éviter qu'en passant d'une ambulance dans une autre on ne soit obligé de réexaminer la blessure, chaque blessé devrait être muni, comme dans l'armée prussienne, d'un feuillet détaché par le chirurgien d'un carnet imprimé. Sur ce feuillet, le chirurgien noterait tous les renseignements qu'il croirait devoir être utiles à son confrère. Enfin, chaque soldat devrait porter au cou un petit carré de fer blanc sur lequel serait indiqué son nom et son lieu de naissance; on pourrait ainsi établir facilement l'identité de chaque cadavre.

M. Le Fort termine sa conférence en parlant de l'organisation du service d'arrière-ligne. En France, après avoir passé de la place de secours à la place de pansement ou ambulance divisionnaire et de là à l'ambulance du quartier général du corps d'armée, le blessé ne trouve plus rien, tout est livré au hasard. Il faudrait, comme dans l'armée prussienne, créer non-seulement un service d'étapes et des hôpitaux d'étapes, permettant l'évacuation facile des blessés et leur répartition rapide dans leurs circonscriptions territoriales respectives, mais aussi des hôpitaux ambulants circulant sur les voies ferrées.

Quant aux médecins civils, leur rôle est tout tracé: avec le concours des municipalités et des sociétés de secours, ils devront venir en aide à leurs collègues de l'armée, en élevant des hôpitaux temporaires, en fournissant aux blessés de l'armée active un superflu qui est pour eux trop souvent le nécessaire; mais là doit se borner leur action, car, malgré le service qu'ont rendu en 1870 les ambulances volontaires, fonctionnant *parallèlement*, M. Le Fort ne croit pas que l'État doive abandonner l'organisation des secours médicaux à l'initiative individuelle, qui, si elle est utile, nécessaire en arrière du théâtre de la lutte, ne peut s'exercer au milieu d'une armée fonctionnant régulièrement.

ASSEMBLÉE NATIONALE

(Séance du 2 août 1872.)

Rapport sommaire fait au nom de la 11e commission d'initiative parlementaire sur la proposition de loi de MM. Lallié, Doré-Graslin et plusieurs de leurs collègues, relative à la création d'une Faculté de médecine à Nantes, par M. Alfred Dupont.

Messieurs, la ville de Nantes sollicite, comme la ville de Lille et plusieurs autres grandes villes de France, le rétablissement de son ancienne Faculté de médecine et de pharmacie.

Une proposition de loi dans ce sens a été déposée le 22 juillet par douze de nos honorables collègues.

Les considérations invoquées à l'appui de ce projet sont de divers ordres:

La convenance et la justice de ne point refuser à l'Ouest de la France une institution dont sont ou vont être dotées les autres régions.

La spécialité des conditions climatériques et hygiéniques de la région, dont Nantes est le principal centre industriel et commercial.

La population relativement considérable de cette ville.

Ses établissements hospitaliers contenant plus de 2,000 lits et offrant toutes les ressources désirables pour la clinique médicale et les études anatomiques.

La remarquable installation de l'École secondaire de médecine, récemment reconstruite, et contenant tout ce qui est nécessaire à l'établissement matériel de la Faculté qui lui serait substituée.

De riches collections médicales, une bibliothèque nombreuse, un jardin botanique.

D'éminents professeurs, recommandés déjà par les succès de leurs élèves dans les concours de Paris.

Enfin la proposition invoque des considérations plus générales, mais non moins graves, tirées de la nécessité d'obéir au mouvement de décentralisation intellectuelle qui s'accentue chaque jour davantage.

Si j'ajoute que la ville de Nantes offre, comme celle de Lille, de se charger de tous les frais d'installation et d'entretien de la Faculté qu'elle sollicite, vous comprendrez que votre commission n'hésite pas à vous demander de prendre cette proposition en considération et renvoyer à telle commission nommée ou à nommer pour l'examen de propositions analogues, le projet de loi suivant:

PROPOSITION DE LOI

Article unique. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes est élevée au rang de Faculté de médecine.

La ville de Nantes, suivant l'engagement pris par son conseil municipal, dans la délibération du 17 juin 1872, aura à sa charge les frais résultant de cette double création, tant pour l'installation que pour l'entretien.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(3e liste.)

	Total des listes précédentes	1285 fr.
MM.	Charcot	20 fr.
	Henri Roger	40
	Axenfeld	40
	Pidoux	20
	Blachez	20
	Belhomme	40
	Un médecin de campagne: 2 consultations	2
	Total	1467 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours d'agrégation pour l'anatomie et les sciences accessoires a commencé le 15 novembre.

M. le président du jury a lu une lettre de M. Fort, annonçant que ce candidat ne prendra point part aux épreuves du concours.

Les candidats pour l'anatomie ont eu à traiter la question suivante: *Structure et fonctions de la moelle épinière.*

Les candidats pour les sciences accessoires ont eu la question: *Poumon, phénomènes chimiques de la respiration.*

Le jury est ainsi composé: MM. Wurtz, président; Béclard, Gavarret, Regnauld, Robin, Sappey, Marc Sée, secrétaire.

La lecture des copies a commencé le lundi 18 novembre, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — A la suite d'un remarquable concours ont été nommés internes:

MM. Testut, Charrier, Arnozan, Dubourg et Boursier.

— L'état sanitaire d'Alger s'améliore et la variole, activement combattue sur tous les points où elle s'est déclarée, diminue d'intensité.

— Le choléra est en décroissance en Hongrie. D'après le dernier bulletin, il n'y avait eu à Ofen, dans la journée du 12 novembre,

que 12 cas et 6 décès. A Pesth, du 12 au 13, il y avait eu 26 cas et 11 décès.

— Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de M. Alfred Liégard, professeur à l'École de médecine de Caen. Ce très-regretté confrère vient de succomber, à l'âge de 45 ans, aux suites d'une pleurésie.

— Nous apprenons la mort de M. de Fontanes, directeur honoraire de la maison nationale de Charenton, qui vient de périr à Nantes, victime d'une chute. Cet honorable fonctionnaire, officier de la Légion d'honneur depuis 1863, était le dernier descendant d'une noble et très-ancienne famille du Languedoc. Il était le neveu du marquis de Fontanes, pair de France, ministre et grand maître de l'Université sous l'Empire. Entré au ministère de l'intérieur en 1830, il y avait été le secrétaire particulier de M. d'Argout et était devenu chef de bureau des établissements de bienfaisance.

— Le tribunal de Louviers a condamné le nommé Raignauld, de Muids (Eure), à *soixante* francs d'amende et aux frais, pour exercice illégal de la médecine. Cette condamnation a été obtenue grâce aux soins donnés à la poursuite par M. le docteur Fortin, président de la Société de médecine de l'Eure.

— M. le docteur Vérité commencera son cours sur les affections syphilitiques mardi, 26 novembre, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les samedis et mardis, à la même heure.

— M. le docteur T. Gallard, médecin de la Pitié, reprendra ses leçons de clinique médicale dans cet hôpital, le mardi, 26 novembre 1872.

Tous les matins, à 8 heures et demie : Visite et interrogatoire des malades par les élèves (salles Sainte-Marthe et Sainte-Geneviève).

Mardi et samedi : Leçon à l'amphithéâtre.

Jeudi : Examen au spéculum et consultation pour les maladies des femmes (salle Sainte-Geneviève).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Tous les livres annoncés dans ce Bulletin sont déposés aux bureaux du journal. Une personne, attachée à l'administration de la *Gazette*, est chargée spécialement de satisfaire aux demandes de nos abonnés (achats de livres, instruments et autres objets).

Traités de plantes médicinales indigènes, précédé d'un cours élémentaire de botanique, avec atlas de 60 planches et 92 figures intercalées dans le texte, par M. le docteur Antonin Bossu. — 3e édition. 1 vol. in-8° et 1 vol. d'atlas. Paris, 1872.

Pièces et documents sur la dernière peste languedocienne de 1721-22 (Gévaudan, Vivarais et Bas Languedoc), suite de celle de Marseille, par SILHOF. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr F. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 135. — JEUDI 21 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 21 NOVEMBRE 1872. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française.

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Fractures par armes à feu ; guérison sans suppuration osseuse (M. Gosselin). — Contribution à l'étude de la septicémie puerpérale (M. D'Espine). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Paris, le 20 novembre 1872.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie avait à procéder à l'élection d'un membre dans la section d'hygiène publique et médecine légale. On connaît l'ordre dans lequel ont été présentés les quatre candidats. Tout faisait prévoir que la lutte se passerait entre les deux candidats portés *ex æquo* en première ligne et que cette lutte serait vive. En effet, au premier tour, ces deux candidats, M. Hillairet et M. Th. Roussel sont arrivés, du même pas et de front, au même chiffre respectable de 37 voix, la majorité étant de 39, 3 voix s'étant portées sur les deux autres candidats. Ce sont ces 3 voix qui devaient décider la victoire. Elles se sont portées sur M. Théophile Roussel, qui a bénéficié, en outre, de la voix d'un nouveau membre, arrivé seulement pour le second scrutin, tandis que du même coup M. Hillairet perdait celles d'un membre sortant, qui avait voté pour lui au premier tour, et d'un membre indécis qui a mis un billet blanc au deuxième tour. D'où il est résulté que M. Hillairet n'a plus eu que 35 voix au tour définitif, tandis que M. Th. Roussel en a eu 41. A M. Roussel la palme. Ses beaux travaux sur la pellagre et sur l'alcoolisme justifient de tous points ce succès. La prochaine place vacante dans cette section est due à M. Hillairet, qui a touché le but de si près. Mais quand ?

Après l'élection, la parole a été accordée à M. Oulmont, candidat pour la section de thérapeutique, qui a donné lecture d'un mémoire sur l'hyoscyamine et son action dans les affections convulsives ou spasmodiques. Dans un précédent travail, M. Oulmont avait étudié les propriétés physiologiques de l'hyoscyamine. Dans celui-ci, il a étudié ses propriétés thérapeutiques. C'est le complément naturel de son premier travail. Il résulte de ces recherches thérapeutiques que l'hyoscyamine exerce une action narcotique utile dans les névroses spasmodiques et convulsives, qu'elle a guéri le tremblement mercuriel dans des cas où toute autre médication avait échoué ; qu'elle a produit de notables améliorations dans des cas de tremblement sénile et de paralysie agitante. Ce sont là des résultats bons à enregistrer.

D'un point spécial de thérapeutique, M. Gubler, dans un rapport extrêmement intéressant et bien écrit, comme tout ce qu'il écrit, nous a transportés sur le terrain de la thérapeutique générale et de la matière médicale des Chinois, dont il a énuméré toutes les richesses, sur la foi de MM. Léon Soubeiran et Dabry, auteurs d'un travail très-important, paraît-il, sur ce sujet. L'Académie, sur la proposition de M. Gubler, a recommandé spécialement ce travail à l'attention du ministre de l'instruction publique. C'est probablement un complément du très-remarquable ouvrage publié en 1863 sur la médecine des Chinois, par l'un de ces deux auteurs, M. P. Dabry, consul de France en Chine, et précédé d'une préface par M. Léon Soubeiran.

La séance a été terminée par une présentation, faite par M. Péan, de plusieurs personnes qui ont subi des opérations graves.

Dr BROCHIN.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. GOSSELIN.

Fractures par armes à feu. — Guérison sans suppuration osseuse (1).

J'ai pour exemple de cette dernière forme le dernier malade dont j'avais à vous parler et que j'ai traité d'abord à l'ambulance Saint-Germain-l'Auxerrois, pendant quatre mois. C'est un blessé du combat de Champigny, le 30 novembre, qui est venu depuis peu de temps seulement dans le service. Il a eu aussi, consécutivement à sa fracture, qui se trouvait à la jonction du tiers supérieur avec le tiers moyen du fémur, une ostéo-myélite suppurante aiguë, dont la première période a mis ses jours en danger, mais qui, fort heureusement, ne s'est pas compliquée d'infection purulente. Seulement nous sommes en présence d'un retard de consolidation avec imminence de pseudarthrose définitive, et nous avons de plus une nécrose avec une fistule au côté externe de la cuisse. Plusieurs esquilles tertiaires (2) sont sorties ou ont été extraites. J'ai même retiré vers le 15 mars des fragments de projectiles, dont le séjour avait contribué sans doute aussi à entretenir l'inflammation suppurative. Mais la chose importante, c'est que, nonobstant l'ostéo-myélite suppu-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

(2) J'appelle, avec Dupuytren, esquilles tertiaires celles qui se détachent après suppuration et consécutivement à une nécrose d'origine traumatique, réservant la dénomination de secondaires pour celles qui ont été détachées de l'os par l'action vulnérante, mais ont conservé, pendant un certain temps, des adhérences avec les parties molles, et celle de primitives pour les pièces d'os qui ont été, dès le moment de la blessure, complétement séparées et de l'os et des parties molles.

rante aiguë dont il a été atteint, ce jeune homme a survécu et se trouve aujourd'hui dans un état de santé générale très-satisfaisant.

Permettez-moi de rapprocher de ces sept cas de fractures de cuisse, que nous avons observés dans le service, cinq autres que j'ai eu à traiter dans les ambulances de Saint-Germain-l'Auxerrois et du Palais-Royal.

Tous les cinq ont eu, comme nos derniers, avec la suppuration des plaies d'entrée et de sortie, la suppuration complexe et putride du fémur, et tous les cinq ont succombé par l'infection purulente, deux ans après une amputation consécutive, les trois autres sans amputation.

Je cite, enfin, un dernier cas que j'ai eu l'occasion de voir en ville, et dans lequel l'ostéo-myélite suppurante aiguë du fémur a encore eu lieu consécutivement, mais est restée non putride, et dans lequel, dès lors, le cal s'est fait et la guérison s'est accomplie après une nécrose.

En somme, j'ai vu, à la suite de nos combats de 1870 et 1871, treize cas de fracture de cuisse par armes à feu, qui tous ont été suivis d'ostéo-myélite suppurante aiguë, et sur lesquels onze se sont terminés par la mort, deux par la conservation de la vie, avec une nécrose. Pour moi, sur les onze premiers, l'ostéite suppurante aiguë a été putride ; sur les deux autres elle a été non putride.

Le malade dont je vous parlais en commençant est mon quatorzième cas.

En quoi a-t-il différé des treize autres ? C'est là le point que j'ai à vous signaler spécialement. Il en a différé par une chose essentielle, savoir qu'il n'a pas eu de suppuration du fémur. Il a eu l'ostéite inévitable après toute espèce de fracture. Mais cette ostéite est restée plastique, c'est-à-dire non suppurante. Par cela même qu'il n'a pas eu de suppuration aiguë de l'os, il n'a pas eu non plus de fièvre traumatique, ni d'infection purulente, ni de nécrose consécutive avec fistules interminables. En un mot, notre blessé n'a eu qu'une suppuration superficielle de la peau, au niveau des ouvertures d'entrée et de sortie, mais il n'a pas eu de suppuration profonde sur le trajet, en séton, parcouru par le projectile, et conséquemment il n'en a pas eu au niveau de son fémur fracturé.

Sommes-nous autorisés, pour cela, à dire qu'il y a eu une réunion immédiate à la suite d'un coup de feu ? D'une manière absolue, non ; car la réunion ou cicatrisation ne s'est faite qu'après suppuration sur les ouvertures d'entrée et de sortie. Mais pour le trajet, et surtout pour l'os, oui, il y a eu une sorte de réunion immédiate, puisque la suppuration n'a pas eu lieu ; seulement comme il est difficile d'accepter le mot *immédiate* pour une guérison qui n'est pas accomplie avant trois mois, nous nous contenterons de dire qu'il y a eu guérison après suppuration pour les solutions de continuité superficielles, et sans suppuration pour la solution de continuité profonde.

Ce n'est pas la première fois que j'observe un fait de ce genre.

Déjà dans nos conférences du mois d'octobre 1870, je vous avais fait remarquer plusieurs malades qui, ayant une plaie en séton des parties molles seulement, à la cuisse, à la fesse, au mollet, n'avaient consécutivement aucune suppuration du trajet, tandis que les plaies extérieures suppuraient seules. A cette occasion, je vous rappelais certains cas de fractures compliquées de la jambe ou de la cuisse, observés les années précédentes, fractures à la suite desquelles les fragments osseux ayant échappé à la suppuration, la plaie extérieure seule avait fourni du pus, et je vous disais que les choses se passaient quelquefois de même après les fractures par armes à feu, et que nous avions à tenir compte de cette possibilité dans la discussion des moyens de traitement à employer les premiers jours d'une blessure de ce genre.

Il était d'autant plus nécessaire de vulgariser, en vous la signalant avec insistance, cette particularité, que nos auteurs de chirurgie l'avaient complétement négligée, et n'avaient pas pris soin, quand ils nous parlaient de guérisons remarquables de fractures de cuisse ou de jambe, de nous dire si cet heureux résultat avait eu lieu après ou sans suppuration.

Cette lacune était la conséquence toute naturelle d'une autre, que je signale aussi depuis longtemps, je veux parler de la connexion étroite qui existe entre l'ostéo-myélite suppurante aiguë et tous les accidents graves des plaies par armes à feu. Je n'ai pas manqué les occasions qui se sont offertes si souvent, depuis les débuts de notre malheureuse guerre, de vous faire remarquer les différences qui existent, sous le rapport des phénomènes consécutifs, entre les plaies par armes à feu intéressant les parties molles seulement et celles dans lesquelles les os sont atteints, et je vous ai démontré que ces différences s'expliquaient par la suppuration consécutive de ces derniers. Une plaie sans suppuration aiguë des os est rarement grave ; une plaie avec suppuration aiguë des os, au contraire, est souvent suivie, par le passage de l'ostéite purulente à la forme putride, d'une fièvre traumatique intense, et plus tard d'une infection purulente ; ou bien lorsque la forme putride n'intervient pas ou reste très-modérée, la blessure guérit après une nécrose de longue durée. Et c'est parce que nos prédécesseurs n'avaient pas une idée assez précise de la gravité possible de la suppuration osseuse, qu'ils n'avaient pas su interpréter la bénignité de certains cas, et l'expliquer par la non-intervention de ce grand phénomène morbide. Maintenant, quelle conclusion thérapeutique avons-nous à tirer de cette notion ? Je répondrai tout à l'heure, après vous avoir signalé un autre cas du même genre.

Je vous fais remarquer, depuis longtemps, en passant à son lit, chaque matin, le malade du n° 47 de la salle Sainte-Vierge (1). C'est un soldat de 31 ans, qui nous est entré le 5 janvier 1871, après avoir été blessé la veille d'un éclat d'obus au genou gauche, dans le fort de Vanves. Il n'avait qu'une seule plaie. Celle-ci occupait la partie antérieure du genou, avait un peu plus de 1 centimètre de diamètre, était entourée d'une eschare grisâtre, et présentait à son centre des esquilles faciles à voir, à sentir avec le doigt, et qui appartenaient évidemment à la rotule fracturée plus ou moins comminutivement. En saisissant cet os avec les deux mains placées l'une au-dessus, l'autre au dessous du niveau de la plaie, et imprimant des mouvements de latéralité, nous avons pu constater une mobilité anormale et une crépitation démontrant encore mieux l'existence d'une fracture rotulienne. Seulement, cette fracture qui était multiple, n'avait pas une direction transversale assez prononcée, et sans doute n'était pas accompagnée d'une déchirure assez étendue du périoste rotulien pour qu'un écartement pût être appréciable. Il s'agissait donc d'une de ces fractures que, dans d'autres occasions (voy. p. 292), nous avons appelées fractures sans écartement. Deux questions importantes de diagnostic ont été posées le premier jour :

(1) L'observation de ce blessé (Jean M...) a été publiée également dans le travail de M. Berger.

1° La plaie et la fracture étaient-elles pénétrantes, c'est-à-dire en communication avec l'articulation du genou ? Pour résoudre ce problème, nous pouvions chercher à faire pénétrer le doigt ou tout au moins une sonde de femme ou un stylet, et voir à quelle profondeur on pouvait arriver. Nous nous sommes abstenus, avec intention bien arrêtée, de ce genre d'exploration, parce que, d'une part, nous pouvions, en y recourant, supprimer des conditions favorables à la non-suppuration, et que, d'autre part, une notion précise, à ce sujet, ne pouvait pour le moment nous conduire à aucune indication thérapeutique. D'ailleurs, à défaut d'exploration, nous avions des commémoratifs qui ont levé tous les doutes. Le chirurgien qui avait donné les premiers soins au blessé, dans le fort de Vanves, nous a, en effet, assuré que lui et deux autres confrères présents avaient constaté au début l'existence, autour de la plaie, d'un liquide filant qu'ils ont, sans hésitation, considéré comme de la synovie. De plus, un des médecins présents avait cru devoir introduire par la plaie un stylet fin, et l'avait fait pénétrer assez profondément pour ne pas douter de la communication avec la cavité articulaire. D'après ces renseignements, et en les rapprochant de ce que nous avions nous-mêmes constaté, nous avons dû poser le diagnostic suivant : petite plaie à la partie antérieure du genou gauche, avec fracture de la rotule et pénétration articulaire.

2° Cette plaie unique, en cul-de-sac, n'était-elle pas compliquée de corps étrangers dans l'articulation ? J'ai pensé que non, d'abord parce que je n'ai senti, à travers la peau, aucun corps dur ou inégal sur la périphérie de la jointure, ensuite parce que rien n'indiquait une fracture des condyles fémoraux ou des tubérosités tibiales, fracture que le projectile aurait pu occasionner s'il avait franchi la rotule, enfin parce que plus de vingt-quatre heures s'étaient déjà passées depuis l'accident, et que, cependant, nous ne constations ni l'épanchement articulaire abondant, ni la chaleur locale, ni la douleur, ni les symptômes généraux qui caractérisent les débuts de l'arthrite traumatique grave. Enfin, s'il est rare qu'une balle fracture comminutivement la rotule sans poursuivre sa course jusqu'à la cavité articulaire, on conçoit mieux qu'un éclat d'obus volumineux et irrégulier produise une plaie et une fracture sans aller au delà et sans pénétrer.

Quoi qu'il en soit, nous étions en présence d'une lésion traumatique très-sérieuse, et dont la gravité principale eût été due à la suppuration articulaire, si cette suppuration qu'il fallait considérer comme imminente, avait lieu en effet. Mais, comme vous avez pu le voir, l'arthrite suppurée a fait défaut, et la blessure, dès lors, n'a pas eu la gravité que nous étions autorisés à craindre au début.

(*A suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SEPTICÉMIE PUERPÉRALE

Par M. D'ESPINE, interne des hôpitaux.

Conclusions. — 1° La septicémie puerpérale est constituée par une série d'accidents plus ou moins graves, suivant la dose de matières septiques absorbées par les plaies du canal utéro-vaginal.

2° Ces accidents n'ont rien de spécial à la puerpéralité et doivent être assimilés à ceux que produit la septicémie chez les blessées et les animaux.

3° Le point de départ est toujours dans l'utérus ou le vagin; toutes les causes qui empêchent la cicatrisation de la plaie utérine et qui favorisent le développement de matières septiques à sa surface sont des causes efficientes de septicémie puerpérale.

4° Les lymphatiques sont la voie habituelle d'absorption du poison; la lymphangite est la trace ordinaire, mais non nécessaire, de son passage.

5° La *péritonite* est une lésion de voisinage due à l'apport des matières septiques par les lymphatiques utérins; elle est comparable aux inflammations locales qui se développent autour des plaies infectées.

6° L'effet de l'absorption septique sur l'organisme est de déterminer des congestions et des inflammations dans tous les organes, en particulier dans les poumons, les reins et l'intestin; des ecchymoses sous-séreuses ou des apoplexies interstitielles; des inflammations internes ou externes qui se localisent de préférence sur les séreuses; *pendant la vie*, cette action se traduit par de la fièvre, de la diarrhée, de la congestion pulmonaire, des épistaxis et souvent par des éruptions cutanées fugaces.

7° La résorption purulente et la résorption se confondent dans la clinique;

8° La fièvre de lait n'existe pas; la fièvre du premier septénaire est presque toujours une septicémie légère due à une résorption des lochies par les petites plaies du canal utéro-vaginal. Elle peut se prolonger pendant des semaines quand la rétraction utérine ne se fait pas et que les lochies sont fétides. Dans ce cas, on trouve presque toujours des ulcérations du col ou du vagin, qui sont le lieu de l'absorption.

9° Ces infections légères s'accompagnent souvent, mais non toujours, d'angioleucite utérine et de signes de périmétrite légère. Quand l'infection se prolonge, il peut y avoir consomption et mort (*phthisie septique*).

10° La *pyémie* puerpérale est une complication de la septicémie et coïncide presque toujours avec la purulence des veines de l'utérus.

C'est une complication relativement rare, due, suivant toute probabilité, à des embolies septiques.

Les abcès métastatiques viscéraux en sont tributaires, tandis que presque toutes les inflammations du tissu cellulaire et des articulations sont dues à l'infection lymphatique et ne sont pas de nature embolique.

(*Archives de médecine.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 novembre 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné pendant l'année 1871 dans les départements des Hautes-Pyrénées, de la Vendée, de l'Aisne, de la Dordogne, d'Ille-et-Vilaine ;

2° Un rapport de M. le docteur Prestat sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1872 dans la commune de Bessancourt (Seine-et-Oise).

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

Elle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Belhomme, Empis, Parrot, Houel, Charcot, Laboulbène, Auguste Voisin, Cornil, pour la place déclarée vacante dans la section d'anatomie pathologique; de M. Baillon, dans la section d'histoire naturelle médicale et de thérapeutique, de M. Chereau, dans la classe des associés libres, et de M. Trasbot, dans la section de médecine vétérinaire.

2° Un mémoire de M. le docteur Bonnet (de Bordeaux), sur la spontanéité du choléra. (Commiss. MM. Kergaradec, Hérard et Jolly.)

3° Une réclamation de priorité adressée par M. le docteur Brissez (de Lille) au sujet du spéculum présenté par M. Devilliers.

4° Un pli cacheté relatif à la digitaline cristallisée, déposée par M. Nativelle.

5° Une lettre de M. le docteur Arsène Drouet, accompagnant

l'envoi d'une note sur le traitement du choléra et de la cholérine par les badigeonnages de collodion (comm. du choléra).

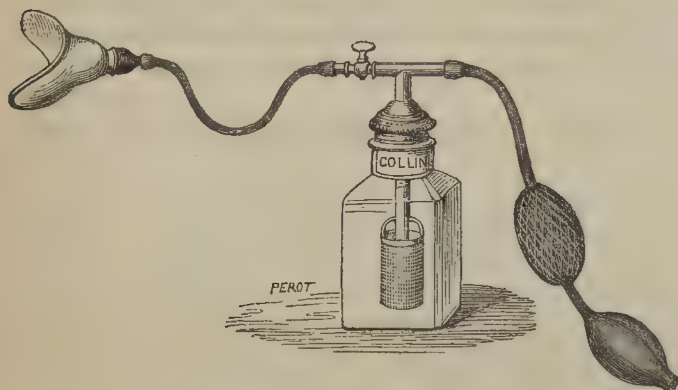
6° Un travail de M. le docteur Chéron sur l'arrêt de la destruction du poumon dans la phthisie chronique par l'inhalation des vapeurs des essences oxygénées. Voici un résumé de ce travail :

Les succès obtenus dans ces dernières années à l'aide du camphre en poudre, type des essences oxygénées, dans le traitement de la pourriture d'hôpital, m'ont conduit à faire une étude comparée de ces mêmes essences dans leur application au traitement du phagédénisme sur une large échelle, dans mon service de Saint-Lazare.

Les résultats vraiment dignes de remarque obtenus en grand nombre, publiés en partie en 1871, ont appelé mon attention sur un désidératum de la médecine à savoir : *la cicatrisation des cavernes du poumon dans la phthisie chronique.*

Il importait d'abord de m'assurer que les vapeurs des stéarophinés ou essences oxygénées jouissent des mêmes propriétés que les poudres de ces substances. Dans ce but je me sers de l'appareil dont voici la description :

Cet appareil se compose d'un flacon dans lequel est renfermé un petit panier en toile métallique contenant l'essence oxygénée. L'air est projeté dans le flacon par la pression successive faite avec la main sur la première poire de caoutchouc.



L'air pénètre par un tube qui s'ouvre au-dessus du panier. Le tube de sortie, situé plus haut que le précédent, entraîne l'air chargé de vapeur vers l'orifice par une embouchure que le malade applique sur ses lèvres.

Suivant que le robinet est à peine ouvert ou largement ouvert, on peut avoir un courant d'air saturé continu ou intermittent; en remplissant d'air l'appareil, et ouvrant brusquement le robinet, on peut chasser avec force, dans les bronches, une certaine quantité d'air chargé de vapeur au moment de l'inspiration.

A l'aide de cet appareil, un courant d'air chargé de ces essences oxygénées est dirigé sur des ulcères phagédéniques, sur des ulcérations rebelles de la cornée, sur des esthiomènes qui résistaient à tous les traitements depuis plusieurs mois.

Employées sous cette forme, les vapeurs des stéréaphinés ont arrêté chaque fois l'envahissement et amené la cicatrisation.

Fort de ces nouveaux résultats, je me suis empressé de faire l'application de ce moyen au traitement de la phthisie pulmonaire, à la période ulcérative. Des nombreuses tentatives faites par moi dans mon service de Saint-Lazare depuis dix-huit mois, service qui renferme une moyenne de 170 malades, champ d'observation où la phthisie pulmonaire est loin d'être rare, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° Les vapeurs des essences oxygénées jouissent, comme les poudres de ces mêmes substances, de la propriété d'arrêter le travail destructeur du phagédénisme et de l'esthiomène, et de favoriser la réparation des ulcères rebelles de la cornée, etc. Rien de semblable n'est obtenu avec les essences non oxygénées dont l'essence de térébenthine est le type.

2° Les cavernes pulmonaires des phthisiques, traitées par l'inhalation de ces mêmes vapeurs, arrivent à la cicatrisation sous l'influence de ce mode de traitement, dans un grand nombre de cas et dans un temps relativement court.

3° Les produits de l'expectoration chez tous les malades traités de la sorte ont été examinés au microscope par le procédé Fenwick. La présence de fibres élastiques constatées au début, et leur disparition constatée à la fin du traitement, justifient l'emploi des inhalations des vapeurs des essences oxygénées dans la période ulcérative de la phthisie chronique.

4° Les vapeurs libres de ces substances ont une trop faible tension et chargent, par conséquent, d'une façon insuffisante l'atmosphère des appartements où on les laisse se vaporiser ; aussi ai-je fait usage, dans mes tentatives, d'un petit appareil *vaporifère*, construit par M. Collin sur mes indications, pour chasser avec une certaine énergie dans les tuyaux bronchiques de l'air saturé de ces vapeurs.

5° Toutes les essences oxygénées peuvent être employées avec chance de succès. J'ai fait usage de l'essence oxygénée des laminées au camphre du Japon, de l'essence oxygénée de la camomille, de l'essence oxygénée du cèdre, de l'essence oxygénée de l'*emalyptus* ou *eucalyptal*.

6° La préférence doit être accordée à l'essence oxygénée du *Laurus camphora*, dont l'odeur est moins pénétrante que celle du camphre de Bornéo, et de l'essence oxygénée du cèdre, dont l'odeur agréable et douce est fort bien supportée par les malades.

7° Une fièvre continue intense, une grande faiblesse, la rapidité dans la marche de la maladie, l'émaciation, représentent autant de conditions défavorables au succès de ces inhalations.

8° La forme torpide et lente de la phthisie, avec conservation partielle des forces, expectoration abondante avec toux et oppression, la période terminale de la pneumonie éliminaire, sont, au contraire, les circonstances dans lesquelles les inhalations des vapeurs des essences oxygénées donnent les meilleurs résultats.

9° Sous l'influence de ce mode de traitement, l'expectoration, la dyspnée et la toux s'amendent, l'appétit revient, les forces se relèvent, la fièvre hectique s'atténue et disparaît bientôt. Le malade augmente de poids ; enfin, dans un très-grand nombre de cas, nous avons eu la satisfaction de voir disparaître tous les phénomènes morbides et les malades revenir à la santé.

10° L'emploi de ce moyen ne saurait contre-indiquer en aucune façon l'usage des médicaments et du régime habituel, car il n'a aucune prétention spécifique. Il arrête la destruction pulmonaire et permet au médecin d'utiliser cette rémission au profit du malade en combattant, par les moyens appropriés, la diathèse tuberculeuse.

11° Il n'y a là que l'application d'une propriété des essences oxygénées nettement déterminées et découvertes dans ces derniers temps. On ne saurait y voir aucun point de contact avec les exagérations fâcheuses et malheureusement trop répandues, qui ont eu pour but de faire considérer l'une d'elles (le camphre) comme une panacée, et même qui détournaient les médecins de l'emploi véritablement rationel de cet agent thérapeutique.

PRÉSENTATIONS

M. DEVILLIERS dépose sur le bureau le Compte rendu du service médical du chemin de fer du Nord pour l'année 1871, par M. le docteur Léon Gros.

M. TARDIEU, au nom de M. le docteur Linas, présente un exemplaire de l'article CATALEPSIE extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*

M. DEPAUL présente, de la part de M. le docteur Guéniot, deux brochures : l'une *sur les Fistules urinaires de l'ombilic* ; l'autre, sur *l'Allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement.*

M. ROBIN présente une brochure sur les pneumonies et les fièvres intermittentes pneumoniques avec tracés thermographiques, par M. le docteur Armaingaud (de Bordeaux).

M. BARTH présente un mémoire sur les ruptures prétendues

spontanées du cœur, par M. le docteur Laboulbène et par M. Labarraque, interne des hôpitaux.

M. Larrey offre en hommage, de la part de l'auteur, M. le docteur Toussaint Martin, un volume intitulé *Nouvel abrégé des éléments de physiologie.*

M. le Président annonce à l'Académie que le Conseil, prenant en considération l'énorme charge qui pèse sur M. Béclard, chargé à la fois des fonctions de secrétaire annuel et des fonctions temporaires de secrétaire perpétuel, a décidé qu'il serait pourvu, à l'époque prochaine du renouvellement du bureau, à la nomination d'un secrétaire perpétuel temporaire et d'un secrétaire annuel.

M. le président, rappelant, en outre, un article du règlement inobservé depuis quelques années, prie ceux des membres de l'Académie qui auraient l'intention de faire une lecture à la prochaine séance publique annuelle, de vouloir bien le faire savoir au bureau.

ÉLECTION.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre titulaire dans la section d'hygiène publique et de médecine légale.

La liste de présentation des candidats porte :

Ex æquo, et par ordre alphabétique, en première ligne, MM. Hillairet et Théophile Roussel; en deuxième ligne, MM. Lagneau et Lunier.

Au premier tour de scrutin, le nombre des membres votants étant de 77, majorité 39, M. Hillairet et Th. Roussel ont obtenu chacun 37 suffrages. — M. Lagneau, 2; M. Lunier, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité, on procède à un second tour de scrutin.

Nombre de votants : 77. — Majorité : 39.

M. Th. Roussel obtient. . . . . 41 suffrages.
M. Hillairet. . . . . 35 —

M. Th. Roussel, ayant obtenu la majorité, est proclamé élu.

Son élection sera soumise à l'approbation du Président de la République.

La parole est à M. Oulmont pour une lecture.

LECTURE

Hyoscyamine. — M. Oulmont, candidat pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De l'hyoscyamine et de son action dans les affections convulsives ou spasmodiques (tremblement mercuriel, sénile, tétanos, etc.).*

M. Oulmont a étudié l'hyoscyamine au point de vue physiologique par des expériences sur l'homme et sur les animaux, qui ont été publiées il y a deux ans. Les recherches thérapeutiques qui forment le complément de cette étude font l'objet de cette nouvelle communication.

L'auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'hyoscyamine représente tous les principes actifs de la jusquiame. La fixité de sa composition donne à son emploi une précision que l'on n'obtient pas avec la jusquiame en substance.

2° L'hyoscyamine doit être administrée d'abord à faibles doses (deux milligrammes par jour), soit en pilules, soit sous la forme d'injections hypodermiques. On pourra augmenter la dose jusqu'à dix et même douze milligrammes par jour.

3° Le médicament devra être continué, même s'il survient quelques légers phénomènes d'intoxication, comme de la sécheresse de la gorge et de la dilatation des pupilles. Mais si les symptômes deviennent graves, et s'il se produit des accidents cérébraux, il faudra suspendre le médicament. Cependant ces symptômes sont fugaces et disparaissent rapidement.

4° L'hyoscyamine exerce sur l'homme une action narcotique. Elle est efficace contre le symptôme douleur et contre les névralgies en particulier; mais son efficacité est moindre que celle de l'opium et de la belladone.

5° Ce médicament exerce une action favorable dans les névroses spasmodiques et convulsives. Elle guérit le tremblement mercuriel dans des cas où tout autre traitement avait échoué. Elle a procuré, dans le tremblement sénile et dans la paralysie agitante, une amélioration que n'avait fournie nulle autre médication.

6° Son action est nulle dans l'ataxie locomotrice. Dans le tétanos traumatique, quoique le blessé ait succombé, elle a déterminé dans les symptômes une rémission assez marquée pour que la question ne semble pas résolue et appelle de nouvelles recherches. (Renvoyé à la section.)

RAPPORT

M. Gubler, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bouchardat et Regnault, lit un rapport sur un travail de MM. Léon Soubeiran et P. Dabry de Thiersant, consul de France en Chine, intitulé *Études sur la matière médicale des Chinois.*

M. Gubler termine son rapport par le résumé suivant :

Les *Études* de MM. Léon Soubeiran et Dabry de Thiersant *sur la matière médicale des Chinois*, constituent un progrès par rapport aux publications antérieures.

Sans avoir résolu toutes les difficultés ni dissipé tous les doutes, leur travail est certainement le plus correct et le plus complet sur cette partie des connaissances médicales.

Par la masse des faits qui s'y trouvent réunis, comme par leur importance et leur nouveauté, cet ouvrage offre un grand attrait à la curiosité scientifique et ne peut manquer de servir de base pour des recherches ultérieures et décisives ayant pour but d'élucider toutes les questions afférentes à l'histoire de la médecine chez les peuples de l'Extrême-Orient.

Telles sont les conclusions de M. Gubler :

1° Remercier les auteurs de leur très-intéressante communication;

2° Les féliciter sur les résultats acquis et les encourager à persévérer dans les recherches laborieuses et éminemment utiles qu'ils ont entreprises;

3° Recommander MM. Léon Soubeiran et Dabry de Thiersant à la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique à l'effet d'obtenir l'impression, aux frais de l'État, de leur savant ouvrage intitulé *Études sur la matière médicale des Chinois.* (Adopté.)

PRÉSENTATION

M. Péan présente à l'Académie plusieurs personnes auxquelles il a pratiqué diverses opérations, notamment une opération d'ablation partielle du maxillaire inférieur; plusieurs opérations d'ovariotomie et des opérations des tumeurs utérines fibro-cystiques. M. Péan donne de vive voix quelques explications sur ces diverses opérations et sur leurs résultats.

La séance est levée à cinq heures un quart.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

18 mai. — On défait le pansement qui avait été fixé avec du diachylon. On comprime la carotide primitive, et, pendant ce temps, on éteint quatre cautères chauffés à blanc dans le point qui donne lieu à l'hémorrhagie. Comme la perte de sang n'est pas complétement arrêtée, nouvelle application d'un tampon de charpie imbibé de perchlorure de fer. Nouvelle application d'un bandage compressif le soir. La face est un peu œdémateuse, surtout à gauche.

19 mai. — L'œdème de la face a notablement augmenté, la voix a perdu son timbre normal, et la respiration est un peu gênée. On défait la partie du bandage qu'on supposait gêner cette fonction; mais, presque immédiatement après, nouvelle hémorrhagie qui oblige à rétablir la compression dans toute sa rigueur, en ayant

(1) Fin. — Voir les numéros des 16 et 19 novembre 1872.

soin de faire porter les bandes sur le menton et non sur le cou. Le soir, l'œdème a considérablement augmenté et la gêne de la respiration est plus grande que le matin. La voix est éteinte; difficulté de la déglutition des liquides.

20 mai. — Les signes d'œdème périglottiques se sont présentés dans le courant de la nuit, mais ils ont disparu rapidement.

Dans la nuit, nouvelle hémorrhagie sur le même point. On l'arrête facilement.

21 mai. — Compression digitale toute la journée et jusqu'à 11 heures du soir. Le lendemain matin, on reprend la compression digitale; mais, dans l'après-midi, il se produit une nouvelle hémorrhagie, partant alors directement du pavillon de l'oreille. Le soir, on peut appliquer un appareil construit par M. Collin, présentant une pelote convexe d'avant en arrière, concave de haut en bas, qui embrasse l'attache du pavillon de l'oreille et exerce une compression assez efficace.

23 mai. L'appareil tient très-bien en place.

27 mai. — Nouvelle hémorrhagie. On défait l'appareil et tout le pansement. Le jet part du pavillon en un point qui correspondrait à l'extrémité inférieure de l'hélix; on l'arrête facilement avec le doigt. On peut s'assurer que la plaie qui avait donné lieu à de si redoutables hémorrhagies était en pleine suppuration, se couvrait de bourgeons charnus et ne laissait plus suinter de sang. Pour être maître de l'hémorrhagie, il suffit de remettre le pansement, en faisant repousser en avant et en haut le pavillon de l'oreille sur la pelote de l'appareil. A partir de ce moment, la tendance hémorrhagique a pu être considérée comme vaincue.

Le 1er et le 6 juin, il s'est écoulé seulement quelques gouttes de sang. Comme l'appareil amène quelques plaques de gangrène cutanée sur le front, on se décide à l'enlever et à appliquer un pansement à l'ouate, qui fait une bonne compression.

Sous l'influence de ce pansement, les parties ulcérées se recouvrent de bourgeons charnus, le gonflement de l'oreille tombe et la malade reprend courage.

13 juin. — Très-petite hémorrhagie. On cesse le pansement ouaté et on emploie le pansement à l'alcool.

20 juin. — Le pavillon de l'oreille est dans l'état suivant : il a diminué de moitié, peut-être non en dimension verticale et transversale, mais du moins en épaisseur. Toutes les parties érectiles qui se trouvaient en dehors du pavillon sont guéries, affaissées et recouvertes de bourgeons charnus dans les joints où il y a eu une gangrène superficielle. Un certain nombre de ces points sont même cicatrisés. Toute la moitié supérieure du pavillon de l'oreille est dure, lisse, ne bat plus et ne présente aucun mouvement d'expansion, et peut être considérée comme absolument guérie.

La cavité de la conque est déformée, mais on n'y retrouve ni battements ni expansion. Le pavillon de l'oreille n'est plus soulevé en totalité comme autrefois, et l'on voit bien manifestement que les battements désordonnés de la carotide ne se propagent pas à l'oreille.

La malade cependant prétend entendre des bruits de souffle, comme avant, un peu affaiblis seulement.

Ils n'auraient disparu complétement, dit-elle, et seulement pendant quelques heures, qu'après les deux injections faites dans les bosselures de la cavité de la conque. En résumé, on a une guérison de l'anévrysme aussi complète qu'on peut la désirer.

21 juin. — Embarras gastrique. Les parties ulcérées sont recouvertes de très-beaux bourgeons charnus.

22 juin. — Vomissements dans la journée et frissons.

23 juin. — Les vomissements continuent. Rien ne peut les arrêter, d'abord. Glace et eau de Seltz, vésicatoire à l'épigastre, potion de Rivière. Grâce à ces moyens, les vomissements s'arrêtent le soir. Aucune modification des plaies, qui restent en bon état. On trouve quelques points où un peu de pus séjourne. On débride ces points.

Les 24 et 25 juin. — Les frissons erratiques et irréguliers continuent. Rien du côté du foie, rien du côté du cœur et de la poitrine. Pendant ces deux jours, la malade a fait des efforts pour vomir et a eu quelques hoquets.

26 juin. — Aggravation des phénomènes; peau chaude et fièvre persistante. Embarras de la parole; côté droit de la face un peu tombant; côté gauche un peu contracturé. Par moments convulsions cloniques des muscles de la face. Délire la nuit; subdélire le matin. Rien dans les pupilles. Soubresauts des tendons; langue humide, mais tremblante.

La malade succombe le 29 juin.

Autopsie faite le 3 juin. — On pousse une injection solidifiable dans les carotides. Cette injection est suffisante. On s'assure que la carotide primitive gauche est environ d'un tiers plus volumineuse que la droite.

Disséquant alors la peau du cuir chevelu et la rabattant en avant avec le pavillon de l'oreille, en rasant les os, on voit que cette partie du squelette ne présente aucune dépression au niveau du point où avaient existé des dilatations vasculaires.

On peut, par ce procédé, rejoindre la carotide externe et suivre de là toutes les artères qui arrivent dans le pavillon de l'oreille ou dans les parties avoisinantes. On en trouve trois :

L'occipitale, dont le tronc est très-volumineux. Sa branche externe de terminaison qui se rendait dans des bosselures situées à la base de l'apophyse mastoïde est oblitérée dans la moitié de son trajet, et une branche qui réunissait ces bosselures sorties de l'auriculaire est également rétractée et remplacée par un cordon fibreux et dur.

L'artère temporale est volumineuse à son origine ; mais sa branche postérieure est trouvée oblitérée, presque immédiatement après son émergence, par un caillot ancien, et le cadre-fibroïde qui remplace cette branche artérielle conduit dans la partie antérieure et supérieure du pavillon de l'oreille. Elle fournit, avant d'être oblitérée, une petite branche artérielle flexueuse qui contourne la partie antérieure du conduit auditif externe et se termine dans l'origine de l'hélix.

L'artère auriculaire postérieure, au moins quadruplée de volume, contourne en bas le conduit auditif externe, et est celle qui a le moins subi l'action des injections coagulantes. Elle se divise, en bas du conduit auditif, en trois ou quatre branches volumineuses très-flexueuses pelotonnées les unes sur les autres. Elles forment un paquet variqueux correspondant au fond de la cavité de la conque, mais situé profondément. Les autres branches de l'auriculaire qui se rendaient aux dilatations situées au niveau de l'attache du pavillon de l'oreille se terminent en cul-de-sac lorsqu'on arrive dans le voisinage immédiat des surfaces suppurantes qui les ont remplacées.

En résumé, en dehors de la conque et du pourtour du conduit auditif, on ne retrouve aucune branche artérielle un peu volumineuse.

Cavité crânienne. — A la face interne de la dure-mère, dans la fosse temporo-pariétale gauche, néo-membranes récentes encore peu vasculaires et qu'on enlève très-facilement. On n'en retrouve pas dans d'autres points. Rien dans les sinus; la dure-mère se décolle facilement des os; mais rien de particulier au niveau du rocher gauche. Les os sont peut-être un peu plus friables, plus secs et plus décolorés. On ne trouve rien de particulier dans l'encéphale.

Cavité thoracique. — Rien à noter. Un peu de couleur hypostatique à droite. Pas d'infarctus. Rien dans le cœur.

Foie très-volumineux contenant un grand nombre d'abcès métastatiques disséminés dans son intérieur et apparaissant à la superficie.

La *rate* est plus volumineuse qu'à l'état normal. On ne trouve rien de particulier dans les autres organes.

Examen microscopique. — L'artère, examinée, était une branche de l'auriculaire postérieure; comparée à celle d'un sujet sain, elle offrait une épaisseur et un volume trois fois plus considérables. La paroi interne détruite par une injection solidifiable, n'offrait rien d'anormal, au moins dans ses couches excentriques.

La couche moyenne, considérablement épaissie (1 centimètre), se composait de fibres musculaires lisses, disposées transversalement,

séparées par quelques rares fibres élastiques. Autour des noyaux des fibres musculaires, on remarquait quelquefois des granulations graisseuses. La tunique adventive ou externe n'offrait rien d'anormal; on y voyait beaucoup de nerfs, ce qui est en rapport avec la richesse musculaire de la tunique moyenne.

L'artère, prise au même point sur un sujet sain, offrait aussi les mêmes détails de structure, sauf les granulations graisseuses. En résumé, il y avait là des phénomènes d'hyperplasie avec tendance à la répression. (Laboratoire d'histologie du Collège de France.)

M. GIRALDÈS. A quel degré était employé le perchlorure de fer?

M. LABBÉ. Du perchlorure de fer à 30 degrés mêlé à parties égales avec l'eau.

M. GIRALDÈS. Il eût mieux valu employer le perchlorure de fer pur. Le perchlorure de fer dilué ne produit pas les mêmes effets que le perchlorure à 30 degrés et il a des inconvénients.

5 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés injectées dans la carotide du cheval, produisent un caillot chimique adhérent et une virole plastique dans la tunique adventive du vaisseau. Si l'on emploie du perchlorure de fer à 20 degrés, on produit un caillot mou, mêlé à des gouttes de perchlorure de fer. Ce caillot résiste peu à l'ondée sanguine et il peut produire des embolies.

Les injections de perchlorure de fer diluées lorsqu'elles passent dans le tissu cellulaire causent des inflammations et des eschares, et le tout est suivi d'hémorrhagies graves; c'est ce qui a lieu pour plusieurs injections dans l'observation de M. Labbé. Peut-être aurait-il été nécessaire d'éloigner les injections et de ne point les faire trop rapprochées les unes des autres.

M. LABBÉ. L'état de la malade était si grave, qu'il fallait qu'on fît quelque chose. Maintenant, je prierai M. Giraldès de me dire à quelle dose je devais employer le perchlorure de fer pour que je fusse à l'abri des accidents.

M. GIRALDÈS. Je répondrai en rappelant les expériences que j'ai faites après les propositions de Pravaz. Le perchlorure de fer à 45 degrés proposé par ce chirurgien avait été critiqué par Malgaigne à l'Académie de médecine. J'ai fait alors des expériences à Alfort sur les chevaux. J'ai vu que 5 gouttes de perchlorure de fer à 45 degrés injectées dans la carotide d'un cheval causaient une cautérisation de la paroi interne du vaisseau; la même quantité de perchlorure de fer à 30 degrés injectés donnait un caillot adhérent très-étendu dans le bout périphérique de l'artère; la même dose de perchlorure de fer à 20 degrés causait un caillot mou, facile à déplacer, et contenant dans son intérieur des gouttelettes de perchlorure de fer. C'est donc la solution de perchlorure de fer à 30 degrés qui est la meilleure.

J'ajoute que, dans des anévrysmes et des tumeurs érectiles, j'ai employé cette solution et j'ai obtenu de bons résultats. Si j'avais à faire des injections dans un anévrysme cirsoïde, dans des artères du volume de l'artère occipitale, je ferais des injections de 2 gouttes de perchlorure de fer à 30 degrés.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS.

Brise-pierre à mouvement latéral. — M. LANNELONGUE présente, de la part de l'auteur, M. Amussat, un brise-pierre à mouvement de latéralité, différent de celui de Vinci en ce que le mouvement latéral est obtenu par un cliquet au lieu d'être obtenu par un mouvement de vis.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 136. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE SAMEDI 23 NOVEMBRE 1872. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Du traitement de la pleurésie purulente. — Tumeur sébacée du dos (M. Letenneur, de Nantes). — Plaie de la vessie (M. Perrin). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Nouvelles.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Plusieurs erreurs typographiques graves et une trop grande concision dans la rédaction, ont rendu peu intelligible un passage de notre dernière Revue consacré à la leçon d'ouverture de M. Sée sur les maladies du cœur (p. 1058, fin de la 2e colonne). Ce passage doit être rétabli de la manière suivante :

« Outre les trois centres d'action du cœur, il existe trois moyens de dépression, antagonistes des précédents, autrement dit frénateurs : 1° *le nerf de Cyon*, qui, chez quelques animaux, est anatomiquement distinct du nerf vague pendant une partie de son trajet. Chez le lapin, ce nerf, comme on sait, venant du cœur, s'accole au nerf vague, seulement au niveau du larynx ; il aboutit au bulbe. Je dis que le nerf de Cyon doit être considéré comme dépresseur du système circulatoire général, car il suffit d'exciter son bout central pour amener aussitôt un énorme abaissement de la tension, par suite du relâchement des nerfs vaso-moteurs de toute l'économie et particulièrement du système abdominal. 2° *le nerf vague :* l'excitation du bout périphérique de ce nerf ralentit le cœur et diminue son travail ; 3° *les ganglions dépresseurs* intra-cardiaques auxquels aboutit le nerf vague ; ils sont situés dans l'oreillette. »

Du traitement de la pleurésie purulente.

La question de la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques, récemment soulevée devant l'Académie de médecine, et sur laquelle nous publions en ce moment un document très-important (Leçons cliniq. de M. Béhier), s'est, on s'en souvient, dédoublée. La question connexe de l'empyème, d'accessoire d'abord, est devenue, par le fait de l'intervention des chirurgiens, la question principale.

Nous n'avons pas à revenir sur la discussion académique, sur les diverses opinions qui s'y sont produites et sur les appréciations que la *Gazette* en a faites. Mais nous mettrons volontiers sous les yeux de nos lecteurs, comme complément d'instruction, les conclusions principales qui ressortent des recherches cliniques auxquelles s'est livré, sur ce sujet, M. le docteur Moutard-Martin.

Dans un ouvrage qu'il vient tout récemment de publier (1), M. Moutard-Martin s'est proposé de faire, d'après son expérience personnelle, déjà considérable et longue, comme tout le monde le sait, un exposé aussi complet que possible de l'anatomie pathologique de la pleurésie purulente, de son diagnostic, de sa marche et de son traitement.

C'est de cette dernière partie du travail de M. Moutard-Martin que nous désirons particulièrement entretenir ici nos lecteurs.

Après avoir exposé les divers procédés en usage dans le traitement de la pleurésie purulente, voici en quels termes M. Moutard-Martin apprécie leurs avantages et leurs inconvénients communs.

L'avantage commun de tous les tubes ou canules laissés à demeure dans la cavité thoracique, dit M. Moutard-Martin, est de permettre l'écoulement facile du pus, les injections et les lavages de la cavité suppurante.

Un seul appareil, celui de M. Potain, permet tous les lavages sans laisser pénétrer l'air. Les canules métalliques, les tubes de caoutchouc, le drainage laissent pénétrer l'air.

Le drainage a sur les canules l'avantage de permettre un écoulement plus libre et plus complet du pus ; mais les injections sont difficiles ; une partie du liquide pénètre dans la poitrine ; le reste sort à mesure par les fenêtres du drainage.

M. Moutard-Martin, s'il avait à faire un classement de ces divers procédés, les placerait dans l'ordre suivant, en allant des moins bons aux meilleurs : 1° la canule métallique ; 2° le tube de caoutchouc à demeure ; 3° le drainage ; 4° le siphon de Potain.

Mais tous ces appareils ont des inconvénients communs ; ces inconvénients sont : l'obstruction des canules ou tubes qui, plongeant dans le pus et livrant passage aux diverses productions plastiques de la plèvre, peuvent, dans un certain nombre de cas, se trouver bouchés par des fausses membranes, par des détritus plus ou moins volumineux et ne plus pouvoir fonctionner. Ce sont ces inconvénients qui rendent souvent l'empyème nécessaire.

L'opération de l'empyème paraît, à M. Moutard-Martin, préférable à tous les autres procédés d'évacuation, parce qu'elle permet le lavage à grande eau et les injections médicamenteuses, et parce qu'elle permet l'issue de tous les produits mor-

(1) *De la pleurésie purulente et de son traitement,* 1 vol. in-8°. Paris, 1872, chez Adrien Delahaye.

bides contenus dans la cavité pleurale, quels qu'en soient le volume et la nature. Aussi conseille-t-il toujours de commencer par la thoracentèse simple, et de la répéter tant qu'il ne survient pas d'accidents graves. Dès que ces accidents surviennent, il fait suivre la thoracentèse d'injections d'eau iodée qu'il ne craint pas d'abandonner dans la plèvre. Il n'est pas rare que les thoracentèses répétées guérissent, surtout lorsqu'elles sont suivies d'injections iodées. Si, malgré ces moyens, la fièvre persiste, si l'état général s'aggrave, il n'hésite pas à avoir recours à l'empyème.

Voilà une premier chef d'indication bien posé.

Y a-t-il lieu de recourir à l'empyème dans les cas de fistule pleuro-bronchique ? Pour répondre à cette question, M. Moutard-Martin distingue trois catégories de cas :

1° Cas où l'épanchement pleural se vide dans l'arbre aérien sans épanchement gazeux dans la plèvre. Les cas de ce genre guérissent souvent sans intervention chirurgicale, même lorsqu'il s'agit de vastes épanchements ; mais la guérison se fait souvent attendre pendant de longs mois. Cependant dans ces cas, M. Moutard-Martin est d'avis qu'il faut s'abstenir d'opérer tant que l'état général reste assez bon pour permettre cette abstention, mais qu'il ne faudrait pas hésiter si les fonctions s'altéraient de manière à menacer l'existence.

2° Cas où l'épanchement se faisant jour à travers les bronches, est remplacé par de l'air. La fistule, dans ces cas, permet l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, aussi bien que la sortie du pus. Dans ce cas, il y a quelquefois indication d'opérer, d'évacuer le pus et de laver la plaie. Souvent la guérison peut s'obtenir sans opération, par cicatrisation de la fistule bronchique.

Dans les cas de ce genre que rapporte ou cite M. Moutard-Martin, il s'agit de malades non tuberculeux et dont l'épanchement purulent s'est fait jour spontanément au travers du poumon, au lieu de perforer la paroi thoracique.

3° La troisième catégorie comprend les cas de pyo-pneumothorax tuberculeux, que l'épanchement purulent ait été primitif et se soit fait jour à travers un poumon tuberculeux, ou qu'il soit secondaire et produit par la rupture d'une caverne dans la cavité pleurale. Dans tous ces cas, l'opération n'est pas indiquée ; elle n'empêche pas la marche progressive de la fonte tuberculeuse.

On voit par là combien l'opinion de M. Moutard-Martin sur la valeur de l'opération de l'empyème est bien arrêtée.

Cette opinion repose sur les observations d'autrui et sur les siennes propres, qui sont au nombre de 17. Ce sont ces 17 opérations d'empyème pratiquées par lui-même sur des adultes, qui constituent l'élément clinique sur lequel reposent ses conclusions.

De ces 17 opérés, 5 ont succombé et 12 ont guéri.

Des 5 qui ont succombé, 2 avaient de simples pleurésies purulentes, sans fistules pulmonaires et sans tubercules, comme l'autopsie l'a démontré. Ils ont succombé à l'épuisement causé par la persistance et l'abondance de la suppuration que rien n'a modifié. L'un est mort trente-deux jours après l'opération et l'autre quarante-sept jours.

Deux autres avaient des fistules pulmonaires et ne présentaient pendant la vie aucun signe positif de tubercule ; mais, chez l'un des deux on a trouvé à l'autopsie le poumon du côté malade criblé de tubercules et deux ou trois cavernes dans le sommet ; du côté opposé à la pleurésie, il existait quelques tubercules non ramollis. L'autre n'a pu être autopsié.

Le cinquième présentait une plèvre divisée par loges, que les lavages ne pouvaient atteindre toutes, et dans lesquelles le pus stagnant se putréfiait et entretenait le phénomène d'infection putride. Dans ce cas, la guérison était impossible par n'importe quel mode opératoire. A l'autopsie, on trouva une ulcération du diaphragme produite par une sonde de caoutchouc, que la difficulté d'évacuer le pus d'une loge inférieure avait fait laisser à demeure.

Des 12 guéris, 2 avaient des fistules bronchiques avec pneumothorax, mais sans signes de tubercules. Un avait la plèvre remplie de kystes hydatiques suppurés, et les neuf autres étaient atteints de pleurésie purulente sans fistules, ni interne ni externe.

Sur ces 12 opérés guéris, 5 ont conservé des trajets fistuleux, qui se tarissent de temps en temps pendant huit ou dix jours, fournissent quelques gouttes de pus pendant quelques jours et se referment de nouveau.

L'un de ces cinq malades, après avoir été complétement guéri de sa fistule pendant plusieurs mois, est rentré dans le service avec une fistule rouverte depuis un mois et fournissant une grande quantité de pus fétide. Le trajet fistuleux était très-tortueux, et les injections tentées n'ayant pas pénétré, on dut en pratiquer la dilatation avec la laminaire, y introduire profondément un tube de caoutchouc, qui y a été laissé à demeure, et par lequel on a fait de nombreuses injections d'eau tiède et d'eau alcoolisée ; le pus s'est écoulé facilement, a perdu sa fétidité, et le malade a fini par guérir complétement, la fistule s'étant cicatrisée.

Sept malades ont guéri sans fistule. L'un d'eux a vu, au bout de quinze mois, se former un abcès superficiel sur la cicatrice ; il l'a ouvert lui-même, et, quelques jours après, il était guéri.

Chez tous les opérés de M. Moutard-Martin, même ceux qui sont morts plus tard, il s'est produit un soulagement immédiat, qui s'est prolongé plus ou moins longtemps.

Voici en somme les propositions qui résument à la fois ce travail et les opinions de notre savant confrère sur ce point important de pratique.

La pleurésie purulente peut guérir spontanément par évacuation de pus à travers les poumons, ou par l'établissement d'une ouverture cutanée et la persistance d'une fistule.

Le plus souvent, il faut avoir recours à une action chirurgicale destinée à évacuer artificiellement le pus contenu dans la plèvre.

La thoracentèse constitue un bon moyen d'évacuation du pus, et souvent de guérison complète.

Lorsque la thoracentèse répétée est insuffisante pour amener la guérison, il faut ouvrir une issue persistante au pus. — Le drainage et le siphon offrent souvent de grands avantages, mais ont aussi l'inconvénient de ne pas toujours fonctionner convenablement. — Cependant on leur doit de nombreuses guérisons.

Dans les cas où le drainage et le siphon ne suffisent pas à enrayer les accidents graves, il faut avoir recours à la large incision intercostale (opération de l'empyème) et aux lavages.

Dans un grand nombre de cas, l'opération de l'empyème est la seule qui puisse guérir, à cause des masses plus ou moins volumineuses et putrides contenues dans la plèvre et que ne pourraient évacuer ni la thoracentèse, ni le drainage, ni le siphon.

Quand, à la suite de la thoracentèse, on aperçoit que le liquide est floconneux, contenant des parties solides plus ou moins denses et volumineuses, il ne faut pas hésiter à avoir re-

cours à l'opération de l'empyème avant que la malade ait été épuisé par d'autres moyens.

Dr Brochin.

TUMEUR SÉBACÉE DU DOS

(Observation adressée à la Société de chirurgie par M. Letenneur (de Nantes), membre correspondant. — Séance du 6 novembre.)

Véronique F..., âgée de 69 ans, est entrée à l'hôpital de Nantes, salle de clinique, pour y être opérée d'une tumeur de la région dorsale. Cette tumeur a débuté il y a dix-huit mois par une induration de la peau avec d'assez vives démangeaisons. La malade, sujette à l'urticaire, crut qu'il s'agissait encore de cette éruption; mais bientôt une tumeur véritable se manifesta et prit un rapide accroissement.

Sur un point, vers la partie inférieure de la tumeur, la plaie s'enflamma; une petite ulcération eut lieu et donna issue à une grande quantité de liquide non purulent.

C'est alors que la malade vint à l'hôpital, le 10 septembre 1872. Sa santé générale est bonne, et elle ne se plaint que de la tumeur, dont elle désire être débarrassée en raison de la gêne qu'elle lui cause.

Cette tumeur occupe la partie supérieure du dos, particulièrement le côté gauche. Elle se présente sous la forme d'un large gâteau adhérant à la peau et mobile sur les parties profondes. Les mouvements de la tête dans différents sens démontrent que le muscle trapèze est tout à fait libre d'adhérences avec la face correspondante de la tumeur.

Celle-ci a 14 à 15 centimètres de hauteur et 10 à 12 de largeur; on peut la faire mouvoir dans tous les sens. Elle est dure dans presque toute son étendue, et bien que cette consistance soit assez uniforme, on trouve sur le trajet d'une ligne transversale des points beaucoup plus résistants et qui donnent la sensation du tissu cartilagineux.

En haut et en dehors, existe un kyste, gros comme une forte noix, qui fournit, par la ponction, un liquide limpide, à peine filant, analogue d'ailleurs au liquide qui s'écoule par l'orifice fistuleux correspondant à un kyste beaucoup plus volumineux, qui s'est vidé spontanément et dont les parois sont affaissées; il n'y a de douleur que dans ce seul point.

Rien dans l'aspect de la tumeur ne révèle une tumeur maligne : l'existence de deux kystes séreux, la dureté de la masse entière avec une sorte d'intersection de consistance cartilagineuse, me fit supposer qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs mixtes, dans lesquelles on trouve du fibrome, de l'enchondrome et des kystes. C'est dans ce sens que j'en parlai à M. Dolbeau, qui était alors à Nantes pour présider les examens. M. Dolbeau examina la malade et diagnostiqua un sarcome kystique.

Le samedi 20 septembre, je fis l'opération.

La malade, couchée sur le côté gauche, fut soumise à l'action du chloroforme, et l'anesthésie se produisit assez promptement.

Je circonscrivis la tumeur par une incision, en ménageant toutes les parties de peau qui n'étaient pas trop adhérentes. Je commençai à énucléer la tumeur, lorsqu'il me sembla que la malade ne respirait plus; au même instant, l'aide qui surveillait le pouls me dit qu'il ne le sentait plus. Nous plaçâmes promptement la malade sur le dos : elle était pâle, les lèvres bleuâtres, et en quelques instants nous vîmes se produire sur tout le visage et le cou une teinte cyanosée des plus prononcées. Les mâchoires étaient contractées, on les écarta et on s'empressa d'attirer la langue pour permettre à l'air d'arriver librement à la glotte.

On stimula les narines avec des linges imbibés d'ammoniaque; on frictionna la poitrine et on souffleta le visage avec des compresses imbibées d'eau froide.

Pendant qu'on allait chercher un appareil électrique, mes collègues, MM. Joüon et Laënnec, qui m'assistaient, saisirent chacun un des bras de la malade et, par des mouvements rhythmés d'élévation et d'abaissement, favorisèrent le retour de la respiration. Ce n'est qu'après un temps qui parut bien long à tous les assistants, qu'un mouvement respiratoire fut constaté; immédiatement, le pouls devint plus appréciable au doigt, et peu à peu la cyanose disparut, pour faire place à une teinte rosée de bon augure.

L'électricité fut appliquée quelques instants, mais alors tout danger avait disparu.

J'attendis quelques instants pour reprendre l'opération interrompue par cet incident; la tumeur fut enlevée en totalité, quelques ligatures placées sur les artères, qui donnaient lieu à un écoulement assez considérable de sang; la plaie fut pansée à plat, excepté en haut, où je pus fermer l'angle supérieur par quatre épingles (1).

Le lendemain de l'opération, la malade était dans l'état le plus satisfaisant et ne se ressentait plus des accidents causés par le chloroforme, accidents favorisés très-certainement par le décubitus sur le côté gauche.

La tumeur, examinée après l'opération, offre une forme ovulaire, elle a 14 centimètres de hauteur et 10 centimètres dans son plus grand diamètre transversal; son épaisseur est de 5 centimètres.

A la coupe, nous trouvons une masse compacte de matière sébacée granuleuse, traversée en un point par une cloison fibreuse; c'est au niveau de cette cloison que la pression avait fait supposer l'existence de tissu cartilagineux.

On retrouve les deux kystes observés pendant la vie; ils sont, dans leur fond, séparés de la matière sébacée par une membrane très-mince et transparente.

Il est rare de trouver des tumeurs sébacées ayant un pareil volume et une forme aussi aplatie. C'est ce qui explique comment la nature réelle de la masse morbide n'a pas été reconnue, et c'est à ce point de vue surtout que cette observation me paraît mériter quelque intérêt.

PLAIE DE LA VESSIE

(Lu à la Société de chirurgie dans la séance du 13 novembre 1872, par M. Perrin.)

M..., serrurier, âgé de 50 ans, d'une bonne santé habituelle, grand buveur d'eau-de-vie, était monté sur une échelle pliante pour poser des ferrements au haut d'une fenêtre, lorsque l'échelle a glissé en s'ouvrant sur le parquet, et il est tombé de manière à être empalé par le pied d'une chaise retournée sur une autre chaise.

Le sphincter de l'anus a été déchiré et le pied de la chaise s'est enfoncé de manière à pénétrer recouvert d'un morceau de pantalon, enlevé comme à l'emporte-pièce, jusque dans la vessie.

M... a été porté dans son lit, sans que la présence d'un morceau de drap dans sa vessie ait été le moins du monde soupçonné.

Les soins ont consisté dans la position élevée du siége et le rapprochement des lèvres de la plaie, qui était constamment baignée d'urine; puis des lavages répétés avec de l'eau pure ou légèrement chlorurée.

Une sonde, introduite le premier jour dans le canal de l'urèthre, pénétrait tantôt dans la vessie, tantôt dans le rectum à travers la plaie.

J'avais essayé de laisser séjourner une sonde dans la vessie, mais au bout de très-peu de temps, 24 heures à peine, elle avait créé une uréthrite très-douloureuse, accompagnée d'une légère suppuration; j'ai enlevé la sonde qui, du reste, n'empêchait pas l'urine de passer en totalité par le rectum.

En introduisant la sonde dans le canal, j'avais déterminé une contraction énergique de la vessie, de sorte qu'un jet assez considérable d'urine avait été projeté avec force et en assez grande quantité par l'anus. Et j'en fus d'autant plus surpris, que je pensais

---

(1) L'examen microscopique fait par MM. Després et Lannelongue a démontré qu'il s'agissait réellement d'un kyste sébacé.

qu'avec une plaie aussi large il ne devait presque plus rester d'urine dans la vessie.

Dans la suite, j'ai essayé plusieurs fois de provoquer de nouveau ces contractions en introduisant une sonde à quelques centimètres seulement dans le canal, et cela m'a réussi. Je pensais, en agissant ainsi, mettre la plaie dans de meilleures conditions, parce qu'elle me semblait pour un instant moins chargée d'urine.

Vers dix jours après l'accident, un peu d'urine a commencé à passer par le canal, puis, peu à peu, une plus grande quantité, et enfin après deux mois de traitement, l'urine passait en totalité par le canal, lorsqu'un jour mon malade s'est trouvé brusquement dans l'impossibilité d'uriner. Je l'ai sondé, et sans avoir éprouvé la moindre sensation de la rencontre d'un obstacle, sans même, je crois, avoir introduit la sonde jusque dans la vessie, l'urine est venue et est sortie à plein jet.

Cette impossibilité subite d'uriner s'était présentée trois ou quatre fois encore dans l'espace de cinq ou six jours, et avait toujours fini par céder après quelques tentatives pour uriner, ou avec la sonde, lorsque, dans la nuit du 28 au 29 avril, après plusieurs heures d'effort et de souffrance, une sorte de bouchon a été projeté violemment du canal et a délivré le malade pour l'avenir.

Ce bouchon, ramassé et déroulé, était très-facile à reconnaître; c'était un morceau de drap de 6 ou 7 centimètres carrés, qui avait été enlevé du fond de la culotte de M... pendant sa chute, et avait pénétré dans la vessie avec le pied de la chaise. Ce morceau, rapproché du pantalon, représentait *très-exactement la partie manquante*.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre 1872. — Présidence de M. Dolbeau.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des Hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Lyon médical*; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*; — la *Gazette médicale de Strasbourg*.

M. Giraldès offre à la Société : *Calendar annuaire du collége royal des chirurgiens*.

M. Perrin offre à la Société, de la part des auteurs, MM. Gaujot et Spielmann, leur ouvrage intitulé *Arsenal de la chirurgie contemporaine*.

M. Duplay dépose sur le bureau une note manuscrite intitulée *Note sur le traitement des fractures de cuisse chez les enfants nouveau-nés*. (Rapporteur, M. Guéniot.)

Prix Laborie. — La Société, consultée, décide qu'un mémoire expédié de Saint-Quentin à la date du 31 octobre, et arrivé à la Société en retard par suite de diverses péripéties non imputables à l'auteur, sera compris parmi les travaux admis au concours. Ce travail est intitulé *De l'énucléation du cristallin dans l'opération de la cataracte capsulo-lenticulaire*.

Ce travail est accompagné d'un pli cacheté avec cette épigraphe : « La sagesse dans les sciences consiste à n'adopter des grands maîtres que ce que la raison et l'expérience démontrent. »

MOTION D'ORDRE

M. le Président propose à la Société de décider qu'elle tiendra séance le jeudi 26 décembre pour remplacer la séance du mercredi 25, qui tombe le jour de Noël. (La Société adopte.)

ÉLECTION

M. Trélat prie un collègue de vouloir bien le remplacer à la commission du prix Duval.

La Société est appelée à élire un nouveau membre pour cette commission. M. Marjolin est élu à l'unanimité de suffrages, moins une voix accordée à M. Paulet.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. Giraldès met sous les yeux de la Société les dessins coloriés qui ont été exécutés pour reproduire les expériences qu'il a faites autrefois sur les chevaux, et dont il a entretenu la Société dans la dernière séance.

RAPPORTS

Kystes des mâchoires. — M. Tillaux. Une commission composée de MM. Germain, Duplay et Tillaux, rapporteur, a été chargée de vous rendre compte d'un travail de M. le docteur Magitot, intitulé *De la pathogénie des kystes des mâchoires*.

M. Magitot a voulu démontrer que l'évolution de tous les kystes des mâchoires se rattache au système dentaire. Pour arriver à ce but, M. Magitot a employé deux méthodes : la première a consisté dans l'examen et la critique de tous les faits qu'il a pu recueillir dans la science sur la question en France et à l'étranger.

M. Magitot est parvenu à rassembler un total imposant de 100 observations, dont un bon nombre s'appuient sur des pièces anatomo-pathologiques qui figurent dans diverses musées, ceux de Paris et de Londres en particulier.

Le deuxième mode de recherches que M. Magitot a mis en œuvre, a consisté dans l'étude et la détermination attentives de *huit* observations inédites, dans lesquelles le processus pathologique, les conditions anatomiques et les détails histologiques, sont devenus d'importants éléments de démonstration.

Plusieurs auteurs avaient déjà tenté d'établir le mécanisme de production de cette lésion. M. Forget, par exemple, dès 1840, avait admis l'intervention dentaire dans la production d'un certain nombre de kystes, et le terme *d'alvéolo-dentaire* par lequel il le désigne a été depuis lors assez généralement adopté. M. Guibout, de son côté, avait, en 1847, soupçonné que quelques poches kystiques avaient pour siége le follicule dentaire lui-même.

Dans son mémoire, M. Magitot, s'appuyant sur des travaux antérieurs d'embryogénie dont les plus importants lui sont communs avec M. Robin, cherche à établir une doctrine d'un caractère plus exclusif et plus absolu. Il affirme que tous les kystes des mâchoires sont dus à une condition particulière du système dentaire. Or, comme ce système parcourt dans son évolution deux phases : la phase *embryonnaire* ou *folliculaire* et la *phase adulte*, de même les kystes des mâchoires appartiennent tantôt au follicule dont le sac devient le centre de la néoformation, tantôt à l'organe entièrement développé et adulte, et c'est alors le périoste lui-même qui, soulevé par le liquide pathologique, devient le sac kystique. Acceptant la classification de M. Broca, M. Magitot désigne les premières sous le nom de *kystes progènes* des mâchoires, le sac préexistant à la production morbide, les seconds sous le terme de *kystes néogènes*, le périoste qui recouvre exactement la surface radiculaire de la dent ne pouvant pas permettre, suivant lui, l'assimilation à une cavité préalable. M. Magitot donne encore aux premiers le nom de *kystes folliculaires*, et aux seconds celui de *kystes périostiques*.

La pathogénie des *kystes folliculaires* repose sur des troubles de nutrition qui amènent dans l'intérieur de la follicule dentaire la production d'un liquide de densité et de nature variables. Une première distinction relativement au siége de ces kystes conduit à les diviser en *kystes à siège normal* lorsque le follicule affecté conserve sa position primitive, et *kystes hétérotopiques* si le follicule a subi un déplacement ou une anomalie de siége.

La production pathologique, dans les deux cas, s'accompagne, dès son début, soit d'un arrêt complet dans l'évolution des organes intrafolliculaires, soit de phénomènes divers.

Or, de même que les odontomes, si bien étudiés par M. Broca, suivant la période de l'évolution folliculaire à laquelle correspond leur début, varient dans leur constitution, de même les kystes fol-

liculaires se distinguent, suivant cette même époque de leur début, en :

1° *Kystes folliculaires de la période embryoplastique* avec ou sans masses fibreuses ou fibro-celluleuses représentant les débris des organes folliculaires, et principalement du bulbe;

2° *Kystes folliculaires de la période odonto-plastique* avec plaques en grains dentissaires, libres ou adhérents;

3° *Kystes folliculaires de la période coronaire*, c'est-à-dire contenant une ou plusieurs couronnes dentaires, normales ou atrophiques mais complétement formée histologiquement.

M. Magitot aborde ensuite la pathogénie de la seconde classe de kystes, les kystes périostiques.

Pour ceux-là, ce n'est plus un trouble d'évolution qui leur donne naissance, mais un état pathologique de l'organe dentaire : périostite simple, spontanée ou consécutive à d'autres lésions : traumatisme, etc. Dans tous ces cas, le périoste dentaire est soulevé par une production de liquide sécrété à sa face profonde. Le liquide est séreux ou visqueux, parfois sanguinolent on purulent. L'alvéole, distendue, refoule le tissu osseux ambiant, et la tumeur vient faire saillie sous la peau de la face, soit dans la cavité buccale, avec un volume qui peut atteindre celui d'une orange, du poing ou même d'une tête d'enfant.

Tels sont les deux processus auxquels se rattachent invariablement tous les kystes des mâchoires, d'après M. Magitot. Nous acceptons volontiers, messieurs, les opinions de l'auteur. Elles nous ont paru bien exposées, bien défendues, et nous n'y trouvons à faire aucune objection sérieuse. M. Magitot a tenté de tirer de ses études étiologiques une conclusion pratique. Il déclare qu'on ne devra plus jamais pratiquer de résection des maxillaires pour des kystes de ces os. On devra seulement, dit-il, ouvrir la poche, la vider de son contenu, et faciliter la rétraction de la lame osseuse repoussée par le produit morbide. C'est là, je pense, la pratique que suivent tous les chirurgiens, quand ils le peuvent. Mais il est des cas où l'os est tellement détruit qu'une résection partielle ou totale constituera toujours le seul mode de traitement rationnel et efficace.

Je vous propose, messieurs :

1° D'adresser des remercîments à M. le docteur Magitot pour sa très-intéressante communication;

2° De renvoyer son travail au comité de publication;

3° D'inscrire son nom parmi les candidats à la place de membre titulaire de notre Société.

M. GIRALDÈS. M. Tillaux n'a critiqué que la conclusion chirurgicale; il aurait pu, je pense, pousser la critique plus loin. Depuis Natalis Guillot, M. Magitot et Robin Valdmeyer, on a rattaché les kystes des mâchoires à une altération du follicule dentaire. Mais ces kystes, qui occupent surtout la mâchoire inférieure, ne représentent pas tous une seule et même chose. Ce n'est pas toujours un kyste à contenu filant; quelquefois ce kyste est multiloculaire. Il y a à Londres, à Saint-Georges-Hospital, un bel exemple de ce genre. La tumeur était dans l'épaisseur de la mâchoire, et il avait fallu enlever le maxillaire. A University-Collége, il y a des pièces analogues que j'ai étudiées. Les Irlandais ont produit des faits de kystes avec dilatation des os. On a fait l'évidement, râclé la surface interne du kyste, et ceux-ci se sont reproduits. Il y a donc autre chose que des kystes dus au trouble de l'évolution dentaire.

M. Magitot a laissé de côté des travaux où l'opinion que j'émets a été défendue, tout en admettant qu'il y ait des kystes ayant pour origine une maladie du follicule dentaire. Il ne faut pas méconnaître qu'il y a des kystes provenant d'une autre source, et il faut faire des réserves, et c'est pour cela que je regrette que M. Tillaux n'ait pas poussé plus loin la critique.

M. TILLAUX. Je n'ai pas d'objection à faire à la théorie proposée par M. Magitot; que d'autres auteurs pensent le contraire, je n'y fais point obstacle. J'ai vu deux cas où il me paraissait que le kyste avait pour origine le follicule dentaire. Quant aux kystes multiloculaires, ils ne sont pas inexplicables avec la théorie; car il y a des follicules multiples, et, d'ailleurs, un cloisonnement peut se produire dans un kyste primitivement uniloculaire. Dire que je suis absolument convaincu, ce serait aller trop loin; seulement, je dis que je n'ai aucune objection à faire aux preuves fournies par M. Magitot.

M. GIRALDÈS. Je ne reproche rien à M. Tillaux. Je souhaitais seulement qu'il critiquât la théorie.

Les dentistes anglais ont parlé des kystes dentaires bien avant M. Forget; les faits sont donc depuis longtemps connus à cet égard. Goodsir, Paget, Fergusson, ont vu de leur côté des kystes multiloculaires développés dans l'os, que l'évidement et le grattage ne guérissaient point et qui se reproduisaient. L'évolution de ces kystes est autre que celle des kystes dentaires; d'autres éléments que le follicule dentaire concourent à les produire. La maladie kystique des mâchoires ne saurait être rattachée à une seule origine, et j'aime mieux rester dans le doute sur l'origine de quelques-uns, que de les rattacher tous à la même cause. D'ailleurs, la théorie n'appartient pas à M. Magitot; il a mieux étudié la question, et surtout les kystes folliculaires, mais la théorie était connue.

M. TILLAUX. Je ne saisis pas bien en quoi il est préférable de dire qu'il y a des maladies kystiques des mâchoires de cause inconnue, que de les rattacher à une altération des follicules dentaires, ce que fait M. Magitot, et cela me paraît satisfaisant.

M. Giraldès nous objecte que la reproduction des kystes et leurs loges multiples sont contraires à la nature des kystes dentaires, mais ce n'est point là une preuve que les kystes ne sont point partis d'un follicule. Les kystes les plus variés de l'ovaire n'en sont pas moins nés dans l'ovaire, et je trouve que les raisons de M. Giraldès ne détruisent pas celles de M. Magitot.

M. GIRALDÈS. Paget a appelé les kystes de la mâchoire maladie kystique. Je me contente de cette expression vague plutôt que d'accepter une théorie qui n'est point prouvée. Il y a des kystes qui sont constitués par tout l'os. M. Magitot dit : Tel kyste s'est développé à telle époque; c'est tel élément qui le constitue. Tout cela est très-bien, mais il y a des kystes qui ne s'expliquent pas.

M. TILLAUX. M. Magitot a admis des kystes provenant d'une autre origine que le follicule dentaire, puisqu'il en fait provenir un certain nombre du périoste de l'alvéole.

M. VERNEUIL. M. Magitot a raison et M. Giraldès n'a pas tort. Il y a des kystes multiloculaires de l'os maxillaire inférieur qui ne viennent ni du follicule dentaire ni du périoste. J'en ai vu, mais ce ne sont point à proprement parler des kystes, bien qu'il y ait dans une poche principale des kystes en grand nombre; mais il y a des éléments fibro-plastiques, et la tumeur est un sarcome kystique; et ce sont ces faits qui donnent raison à M. Giraldès. Mais les kystes uniloculaires ou peu cloisonnés qu'on a observés, donnent pleinement raison à M. Magitot, et, grâce aux données que l'on possède aujourd'hui, on peut faire sur le vivant le diagnostic anatomique de la lésion.

Plaie de la vessie. — M PERRIN donne l'analyse de l'observation suivante du docteur Thouvenin de Vezelize, et conclut au renvoi au comité de publication. (Adopté.) (*Voir plus haut.*)

COMMUNICATION

Injections de silicate de soude dans la vessie contre l'état ammoniacal des urines. — M. DUBRUEIL. Les recherches de M. Dumas, celles de Rabuteau et de Papillon, ont établi que certains sels de soude, le borate et le silicate entre autres, jouissent de la propriété d'empêcher le développement des phénomènes de fermentation. Ces derniers chimistes ont constaté que, un gramme de silicate de soude mis dans cent grammes d'urine, empêchait cette dernière de subir la fermentation ammoniacale, fermentation qui résulte de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque.

Tous les chirurgiens savent que chez les malades atteints de dysurie et chez lesquels l'urine séjourne longtemps dans la vessie, il arrive souvent qu'elle présente, lors de son évacuation, une réaction alcaline et une odeur fortement ammoniacale due à la pré-

sence du carbonate d'ammoniaque, sel qui ne peut qu'exercer une action fâcheuse sur la muqueuse vésicale.

J'ai voulu voir si les choses se passeraient dans la vessie comme elles se passent dans une éprouvette, et si le silicate de soude injecté dans la vessie d'un malade atteint de dysurie empêcherait la fermentation ammoniacale. J'ai expérimenté sur un vieillard atteint d'hypertrophie de la prostate, dont les urines mêlées de muco-pus, exhalaient une odeur ammoniacale des plus désagréables. Des injections vésicales avec de l'eau alcoolisée, de l'eau phéniquée avaient sans succès été mises en pratique.

J'ai eu recours au silicate de soude; j'injectai cent cinquante grammes environ d'une solution au centième de silicate de soude, en recommandant au malade de la garder dans la vessie le plus longtemps possible.

Sous l'influence de cette médication, renouvelée tous les jours, les urines sont devenues limpides et ont perdu leur alcalinité ainsi que leur mauvaise odeur.

M. DOLBEAU. Je demanderai à M. Dubreuil de donner une observation complète, car avec les lavages et les évacuations répétées de l'urine, on prévient l'alcalinité de l'urine dans la vessie.

M. DUBREUIL. C'est parce que ces moyens classiques avaient été employés que j'ai eu recours aux injections de silicate de soude.

PRÉSENTATION DE PIÈCES

Luxation de l'épaule avec fracture du grand trochanter de l'humérus. — M. DUBREUIL. La pièce que je présente est une luxation intra-coracoïdienne de l'épaule, compliquée d'une fracture du grand trochanter de l'humérus. Le grand trochanter était placé dans la cavité glénoïde, ce qui gênait singulièrement le diagnostic.

La malade a succombé à une embolie de l'artère pulmonaire partie de la veine axillaire, du côté de la luxation.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(4e liste.)

Total des listes précédentes		1467 fr.
MM.	Hayem	20 fr.
	Calvis	20
	Albert Babault	20
	Moissenet	100
	Pouliot (de Poitiers)	20
	Marchal de Calvi	20
	Total	1667 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La lecture de la composition écrite pour le *concours d'agrégation* (chimie et anatomie) est terminée. Hier vendredi a commencé la deuxième série d'épreuves, qui consiste en une leçon de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation, sur une question de chimie ou d'anatomie et de physiologie.

Les candidats subiront cette épreuve dans l'ordre suivant : vendredi, MM. Bouchardat et Byasson (sur les *alcaloïdes artificiels*); lundi, MM. Legros et Farabouf; mercredi, MM. Duval et Gillette.

— L'épreuve orale pour le concours d'internat commencera lundi prochain, à quatre heures, à l'Assistance publique. La lecture de la composition écrite vient d'être terminée.

— *Concours de l'externat.* La première série d'épreuves (anatomie) vient d'être terminée; 14 séances y ont été consacrées; 20 élèves ont été appelés à chaque séance.

Voici la liste des questions qui ont été traitées (maximum, 20 points): Clavicule; conformation extérieure et rapports du cœur; artère fémorale; articulation temporo-maxillaire; tibia; aorte abdominale; rapports des poumons; articulation scapulo-humérale; os coxal; veines du membre supérieur; fosses nasales; muscles de l'omoplate; os temporal; diaphragme.

La seconde série d'épreuves (petite chirurgie et pathologie) est commencée. La première question a été: *du furoncle.* Le maximum des points à cette épreuve est également de 20.

La deuxième question, traitée avant-hier 21 novembre, a été: *De la brûlure.*

— L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 25 novembre 1872 :

1° Proclamation des prix décernés pour 1870 et 1871, et des sujets de prix proposés; — 2° Éloge historique du baron Plana, associé étranger de l'Académie, par M. Élie de Beaumont, secrétaire perpétuel; — 3° Éloge historique d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, membre de l'Institut, par M. Dumas, secrétaire perpétuel.

La séance commencera à une heure très-précise, au lieu de deux heures.

— *Hôpitaux de Nantes.* Le concours pour les places d'élèves internes et externes des hôpitaux vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes. — MM. Bureau, Mahot, Camus, Gruget, Ordronneau et Combeau.

Externes. — MM. Lebec, Goduchau, Lacambre, Dupas, Fleury, Marty, Poirier, Palvadeau, Beillevaire, Ménager, Charrier, Simonneau, Barrion et Legoff.

— Nous attirons l'attention de nos confrères sur l'effort que tente M. l'abbé Moigno pour faire entrer dans nos mœurs les soirées scientifiques. Il y a là une tentative des plus honorables, qui mérite le plus chaleureux appui de tous ceux que peut intéresser le progrès. Les soirées scientifiques de M. l'abbé Moigno ont lieu tous les soirs à huit heures, rue du Faubourg-Saint-Honoré, 30. Dorénavant, nous donnerons le programme de ces soirées sous la forme suivante :

Salles du Progrès. — Samedi 23 novembre. — Cours illustré d'astronomie; les étoiles, par M. André, de l'Observatoire national. — La race prussienne, par M. Rochet, professeur d'anthropologie.

Dimanche 24. — Cours d'histoire universelle, par M. l'abbé Régnaud. — La terre avant la création de l'homme, tableaux et légendes, par M. Fossier. — Concert spirituel sous la direction de M. Adrien Gros.

Lundi 25. — Cours illustré de géographie : l'Espagne, avec de vues très-nombreuses, par M. Joran. — Les vêtements incombustibles, par M. Maumené.

— A propos de l'article que nous avons publié dans le numéro du 12 octobre dernier, M. le docteur Papillaud et M. Mousnier, pharmacien, nous prient de rappeler que leurs travaux sur l'association du fer et de l'arsenic comme reconstituant remontent à l'année 1860.

— M. le docteur J.-A. Fort commencera un cours d'*anatomie des régions appliquée à la chirurgie* le mardi 26 novembre, à huit heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Le lundi 2 décembre, M. Fort recommencera un cours particulier d'anatomie, aux mêmes heures que le précédent. Ce cours durera jusqu'à la fin de mars.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

SIROPS ET VINS AROUD AU QUINA
ET A TOUS LES PRINCIPES NUTRITIFS SOLUBLES DE LA VIANDE

Médicament aliment d'une supériorité incontestable sur tous les vins de quina et sur tous les toni-nutritifs connus, renfermant tous les principes solubles des plus riches écorces de quina et de la viande, représentant, par 30 gr., 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. — *A la même base et à la même dose :* SIROP FERRUGINEUX AROUD. SIROP CONCENTRÉ AROUD. VIN AROUD au Malaga. BONBONS, PATES, PASTILLES AROUD. VIN FERRUGINEUX AROUD. — Dépositaires : Paris, DELAVIGNE, rue Quincampoix, 70; HUGOT, rue des Blancs-Manteaux, 19; MILLEVILLE, pharm., 7, rue du Rocher.

Produits de L'EUCALYPTUS (Globulus), par DELPECH et ARDISSON

Capsules à l'Essence pure d'Eucalyptus (Eucalyptol), la boîte **2 fr. 50.**

Alcoolature, Sirop, Vin, Extrait Liniment, etc. Les préparations d'EUCALYPTUS donnent de grands succès contre les *Affections du poumon et du larynx, Voies urinaires, Phthisie, Fièvres intermittentes, Goutte, Rhumatisme, Pansement et désinfection des plaies.*

Pharmacie **DELPECH**, rue du Bac, 23, PARIS. — Laboratoire à CANNES, pharmacie **ARDISSON.**

La pharmacie DELPECH prépare les **Capsules à l'extrait éthéré de cubèbe.**

SIROP DÉPURATIF
D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
A L'IODURE DE POTASSIUM

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien.

2, rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.

Les médecins les plus célèbres, spécialement M. le docteur Ph. Ricord et M. le professeur Nélaton, ont choisi pour excipient de l'iodure de potassium le Sirop d'écorces d'oranges amères bien préparé. L'expérience prouve qu'uni à ce sirop, l'iodure de potassium perd sa propriété irritante sur la membrane muqueuse de l'estomac ; que jamais il ne détermine d'accès gastralgiques, qu'il s'assimile facilement et que l'intégrité des fonctions est toujours sauvegardée. Comme la cuillerée à bouche, pesant 20 grammes, contient exactement 40 centigrammes d'iodure, et la cuillerée à café, pesant 5 grammes, en contient 10 centigrammes, on arrive, soit d'emblée, soit graduellement, aux doses adoptées par les thérapeutistes.

Dépôt à Paris, rue Neuve-des-Petits-Champs, 26.

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. FELHING (de Stuttgart), FRITSCHE (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs,* sous forme de vin, Élixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie HOTTOT, 24, rue des Lombards, Paris.

HUILE DE HOGG
(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — Médaille honor. 2, rue Castiglione, Paris.

Dragées Chantrel **au bromure de potassium,** *chimiquement pur (sans trace d'iode)*

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Epilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez DESNOIX et Cᵉ, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

DRAGÉES CARBONEL
AU PERCHLORURE DE FER

Préparation nouvelle, inaltérable, très-efficace contre les *hémorrhagies* (épistaxis, hémoptysies, métrorrhagies, hématurie, dysentérie, *purpura hemorrhagica,* etc.) ; *la leucorrhée, l'anémie et la chlorose, la diarrhée chronique, l'albuminurie,* etc. — Médicament tonique, analeptique, antilymphatique. CARBONEL, Avignon, et rue Richelieu, 31, Paris.

DRAGÉES
DE PROTO-IODURE DE FER
ET DE MANNE
DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées ont sur tous les autres ferrugineux l'incomparable avantage d'être aussitôt dissoutes qu'arrivées dans l'estomac, et, en outre, celui non moins important de ne jamais constiper. — 3 fr. le flacon de 100 dragées.

DRAGÉES D'IODURE DE POTASSIUM
(20 CENTIGRAMMES DE SEL PAR DRAGÉE)
DE L. FOUCHER (d'Orléans)

Ces dragées remplacent la saveur désagréable de la solution par le goût agréable d'un bonbon ; le dosage est des plus commodes, puisque cinq dragées représentent un gramme d'iodure. Enfin la fidélité du médicament est constante, puisqu'au lieu d'être décomposé comme avec la solution, l'Iodure de Potassium arrive dans l'estomac sans avoir subi la moindre altération. — 4 francs en flacon de 100 dragées.

DRAGÉES ET ÉLIXIR
AU PROTOCHLORURE DE FER
Du Docteur RABUTEAU

LAURÉAT DE L'INSTITUT (Académie des sciences).

Ces préparations, les plus rationnelles et les plus efficaces, puisqu'il est maintenant prouvé que le fer, pour être assimilé, doit être transformé en protochlorure dans l'estomac, ne produisent pas de constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Vente en gros chez CLIN et Cᵉ, 14, rue Racine (Paris). — Détail dans toutes les pharmacies.

SIROP ET DRAGÉES
DE DESPINOY

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui accompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

ÉLIXIR ET VIN DE COCA
De Joseph BAIN, pharm. inventeur.

Tonique et fortifiant, stimulant énergique, puissant réparateur des forces épuisées. — Convient merveilleusement, en raison de ses *propriétés alibiles,* là où le quinquina est impuissant.

Pastilles digestives de Coca, feuilles de Coca, 56, rue d'Anjou-Saint-Honoré.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

Ce sirop, résultat de la combinaison intime du goudron de Norwége et du monosulfure de sodium inaltérable, est, en raison de sa puissance modificatrice des muqueuses, prescrit avec succès dans les *bronchites aiguës et chroniques* et dans la *tuberculose* quand l'expectoration est très-abondante. Il remplace avec avantage, sans en présenter les inconvénients, l'huile de foie de morue et les Eaux-Bonnes naturelles. Il est journellement ordonné pour combattre les *maladies de peau.*

Pharm. CROSNIER, 7, r. des Filles-St-Thomas.

Le vrai sirop dépuratif anti-scorbutique du docteur PORTAL

se prépare spécialement et exclusivement à la pharmacie SAGE-DANZEL, rue de Buci, nº 7, à Paris.

« Cher Monsieur James,

« Ayez la bonté de m'envoyer, pour l'usage de « mes enfants, un litre de votre excellent sirop « anti-scorbutique, dont j'ai pu bien souvent con- « stater la bonne préparation.

« Dʳ FODÉRÉ. »

Dans la même pharmacie se trouve tout préparé le Quinquina jaune Royal, pour faire le vin soi-même et instantanément ; préparation également très appréciée. — 1 fr. 15 la dose pour un litre.

CONSOMPTION
PHTHISIE, DIARRHÉE CHRONIQUE
RACHITISME, DIABÈTE au dernier degré.

Traitement par l'ÉLIXIR alimentaire de DUCRO.

VIANDE CRUE ET ALCOOL

très-utiles dans les convalescences, l'anémie, l'épuisement. Prix : 3 fr. 50 à la Pharmacie, 32, rue Rambuteau. — **Gros,** 8, rue Neuve St-Augustin, **Paris.**

VIN DE QUINQUINA D'ABBADIE
AU MALAGA.

Rue Sainte-Apolline, 21 (*Porte Saint-Denis*), Paris.

Ce vin qui, depuis 1844, est préparé avec le plus grand soin, **avec des quinquinas choisis et d'excellent vin,** se recommande à MM. les médecins qui veulent prescrire l'emploi d'une préparation sûre et toujours identique.

Ce vin, d'une saveur agréable, est parfaitement pris par les enfants, les vieillards, les convalescents, et par toutes les personnes dont l'estomac est délicat.

Dépôts dans toute la France.

SHERRY-KINA

Le plus agréable et le meilleur tonique.

C'est le vin de quinquina préféré par nos sommités médicales, à cause de la qualité exceptionnelle du quinquina et du vin (Xérès de la marque Calvairac A.G.C., de Séville). La bout., 4 fr. Paris, Pharm. **Thommeret-Gélis,** 32 faub. Montmartre. Dépôt des **Granules et Bains sulfo-alcalules,** remplaçant les **eaux sulfureuses naturelles** pour boisson et bains. — Dans toutes les pharmacies.

Chloral perlé Limousin. — Le flacon de 40 capsules-dragéifiées, à 25 cent., 3 fr. — Sirop de chloral : 3 fr. le flacon.

Sulfovinate de soude, purgatif nouveau. fl. 1 f. 50

Oxygène. INHALATEUR. Location pour Paris, 5 fr. la semaine. Gaz à 0,10 c. le litre.

Protoxyde d'azote. Gazetsolution. — Pharm. LIMOUSIN, 2 bis, r. Blanche, place de la Trinité.

CONTREXÉVILLE
(SOURCE DU PAVILLON)

SEULE DÉCLARÉE D'INTÉRÊT PUBLIC

INFAILLIBLE CONTRE LA GOUTTE

LA GRAVELLE ET LES MALADIES DES VOIES URINAIRES

TRINQUESSE, 23, rue de la Michodière, Paris.

N° 137. — MARDI 26 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 26 NOVEMBRE 1872. — N° 137.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires. Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. Séance d'installation. — HÔPITAL DE LA CHARITÉ. Fractures par armes à feu ; guérison sans suppuration osseuse (M. Gosselin). — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 25 novembre 1872.

Nous venons de recevoir communication de la séance d'installation de la Faculté de médecine de Nancy, et nous avons hâte de souhaiter la bienvenue à cette Faculté destinée à continuer le souvenir de notre si regrettable école de Strasbourg.

On verra, dans le document important que M. le doyen Stoltz a lu devant l'assemblée, tous les efforts tentés pour rendre facile à la Faculté de médecine de Nancy le rôle si important qui lui est dévolu de servir d'intermédiaire entre la France et l'Allemagne scientifiques. La création d'un Bulletin spécial destiné à nous tenir au courant des travaux allemands est une innovation que l'on ne saurait trop louer.

Nous appelons encore l'attention du lecteur sur la création de la bibliothèque. La Faculté de médecine de Strasbourg est transférée à Nancy, mais ce qui ne peut y être transféré, c'est sa bibliothèque.

Reportons-nous donc au 5 septembre 1870, à l'heure où nos cœurs étaient si cruellement déchirés par les nouvelles de nos affreux malheurs. Rappelons-nous tous les vœux que nous formions pour la reconstitution de la bibliothèque de Strasbourg, et puisqu'il ne nous est pas accordé aujourd'hui de donner suite à nos ardents désirs, n'oublions pas que Nancy n'est autre chose que Strasbourg, et qu'il nous appartient de consacrer à la Faculté nouvelle tous les efforts que nous voulions concentrer sur la malheureuse capitale de notre chère Alsace. Que chacun de nous ouvre donc sa bibliothèque, qu'il y choisisse non-seulement ses *doubles*, mais qu'il fasse mieux, qu'une édition rare, qu'une collection importante en soit retirée et adressée au vénérable doyen de la Faculté de médecine de Nancy. Que chacun de nous fasse ainsi, et peu à peu le groupement de tant d'efforts formera une bibliothèque deux fois précieuse, puisque le patriotisme aura doublé la valeur des dons. Et vous, chers confrères, qui avez le regret de ne pas laisser derrière vous d'héritiers de votre science et de votre honorabilité professionnelle, pensez à la Faculté de Nancy, léguez vos livres à sa bibliothèque.

Que nos malheurs publics élèvent nos âmes, et qu'ils nous laissent au moins parmi tant d'enseignements celui d'avoir plus confiance en nous et de comprendre que nous pouvons beaucoup par nous-mêmes, sans le secours du pouvoir. Que la bibliothèque de Nancy se crée par les dons volontaires des médecins français ; nous aurons alors la mesure de ce que peut faire l'initiative individuelle, et la profession saura en tirer parti un jour.

Saluons donc la nouvelle Faculté de médecine de Nancy, et puisse-t-elle adoucir — sans la faire oublier — la douleur profonde que nous cause la disparition de la Faculté de médecine de Strasbourg !

Dr E. LE SOURD.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

SÉANCE D'INSTALLATION

Le samedi 9 novembre 1872, à 3 heures de l'après-midi, sous la présidence de M. Dareste, recteur de l'Académie, et en présence de tout le corps enseignant de la Faculté, a eu lieu l'installation de la Faculté de médecine de Nancy.

M. DARESTE souhaite la bienvenue à la nouvelle Faculté, et donne la parole à M. Stoltz, doyen.

M. STOLTZ lit d'abord le décret de transfert de la Faculté de médecine de Strasbourg, et proclame les noms des professeurs. (Voir notre numéro du 5 octobre 1872.)

Il prononce ensuite l'allocution suivante :

Messieurs,

L'École de médecine de Strasbourg, érigée en Faculté en 1808, a fonctionné pendant quatre-vingts ans dans cette antique cité de l'Alsace, dont l'esprit et le cœur étaient devenus si français depuis la Révolution de 89.

Des événements auxquels personne ne s'attendait et qui ont été désastreux pour la France entière, mais pour nous en particulier, ont été suivis de la suppression de l'Académie de Strasbourg, la seule, après celle de Paris, qui réunît alors toutes les Facultés.

Le décret dont vous venez d'entendre la lecture transfère la Faculté de médecine de Strasbourg à Nancy, ville française la plus rapprochée de celle qu'elle quitte.

Quelques-uns de nos anciens collègues ont été surpris par la mort, victimes pour ainsi dire des événements ; d'autres ont saisi le moment de notre inaction forcée pour demander à faire valoir leurs droits à la retraite.

Le décret du 1er octobre reconstitue la Faculté en comblant les vides par des nominations nouvelles, et en augmente l'importance par l'adjonction des professeurs de l'École préparatoire de médecine de Nancy, supprimée.

Le gouvernement s'est montré libéral envers nous, dans l'intention d'élever la nouvelle Faculté au niveau de celle qu'il a perdue, et surtout de créer une digne émule à celle qui s'organise dans nos provinces annexées.

Chargé de vous initier avec mes collègues qui sont restés fidèles à la mère-patrie et qui connaissent nos traditions aux exigences d'un service aussi important que celui d'une Faculté de médecine, je mettrai tous mes soins et toute l'énergie dont je suis capable à faire prospérer la Faculté nouvelle.

Je ne doute pas, messieurs, de votre concours bienveillant, de votre assiduité et de votre influence morale, pour donner à notre institution le lustre que le travail uni au talent peuvent attirer sur un corps aussi considérable que le nôtre, et qui, dans ce moment surtout, attire les regards et excite l'attention de tout le public médical, non-seulement de la France, mais aussi de l'étranger.

Immédiatement après, le doyen déclare qu'il a reçu, le matin, une lettre de M. le ministre de l'instruction publique, et donne lecture de ce document à l'assemblée.

Paris, novembre 1872.

Monsieur le Doyen,

Si les circonstances l'avaient permis, je n'aurais cédé à personne l'honneur de présider la première réunion des membres de la Faculté. Je vous prie de leur donner lecture de cette lettre, à l'ouverture de la séance. Ils y trouveront une nouvelle preuve de ma vive sollicitude pour les intérêts dont ils reçoivent aujourd'hui le dépôt. Je n'ai certes aucun besoin de stimuler leur zèle et le vôtre, monsieur le Doyen, mais je veux vous dire à tous les vœux que je forme pour cette grande École qui prend place, dès aujourd'hui, parmi nos institutions scientifiques, et qui ne tardera pas, je l'espère, à y tenir un des premiers rangs.

J'aurais vivement souhaité que ses constructions complémentaires, dont vous m'avez soumis les plans, fussent achevées avant l'ouverture des cours. Malgré nos désirs et tout le zèle du conseil municipal, nous avons bien vite reconnu que cela n'était pas possible. Il faut nous résigner à commencer avec une installation modeste. Le talent des maîtres, l'application des élèves, nous aideront puissamment à obtenir des pouvoirs publics les ressources nécessaires pour achever les constructions et l'aménagement.

Les livres qui formeront le noyau de votre bibliothèque ont coûté à mon administration 54,804 fr.; elle a dépensé 96,186 fr. en instruments et en produits chimiques. Outre les bâtiments dont vous prenez possession, la ville vous a donné des terrains et une somme de 300,000 fr. Le conseil général, de son côté, y ajoute 50,000 fr. L'État, la ville, le département feront les sacrifices nécessaires pour que la Faculté soit toujours abondamment pourvue de tout ce que réclame l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie et des sciences accessoires. Il faut que chacun de vos élèves puisse avoir sa place marquée dans les salles de préparation, et y être entouré de plus d'instruments et de moyens de travail qu'on en trouve dans les anciennes Facultés. C'est le but que nous nous proposons et que nous atteindrons.

On n'a jamais élevé contre la création de la Faculté de Nancy qu'une seule objection, tirée du petit nombre de vos hôpitaux. Il ne faut ni s'exagérer, ni se dissimuler la portée de cette objection. L'Allemagne compte vingt Facultés de médecine. Celles de Vienne, Munich, Prague, Leipsig, Berlin et Breslau sont situées dans des centres plus populeux que Nancy; mais beaucoup d'autres, qui ont un rang dans la science et dont les travaux font autorité, telles que Greiswald, Gœttingue, Wurzbourg, Heidelberg, Bonn, n'offrent pas à leurs élèves les ressources cliniques que vous avez dès à présent. On peut donc vivre, on peut donc prospérer dans un milieu tel que celui ci; et, sans parler de l'accroissement probable de la population de Nancy, on ne saurait douter que l'éclat de la Faculté et la présence de tant de médecins distingués ou illustres n'y multiplient assez vite les établissements hospitaliers.

Je suis informé que d'importantes usines s'établissent aux environs de Nancy. Il est évident que ces nouveaux centres de population formeront, pour la capitale de la Lorraine, une vaste banlieue, qui lui demandera des livres pour ses écoles et des soins pour ses malades. Avec le télégraphe et un service de transport analogue à celui qui est établi entre les hôpitaux de Paris et l'asile de Vincennes, les chefs d'industrie auront tout avantage, sous le double point de vue de l'excellence du traitement et de la diminution de la dépense, à verser leurs malades dans leurs hôpitaux. Cette transformation de vos ressources médicales est inévitable et prochaine. Cependant, il est de notre devoir de chercher les éléments de notre supériorité dans une autre voie. Nancy est une ville studieuse, où les lettres et les sciences ont toujours été cultivées, qui veut et qui peut être une capitale intellectuelle ; elle a un musée curieux, une riche bibliothèque, une Académie, un ensemble de Facultés complet. Elle fera des savants, ce qui nous manque un peu ailleurs, et ce qui ne l'empêchera pas, sans doute, de faire aussi des praticiens. Le personnel de la Faculté est très-nombreux, toutes les branches importantes de la science médicale y sont représentées ; la plupart des chaires comptent un titulaire et un adjoint ; les agrégés feront des cours libres : nulle part, en France, il n'y aura ni cours si nombreux, ni une liberté aussi ample. Les élèves, au lieu d'être perdus dans la foule, seront l'objet de soins particuliers ; ils seront personnellement connus de leurs maîtres ; ils pourront les consulter sur la direction de leurs lectures et de leurs travaux, faire leurs expériences sous leurs yeux et avec leur secours, acquérir même, par de laborieuses recherches, et jusque sur les bancs de l'École, une certaine notoriété. Si même l'érudition les tentait, il faudrait s'en applaudir. L'histoire de la médecine est l'histoire d'une grande chose et un grand côté de l'histoire générale de l'esprit humain.

J'ajoute que la situation de Nancy, en face de l'Allemagne, lui crée un devoir particulier. Jusqu'ici nous avions trop vécu et trop pensé entre nous ; c'est tout récemment que nous avons senti le besoin d'apprendre les langues étrangères, de visiter les Universités de nos voisins, de tirer profit de leurs théories et de leurs découvertes. La Faculté de Nancy peut être comme un vaste atelier dans lequel viendra aboutir toute la science élaborée en Allemagne, pour être, de là, répandue dans les Écoles françaises, après avoir été soumise à une sévère et judicieuse critique. Je crois qu'il y a pour vous, dans cette voie, beaucoup de gloire à acquérir et beaucoup de services à rendre ; et c'est pour vous y aider que j'ai pris la résolution de donner à votre bibliothèque une organisation particulière et de créer le *Bulletin médical de Nancy*.

Je veux que vous soyez abonné à toutes les publications médicales de l'Allemagne, que vous puissiez acheter non-seulement les livres, mais les thèses et les mémoires de quelque valeur qui paraîtront chez nos voisins. Vous me ferez le plus tôt possible un rapport sur la dépense que ces acquisitions pourront occasionner, et je me mettrai en mesure d'y pourvoir. Vous ne pouvez manquer de recevoir un grand nombre de dons, surtout si l'on sait, et on le saura promptement, que vos livres sont bien soignés et bien employés. Le catalogue de la bibliothèque sera constamment tenu à jour; vous me présenterez, dans le cours du premier semestre, un projet de règlement pour la lecture et le prêt à domicile. Vous ferez ouvrir immédiatement un registre où seront inscrits, à leur date, les dons qui seront faits. MM. les professeurs, le jour de leur installation, et les docteurs, le jour de leur réception, signeront sur ce registre l'obligation contractée par eux de ne rien publier sans en faire hommage à la bibliothèque. Vous désignerez une salle où seront disposés et catalogués tous les doubles, afin de faciliter les échanges; enfin, vous dresserez un catalogue par ordre de matières et un catalogue par ordre d'auteurs. Vous nommerez, en assemblée de la Faculté, une commission de surveillance de la bibliothèque, qui présidera à tous les services et m'adressera, tous les ans, deux rapports, l'un à Pâques, et l'autre en juillet. Ces précautions prises dès le premier jour vous épargneront plus tard, ou épargneront à vos successeurs, bien des difficultés. Il faut penser et agir, dès à présent, comme si vous aviez une des bibliothèques les plus importantes de l'Europe.

Le Bulletin médical sera l'œuvre exclusive de la Faculté; je me chargerai des frais; vous m'adresserez vos propositions à cet égard, aussitôt que vous aurez pu étudier les conditions matérielles de la publication. Ce bulletin sera purement bibliographique et consacré aux livres, brochures et journaux périodiques allemands, sans aucun mélange de bibliographie française et de nouvelles, même scientifiques. Les notices devront être proportionnées à l'importance et à la valeur des ouvrages; tantôt, il suffira de quelques lignes, et tantôt il pourra être utile de consacrer un bulletin tout entier à l'analyse et à la critique d'un livre considérable. Si même il se produisait en Allemagne un écrit dont la traduction vous semblât nécessaire, vous me feriez des propositions pour une traduction complète qui aurait lieu sous les auspices de la Faculté.

Nous avons eu bien rarement en France un recueil bibliographique vraiment instructif. Les auteurs des articles ou notices, n'y attachant pas leur nom, et ne comptant pas sur ce genre de travail pour acquérir de la célébrité, les écrivent rapidement et se préoccupent plutôt de rendre service aux auteurs que d'éclairer les lecteurs. En confiant à la Faculté de Nancy l'exécution du bulletin médical, j'espère arriver à un résultat tout différent. Ce sera, monsier le doyen, une de vos principales attributions de choisir pour l'examen d'un écrit le professeur ou l'agrégé qui vous semblera le plus compétent. La Faculté se réunira chaque mois dans une séance académique pour vous assister dans ce travail et pour entendre les notices qui ne seront jamais insérées qu'après avoir été lues et approuvées en commun. La responsabilité se partagera entre la Faculté et l'auteur. L'auteur signera de ses initiales pour les courtes notices, et de son nom pour les notices développées. Le numéro portera mention de l'approbation du doyen et de sa signature. Je suis persuadé que dès l'apparition du recueil, il fera autorité dans le corps médical. Messieurs les rédacteurs en auront le sentiment, ils sauront que leur jugement sera accepté, leurs conseils suivis; ils apporteront à ce travail la même gravité et les mêmes scrupules que dans leurs consultations. De son côté, la Faculté ne se laissera influencer dans l'acceptation et le remaniement des articles, ni par le nom du rédacteur, ni par celui de l'auteur, ni par un esprit de système ou de rivalité; elle ne considérera uniquement que les intérêts de la science. Servir la science et l'humanité, c'est votre premier devoir comme professeurs. Je sens cela si profondément, je suis tellement sûr, en vous rappelant ces maximes, d'exprimer votre propre pensée, qu'il me semble jouir par avance du juste orgueil que nous inspireront dans quelques années votre réputation de savants, de maîtres et de juges.

La participation de MM. les agrégés à la rédaction du bulletin aura pour leur carrière une importance décisive. Le nom des plus laborieux et des plus sagaces ne tardera pas à être connu dans le monde médical. Le décret d'institution de la Faculté leur assure d'ailleurs tous les droits dont jouissent en Allemagne les professeurs extraordinaires. Ainsi nous leur donnons tout ce qu'un savant peut souhaiter: les ressources en livres, en instruments, en produits chimiques dont la Faculté sera abondamment pourvue; un recueil périodique qui leur ouvrira l'accès des publications médicales les plus renommées; le droit d'enseigner librement. La Faculté pourra inscrire leurs cours sur son programme, et leur accorder l'usage de ses propres amphithéâtres. Il résultera de cette institution nouvelle pour les étudiants un accroissement de ressources, pour les jeunes maîtres les droits et les avantages de la liberté, pour tous une émulation salutaire. Vous aurez soin, monsieur le doyen, de rendre compte de vos rapports annuels de l'enseignement donné par les agrégés; votre appréciation, qui sera pour eux un titre d'honneur, fournira à l'administration des renseignements utiles pour le recrutement du personnel.

Indépendamment de l'assemblée mensuelle, qui sera une séance académique destinée à la rédaction du bulletin, il sera nécessaire de se réunir fréquemment pour les affaires courantes. Le décret du 16 avril 1862 avait singulièrement amoindri l'initiative de la Faculté de médecine de Paris, en décidant que l'assemblée ne pourrait se réunir qu'avec autorisation du ministre, et en limitant ses délibérations à de simples avis concernant l'enseignement et la discipline. Ces dispositions restrictives ont été abrogées par le décret du 9 novembre 1870, rendu sur ma proposition et qui restitue explicitement à la Faculté de Paris, et implicitement aux Facultés de Montpellier et de Nancy la plénitude de leurs droits.

Vous aurez donc vos assemblées ordinaires aussi fréquemment que vous le jugerez convenable, et vous en réglerez librement l'ordre du jour, en y faisant entrer toutes les questions qui pourront intéresser l'enseignement et la discipline de la Faculté. Je ne crois pas, comme mon prédécesseur, que l'autorité centrale soit affaiblie par ces délibérations; je crois, au contraire, qu'elle en est fortifiée, d'abord parce qu'elle y puise d'utiles renseignements, et ensuite parce que tout ce qui accroît l'importance et la dignité des membres de l'Université accroît l'Université elle-même. Les professeurs ne sont pas des fonctionnaires ayant chacun sa tâche séparée, soumis à des règlements et à un chef et dont la mission est terminée quand ils ont fait leurs leçons et assisté aux examens; ce sont les membres d'une même famille, qui doivent avoir les mêmes soucis, puisqu'ils ont les mêmes élèves et qu'ils sont chargés d'en faire de bons médecins, c'est-à-dire des gens de cœur et d'honneur, prêts à tous les dévouements, et aimant avec une égale passion la science et l'humanité. Être l'École où se forment les jeunes praticiens et les jeunes savants, leur apprendre leur devoir, le leur faire aimer, développer en eux le goût et la passion des études sérieuses, leur servir de modèles, quand ils entrent à leur tour dans la carrière, les suivre attentivement, les fortifier par des conseils et des récompenses, les recevoir à la clinique, à la bibliothèque, comme les enfants de la maison, leur indiquer des travaux, leur faire connaître les sources, les aider dans leurs préparations et leurs expériences, user à leur égard, quand il le faut, de l'autorité et même de la sévérité d'un père, tenir à la considération de cette marque D.M.N. qui va figurer cette année pour la première fois au-dessous de la signature des docteurs; c'est un ensemble de devoirs, monsieur le doyen, qu'on ne peut exercer qu'en commun, et l'honneur d'avoir une telle charge est si grand qu'il crée entre les membres d'une Faculté le plus noble et le plus sacré des liens.

Les Facultés de médecine et les Facultés des sciences ont entre elles des rapports nécessaires; notre législation universitaire fait une obligation aux étudiants en droit de suivre les leçons de la Faculté des lettres; vos élèves ne pourraient fréquenter, sans grand profit pour leurs études, le cours de philosophie. Enfin, dans beaucoup d'Académies, les bibliothèques de ces écoles ne forment qu'une même collection. Il semblerait donc, au premier abord, qu'il doit exister entre les Facultés situées dans une même ville, et parfois installées dans le même édifice, des relations fréquentes en échange de services permanents; j'ai constaté cependant que trop souvent un isolement volontaire, une sorte d'indifférence réciproque était comme une régle tacitement consentie que chacun se faisait un devoir d'observer. Avec cette doctrine du chacun chez soi, qui est peut-être le produit d'une réglementation excessive, on perd le bénéfice de la concentration de plusieurs Facultés sur un même point, on exagère abusivement, en mainte occasion, le chiffre de nos dépenses, en contraignant l'administration à acquérir, en double et triple exemplaires, des instruments ou des livres coûteux; on substitue au sentiment de responsabilité collective qui seul fait la force et la dignité des corps, le souci exclusif du groupe auquel on appartient; on peut voir, en un mot, passer le désordre et s'y croire étranger. Cet ordre de choses est un mal auquel il faut porter remède. L'art. 15 du décret du 22 août 1854 prévoyait que, dans chacune de nos Académies, le recteur réunirait tous les mois, « en comité de perfectionnement, » les doyens des Facultés. La pensée était excellente, mais elle devait avoir pour conséquence d'établir, entre les chefs de nos grands établissements, une communauté de vues et d'action que l'on jugea sans doute au moins superflue, car je n'ai pas trouvé trace des délibérations de ces comités. M. le recteur vous fera connaître que je lui ai donné l'ordre d'instituer, dans le plus bref délai, ces réunions régulières que je juge indispensables. Chacun de MM. les doyens signalera au comité de perfectionne-

ment es faits de quelque importance qui se seront produits au sein de la Faculté pendant le mois écoulé. Il indiquera les besoins auxquels il conviendrait de pourvoir et les améliorations qu'il jugerait utile de réaliser, soit au moyen des ressources personnelles dont il dispose, soit en empruntant les secours de ses collègues. Le comité portera spécialement son attention sur toutes les questions d'intérêt commun, et je place au premier rang les divers détails qui se rattachent à la condition des élèves, aux facilités des études qui leur sont offertes dans la Facuté à laquelle ils appartiennent, et dans les autres Facultés dont ils voudraient suivre les cours. Ces réunions, d'ailleurs, établiront vos relations d'une manière plus intime avec le chef de l'Académie. Je rétablis ainsi, autant qu'il est en moi, l'Université de Nancy, et je lui donne toute la liberté dont une famille et un corps savant ont besoin, sans rien ôter à ce qu'il y a d'efficace et de bienfaisant dans l'autorité centrale.

Je suis persuadé, monsieur le doyen, que toutes les idées que je viens d'exprimer sont aussi les vôtres et celles de vos collaborateurs. Je sais quels étaient les sentiments de l'illustre Faculté dont vous avez été le chef. Vos collègues sortis de l'École de Nancy ont les traditions de cette ville, où les sciences et les lettres ont été de tout temps cultivées avec amour. Ils ont été, avant vous, les pères autant que les maîtres des jeunes gens qui vont suivre vos leçons. Vous vous unirez tous avec moi dans un commun effort pour que la jeune Faculté de Nancy prenne rapidement sa place au premier rang de nos écoles savantes.

Je vous prie d'agréer, monsieur le doyen, et de faire agréer à nos collaborateurs, l'assurance de ma haute considération et de mon affectueux dévouement.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes.

La séance est levée.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Gosselin.

Fractures par armes à feu. — Guérison sans suppuration osseuse (1).

Notre traitement a consisté, comme pour le blessé dont je vous parlais tout à l'heure, dans l'emploi d'une gouttière en fil de fer pour l'immobilisation du membre, dans l'usage du lit mécanique, et l'application de cataplasmes froids, les premiers jours, de cataplasmes tièdes à partir du sixième jour. J'ai retiré deux petites esquilles mobiles qui se présentaient à la surface de la plaie, et j'ai recommandé à tous les élèves de s'abstenir, comme moi, de toute exploration des parties profondes avec le doigt ou un instrument quelconque.

Vous avez été témoins, chaque jour, des phénomènes ultérieurs. Le malade n'a pas eu de fièvre et a toujours mangé; son articulation a peu gonflé, et n'est pas devenue chaude; à aucune époque, la pression exercée sur les parties latérales du genou n'a fait sortir de pus par la plaie primitive; aucun abcès en communication avec l'articulation n'a dû être ouvert. Il est certain, en un mot, que, malgré la pénétration, la synoviale articulaire n'a pas suppuré, et cependant, il y a eu, comme chez le malade précédent, suppuration au niveau de la plaie et élimination d'eschares; il y a eu même expulsion de plusieurs petites esquilles appartenant aux couches extérieures de la rotule. Seulement, le bonheur a voulu que l'inflammation restât superficielle, et n'envahît pas l'articulation. De là l'absence des symptômes graves et des conditions qui auraient pu amener les fusées purulentes profondes de la cuisse, la fièvre traumatique intense et continue, l'infection purulente, l'épuisement.

Ce n'est pas que ce malade ait été exempt de douleurs. Vous l'avez entendu dire souvent qu'il avait souffert du genou, pendant la nuit, quelquefois pendant le jour, vous l'avez vu indiquer le côté interne du genou comme étant le siége principal de ces douleurs. Celles-ci, en les rapprochant de l'épanchement et du gonflement léger dont nous avons constaté la présence, m'ont autorisé à vous dire qu'il y avait là très-certainement une arthrite consécutive, que cette arthrite pourrait bien se terminer par une ankylose incomplète et un certain degré d'infirmité, mais que c'était une arthrite plastique, c'est-à-dire non suppurante, et que là était la chose importante au point de vue de la conservation de la vie et de la conservation du membre.

Nous avons eu même à observer chez ce malade une autre souffrance, qu'à partir du trentième jour il a accusée souvent, en s'en plaignant beaucoup. Celle-ci se trouvait au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, et au niveau des articulations tarsiennes. Elle s'accompagnait d'un gonflement qui ne permettait pas de douter de l'existence de nouvelles arthrites spontanées surajoutées à l'arthrite traumatique du genou correspondant. Existait-il entre cette dernière et les autres une relation de cause à effet? Je ne l'ai pas pensé, et j'ai attribué celles-ci à une influence rhumatismale et à une simple coïncidence. Je me suis demandé seulement si l'influence rhumatismale ne s'était pas ajoutée, pour le genou, à la cause traumatique, et n'expliquait pas l'intensité et la persistance des douleurs que le malade a ressenties, sans pour cela perdre l'appétit, ni être pris de fièvre. Quoi qu'il en soit, toutes ces arthrites sont restées non suppurantes, et aujourd'hui, quatre mois après l'accident, la plaie primitive est depuis longtemps cicatrisée, la rotule est consolidée, sans offrir d'irrégularités ni d'écartement interfragmentaire. Elle est restée mobile, mais très-peu, sur le fémur; le tibia est également mobile sur ce dernier; il n'y a donc pas d'ankylose par fusion; mais néanmoins les mouvements de flexion et d'extension sont très-limités et encore douloureux. Il y a par conséquent une ankylose incomplète dans l'extension, et nous espérons, au moyen des douches sulfureuses, du massage, des mouvements communiqués matin et soir à l'articulation en leur donnant une étendue de plus en plus grande, arriver à la diminution de l'infirmité qui résulte de cette ankylose incomplète.

Cherchons maintenant ensemble, messieurs, les conditions qui ont pu expliquer, chez ces deux malades, l'absence de la suppuration profonde. Les unes sont appréciables, les autres inappréciables.

Parmi les premières, je vous signalerai :

1° L'étroitesse des ouvertures faites par le projectile, et conséquemment l'étroitesse présumable du trajet parcouru. Lorsque les ouvertures d'entrée et de sortie sont très-larges, elles sont en même temps plus déchirées et plus contuses; l'inflammation suppurative qui s'y développe est plus intense, et a d'autant plus de chances de se propager à tout le trajet. De même celui-ci est d'autant plus exposé à la suppuration de toutes les partie traversées, qu'il est plus large et plus contus. Nous pouvons donc attribuer en partie les suites heureuses observées chez nos deux blessés, à cette première circonstance que, les plaies et les trajets ayant été faits par un projectile peu volumineux, et la contusion n'ayant pas été très-intense, l'inflammation suppurative est restée modérée et s'est circonscrite aux téguments, le reste de la solution de continuité s'étant cicatrisé sans

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 19 et 21 novembre 1872.

suppuration, et par ce que nous appelons généralement première intention;

2° L'abstention de manœuvres exploratrices. N'oubliez pas, messieurs, que l'introduction des instruments, et surtout celle du doigt dans une blessure récente, augmente dans une proportion que je ne veux pas exagérer, mais qui est réelle, les chances d'intensité, et par conséquent de propagation aux parties profondes, de l'inflammation suppurative. Les incisions qui agrandissent les ouvertures, soit en vue de favoriser ces mêmes explorations, soit sous prétexte de débridement, augmentent également ces chances, car vous savez que la réunion immédiate est d'autant plus difficile et d'autant moins probable que les solutions de continuité ont plus d'étendue;

3 Le soin que nous avons pris, comme dans tous les cas de ce genre, d'immobiliser le mieux possible, afin d'éviter l'accroissement de la phlegmasie qui peut être la conséquence du mouvement des fragments et de l'irritation des parties molles;

4° Peut-être l'existence d'une fracture simple non ou peu comminutive; je dis peut-être, car nous ne pouvons jamais être bien renseignés sur ce point que par les explorations dont je parlais plus haut. Or, ces explorations n'ayant pas été faites, je suis obligé de rester et de vous laisser dans le doute. Remarquez seulement que si, dans une fracture par coup de feu, la multiplicité des fragments est à juste titre considérée comme une des causes de l'intensité de l'inflammation suppurative, elle n'en est pas nécessairement la cause occasionnelle. En effet, les fractures comminutives non exposées ou sans plaie ne suppurent presque jamais. Quand les fractures comminutives exposées suppurent, cela tient surtout à l'envahissement primitif des parties molles par la suppuration et à la propagation consécutive de celle-ci vers les fragments osseux, dont les esquilles multiples sont des conditions d'accroissement plutôt que des conditions d'origine pour la phlegmasie suppurative.

Mais j'ai dit tout à l'heure que l'absence de suppuration des parties profondes pouvait s'expliquer aussi par des causes insaisissables. Je fais allusion ici à ce qui intervient pour une large part dans la pathogénie de toutes les phlegmasies, savoir l'aptitude individuelle, ce que nous appelons aussi l'*idiosyncrasie*.

Tous les sujets ne sont pas également prédisposés à l'inflammation suppurative. Il est possible que nos deux blessés aient été du nombre de ceux qui y sont peu prédisposés, et que ce soit la cause principale des résultats heureux que nous avons observés. Nous n'avons pu, à cet égard, être renseignés par aucun document, soit avant, soit après l'évolution des phénomènes consécutifs, et tout en admettant l'intervention de cette condition, nous sommes obligés de rester dans le vague sur la part qu'il convient de lui faire.

Restent maintenant les déductions thérapeutiques générales à tirer de ces deux faits et des faits semblables, aujourd'hui assez nombreux, qui ont été observés par d'autres chirurgiens (1). Elles se présentent d'elles-mêmes à vos esprits. Ces manœuvres exploratrices dont je parlais plus haut, et qui ont pour but de faire reconnaître, dès le début, dans les fractures compliquées, le degré de lésion et d'attrition des parties molles, la présence des corps étrangers venus du dehors, l'état de la fracture et la multiplicité plus ou moins grande des fragments et des esquilles libres (primitives de Dupuytren), ces manœuvres, dis-je, qui nous conduisent à l'ablation immédiate des corps étrangers et des esquilles, quelquefois à l'opportunité d'une amputation, ne conviennent qu'à une catégorie de faits, ceux dans lesquels les ouvertures extérieures et le trajet étant larges et très-contus, l'inflammation suppurative, celle de l'os comme celle des parties molles, peut être considérée comme inévitable. En pareil cas, l'introduction des instruments et des doigts ne peut guère ajouter au danger de la suppuration, et elle a le grand avantage de mettre la blessure dans des conditions plus favorables.

Il n'en est plus de même lorsque les ouvertures et le trajet sont étroits. Nous savons, d'après les deux faits que je viens de citer, et ceux qui ont été récemment rapportés par le docteur Boinet (1) le prouvent également, qu'en pareille circonstance, la suppuration des parties profondes, surtout de l'os et de la cavité articulaire, peut manquer, et que si elle manque, le blessé sera soustrait à ce qui est la cause presque exclusive de la mort dans les blessures de ce genre. Par conséquent, abstenons-nous de tout ce qui pourrait provoquer cette inflammation suppurative, source de tous les dangers. L'introduction des instruments, quels qu'ils soient, celle du doigt surtout, l'agrandissement des ouvertures extérieures avec le bistouri amèneraient inévitablement ce résultat. Donc il est formellement indiqué de s'abstenir. Peut-être la suppuration profonde arrivera-t-elle néanmoins, mais vous aurez du moins la satisfaction de ne pas l'avoir provoquée, et de rester innocent des suites malheureuses que pourra avoir la blessure. Sans doute le diagnostic anatomique restera imparfait, Mais qu'importe, en présence de l'espoir que vous avez d'obtenir ce grand résultat : l'absence d'ostéo-myélite suppurante aiguë et putride. Si, d'ailleurs, malgré votre prudence, ce que vous vouliez éviter arrive, vous pourrez ultérieurement, du sixième au dixième jour, c'est-à-dire aussitôt que la suppuration sera établie, faire les incisions et les explorations que vous vous étiez interdites le premier jour.

Vous me direz sans doute que, dans la pratique, il vous sera difficile de déterminer si la plaie est de celles qu'il faut considérer comme petites et par conséquent favorables à la non-suppuration, ou de celles qu'on a le droit de considérer comme larges, vouées à la suppuration et autorisant par conséquent les manœuvres d'exploration. Ma réponse est très-nette. Je ne considère comme larges que les plaies qui laissent passer facilement, sans effort de la part du chirurgien et sans souffrance pour le blessé, le petit doigt. Toute plaie qui n'admet pas aisément le petit doigt, et qui ne pourrait être explorée qu'avec le stylet, la sonde cannelée ou la sonde de femme, est une plaie pour laquelle on a le droit d'espérer la possibilité de la non-suppuration dans les parties profondes, et qu'il faut ranger dans la catégorie des petites, c'est-à-dire de celles pour lesquelles les manœuvres d'exploration sont interdites les premiers jours; et dans les cas où, le contact du petit doigt étant trop douloureux, vous ne pourriez déterminer de suite si, en réalité, cette introduction est facile ou difficile, appliquez le principe : *Dans le doute, abstiens-toi*, c'est-à-dire adoptez provisoirement l'opinion la plus favorable au blessé, celle d'une fracture qui peut-être préservée des grands dangers de l'ostéo-myélite suppurante aiguë.

(1) Voir Millotiano, thèse. Paris, 30 novembre 1871.

(2) Boinet, *Gaz. des hôpitaux*, 1871, p. 251.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(5e liste.)

Total des listes précédentes		1667 fr.
MM. Ferras	20 fr.	
Audiguier	5	
Barrié	5	
Louis Choussy	20	
Total		1717 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 novembre 1872, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur.

Au grade de commandeur: M. Colmant, médecin inspecteur; officier du 16 avril 1856; 41 ans de services, 21 campagnes.

Au grade d'officier : MM. Marture, médecin principal de 1re classe; chevalier du 15 août 1860; 31 ans de services, 11 campagnes — Ladureau, médecin principal de 2e classe; chevalier du 26 juin 1851; 37 ans de services, 12 campagnes. — Quatrefages, pharmacien-major de 1re classe; chevalier du 7 juin 1865; 31 ans de services, 17 campagnes.

— *Ecole de pharmacie de Paris.* M. Bussy, professeur de chimie à l'école supérieure de pharmacie de Paris, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année classique 1872-73, par M. Riche, agrégé de ladite école.

M. Chevalier, professeur de pharmacie à ladite école, est autorisé à se faire suppléer, pendant la même année, par M. Bourgoin, agrégé.

— *Faculté des sciences de Marseille.* M. Dieulafait, docteur ès sciences naturelles, est chargé du cours de géologie et minéralogie à la faculté des sciences de Marseille, en remplacement de M. Lespès, décédé.

— *École de médecine de Lyon.* — Sont nommés : M. le docteur Humbert Mollière, chef de clinique médicale; M. Daniel Mollière, chef de clinique chirurgicale; M. Le Bermon, prosecteur; M. F. Aillaud, aide prosecteur; M. Turge, préparateur de chimie; M. Magnin, préparateur d'histoire naturelle.

M. Letiévant est maintenu pour un an dans les fonctions de chef des travaux anatomiques.

— *École de médecine de Bordeaux.* — La distribution des prix aux élèves de l'École a eu lieu le 21 novembre.

Le prix triennal de 400 francs accordé à la meilleure thèse soutenue par un des anciens élèves de l'École de médecine, a été partagé cette année entre MM. Lande et Pourteyron.

Les prix suivants ont été décernés aux élèves de médecine :

3e *année.* — 1er prix : *ex æquo*, MM. Boursier et Testut. — 2e prix : M. Charrier. — Mentions honorables : MM. Castex et Roumieu.

2e *année.* — 1er prix : M. Arnozan. — 2e prix : M. Ramonède. — Mentions honorables : MM. Hosteing, Lefour et Troquart.

1re année. — 1er prix : M. Bitot. — 2e prix : *ex æquo*, MM. Lalesque et Pousson. — Mention honorable : M. Servantie.

Les prix suivants ont été décernés aux élèves en pharmacie.

1er prix : M. Jandet. — 2e prix : *ex æquo*, MM. Gerlie et Samie.

Prix Barbet. (Manipulations chimiques) : M. Daudy.

— *Ecole de médecine de Besançon.* M. Delacroix, professeur de pharmacie et toxicologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire de ladite école.

— *Ecole de médecine de Dijon.* M. Collette, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les chaires d'anatomie et de physiologie, et chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Gautrelet, appelé à d'autres fonctions.

— *Ecole de médecine de Lille.* M. Castelain, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, en remplacement de M. Follet, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Wintrebert, suppléant pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé chef des conférences de chimie, de physique et des manipulations chimiques à ladite école.

M. Hallez, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux, est nommé suppléant des chaires de clinique à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

Un emploi de chef de clinique est créé à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille.

— *Ecole de médecine de Tours.* M. Leclerc, professeur d'histoire naturelle médicale et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Barnsby, suppléant pour les cours de chimie et d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale et matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Leclerc.

M. Picot, docteur en médecine, est nommé suppléant pour les cours de chimie et d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, en remplacement de M. Barnsby.

— *Hôpitaux de Bordeaux.* — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-Jean s'ouvrira le 31 janvier 1873.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 20 janvier 1873 inclusivement, à la mairie de Bordeaux, division de la police administrative.

— *Écoles normales primaires.* M. le docteur Riant est nommé médecin de l'école normale primaire de Paris.

Il sera chargé, en outre, du cours d'hygiène.

— L'enseignement libre, malgré les ressources restreintes dont il dispose, se place avec avantage, par d'incessants progrès, et bien mieux encore que par un décret, à côté de l'enseignement officiel. Nous en trouvions samedi une nouvelle preuve en voyant M. le docteur Mallez user, pour ses démonstrations, des projections photomicrographiques donnant des grandissements de trois mètres de pièces diverses : cellules vésicales, rétrécissements de l'urèthre, calculs vésicaux, dépôts urinaires, etc., etc.

Les 150 auditeurs qui remplissaient l'amphithéâtre no 3 de l'École pratique applaudirent à cette innovation.

M. Mallez se propose de faire, dans une de ses prochaines leçons, une nouvelle série de projections, et nous prendrons soin d'en informer nos lecteurs.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur F. Voisin, médecin honoraire de Bicêtre, associé national de l'Académie de médecine, décédé à Vanves, le 23 novembre 1872, à l'âge de 78 ans.

— M. le docteur Georges Camuset nous prie d'annoncer qu'il est absolument étranger au baptême du *vomitif Camuset*, dont l'inventeur est un de ses homonymes.

— *Salles du Progrès.* — Mardi, 26 novembre. — Cours illustré d'histoire naturelle, par M. Oustalet. — Les accidents, et les moyens d'y remédier en l'absence du médecin.

Mercredi, 27. — Cours de physique illustrée : les Météores ou phénomènes de l'atmosphère, avec de nombreux tableaux, par M. l'abbé Moigno. — Suite des accidents.

— *Collège de France.* — M. Louis Ranvier, directeur-adjoint au laboratoire d'histologie, y commencera des conférences mardi,

26 novembre, à 3 heures et demie, et les continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure.

— *Clinique médicale de la Charité.* — M. le docteur Ch. Bouchard agrégé, suppléant de M. le professeur Bouillaud, commencera son cours le jeudi, 28 novembre, à 9 heures et demie, et le continuera les samedis et jeudis suivants, à la même heure. — Le mardi, leçon de diagnostic.

Visite et interrogation des malades, tous les jours à 8 heures et demie.

— M. le docteur Auguste Ollivier, agrégé à la Faculté de médecine, chargé du cours d'*histoire de la médecine*, commencera ce cours mardi 26 novembre, à 5 heures, et le continuera le samedi, à 4 heures, et les mardis suivants, à 5 heures.

— Très-belle clientèle médicale à céder immédiatement dans une petite ville près Rouen. Médecin du chemin de fer. Recettes : 8 à 9,000 francs. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etude médico-légale sur les attentats aux mœurs, par Ambroise Tardieu, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 304 pages, avec 4 planches gravées. 6e édition. Paris, 1873. — Prix : 4 fr. 50. — J.-B. Baillière et fils.

Des tremblements, par le docteur Charles Fernet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8° avec pl. — Prix : 3 francs. — Paris, P. Asselin.

Du cancer de la langue, par le docteur Théophile Anger, chirurgien des hôpitaux de Paris. Grand in-8° avec planches. — Prix : 3 francs. — Paris, P. Asselin.

De l'apoplexie pulmonaire, par le docteur Duguet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, P. Asselin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette.	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259 (chaux et magnésie)	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
odure alcal. arsenic lit..	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre..........		1.33
Silicate acide		
Arséniate »	sesqui-oxyde de fer	
Phosphate »		0.44
Sulfate »		
— de chaux..........		
Chlorure de sodium..........		
Matières organiques..........		

Cette eau est arsenicale ; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

ERGOTINE
DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes ; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

SIROP SÉDATIF

D'ÉCORCES D'ORANGES AMÈRES
AU BROMURE DE POTASSIUM
De J.-P. LAROZE, pharmacien,
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Tous les médecins s'accordent à reconnaître au bromure de potassium, chimiquement pur, une action sédative et calmante sur tout le système nerveux. Réuni au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères, dont l'action régulatrice des fonctions de l'estomac et des intestins est universellement appréciée, il est administré sans crainte d'aucun accident, chez les adultes, dans les affections du cœur, des voies digestives et respiratoires, les névroses en général et les maladies nerveuses de la grossesse ; chez les enfants pour calmer l'agitation, l'insomnie et la toux pendant la dentition. Son dosage mathématique permet aux médecins d'en augmenter ou d'en diminuer la dose suivant le cas. — Le flacon : 3 fr. 50 c. — Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharms.

PAPIER RIGOLLOT
POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

EPILEPSIE
HYSTERIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

GLOBULES ALLOUIN
A l'essence d'EUCALYPTUS (Eucalyptol)

L'*Essence d'Eucalyptus globulus* est employée depuis plus de cinq années par M. le professeur **Gubler**, qui a expérimenté les Globules **Allouin**, et en a obtenu les meilleurs résultats dans le traitement des affections aiguës et chroniques des voies respiratoires. Le flacon, 4 fr. ; le demi-flacon, 2 fr. 25. Dépôt, *gros et détail*, pharm. **Allouin**, 75, avenue des Ternes, et pharm. **Thommeret Gelis**, 32, faubourg Montmartre. — Dépôt de tous les produits tirés de l'*Eucalyptus : Teinture, Cigarettes, Prises de poudre, Vin, Pilules d'extrait, Sirop, Liniment, etc.*, et dans toutes les pharmacies.

DISSOLUTION DU FER DANS L'HUILE DE FOIE DE MORUE
Présentée à l'Académie de médecine le 4 décembre 1866.

HUILE DE FOIE DE MORUE FERRÉE
AU BENZOATE DE FER

Dosée au 100e — Dosée au 100e

De E. GODIN, Pharmacien des hôpitaux.

1. Le benzoate de fer permet d'unir dans une seule préparation les deux principaux reconstituants : *le fer et l'huile de foie de morue.*

2. L'huile ferrée au benzoate de fer *complétement désinfectée* ne donne pas de renvois, et réussit merveilleusement aux enfants, aux personnes faibles et lymphatiques, aux phthisiques dont elle calme la toux, dans la scrofule, *et dans tous les cas où l'huile de foie de morue convient.*

VIN TRIDYNAMIQUE

du docteur **GOURVAT**, pharmacien, lauréat des hôpitaux de la Faculté.

QUINA, COCA ET CACAO AU MALAGA

Ce vin renferme les principes actifs des trois plus puissants toniques de la matière médicale ; d'une saveur douce et agréable, il est éminemment stimulant, fortifiant et réparateur. On peut dire qu'il accumule les forces dans l'économie. 1 à 2 cuillerées à bouche chaque fois. — 25, *rue Paul Lelong. Paris.*

EMULSION DE GOUDRON VÉGÉTAL DE LE BEUF

Seule préparation contenant le Goudron ni altéré, ni modifié.

M. Adrian, dans un travail très-intéressant publié en 1867 (*Bull. de thérap.*, t. LXXII, p. 407), a montré que les *alcalis*, comme les acides, modifient le *goudron* au point de *dénaturer* presque complétement la nature du médicament ; il s'ensuit que toutes les *liqueurs concentrées* qui se sont mutuellement copiées, et qui ne sont que des solutés de savon de goudron avec un excès de carbonate de soude, n'offrent plus, comme dit le docteur Gubler (1), certaines qualités de l'*eau de goudron*, et ne sauraient, par conséquent, remplacer facilement celle-ci dans tous ses usages.

Pour ce motif, le GOUDRON LE BEUF, obtenu par l'intermédiaire d'un corps complétement *neutre*, la Saponine (2), donne un produit qui offre sur tous les autres l'avantage énorme et *absolument indispensable*, de présenter la substance médicamenteuse *ni altérée, ni modifiée*, et possédant toutes les propriétés thérapeutiques qui caractérisent le *goudron naturel.*

Doses : *une cuillerée à café* pour un verre d'eau, ou *une cuillerée à bouche* par litre.

Dépôt à Paris, 25, rue Réaumur (ancien 3), et dans toutes les pharmacies.

(1) *Commentaires thérap. du Codex*, par A. GUBLER. — Article Goudron végétal, page 143. Paris, 1868.
(2) Principe immédiat contenu dans la *Saponaire* et auquel cette plante doit ses vertus dépuratives et rafraîchissantes. Mais la *Saponine*, corps neutre comme la gomme et le sucre, se trouve en si petite proportion dans cette émulsion (2 millièmes), qu'on peut négliger son action sur l'économie.

PRODUITS HYGIÉNIQUES ET MÉDICAMENTEUX DE P. RAMEL
A L'EUCALYPTUS GLOBULUS

Préparés par **E. CLIN**, Pharmacien, Docteur en médecine, ex-interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine, etc.

C'est à **M. P. RAMEL** que l'on doit l'introduction en Europe de l'*Eucalyptus globulus*, et c'est lui qui le premier a signalé à l'attention du monde scientifique tous les avantages que l'on pouvait tirer de cette plante remarquable pour la guérison de diverses maladies. Un grand nombre de praticiens distingués ont constaté et démontré l'excellence des produits de l'*Eucalyptus* pour le traitement **des affections des bronches et du larynx, des maladies de poitrine, de la phthisie, de l'asthme, des fièvres intermittentes, des douleurs rhumatismales, des maladies de la vessie et des voies urinaires, des névralgies, pour le pansement des plaies.**

Globules d'Eucalyptol (*Essence pure d'Eucalyptus*). — Pilules. — Alcoolature. — Cigares. — Cigarettes. — Sirop. — Vin. — Baume. — Liqueur digestive, etc.

Pharm. CAYLUS, carrefour de l'Odéon, 10. Vente en gros chez G. MATHEY et CLIN, rue Racine, 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — ACADÉMIE DES SCIENCES : Prix décernés. — Éloge historique de Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 27 novembre 1872.

Lundi a eu lieu la séance annuelle de l'Académie des sciences, sous la présidence de M. Liouville. On sait que le malheur des temps n'avait pas permis de tenir cette solennité l'année dernière ; l'Académie avait donc à proclamer les prix de 1870 et 1871. On trouvera plus loin, au procès-verbal de la séance, le nom des heureux lauréats : nos lecteurs y trouveront plusieurs de nos collaborateurs et applaudiront avec nous à leur succès.

Deux éloges ont été prononcés dans la séance. L'un, celui du baron Plana, célèbre mathématicien italien ; l'autre, celui de Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Nous ne nous arrêterons pas au premier, qui a paru à l'auditoire un peu long, non-seulement à cause de la nature même des études spéciales du savant, mais aussi parce que l'honorable M. Élie de Beaumont a prouvé une fois de plus qu'on peut être un savant de premier ordre sans avoir reçu les dons non pas de l'éloquence, mais de la simple lecture.

Quelle différence, lorsque M. Dumas s'est levé et à prononcé avec le talent de parole qu'on lui connaît l'éloge de Geoffroy Saint-Hilaire ! Nous avons voulu que nos lecteurs assistassent, au moins de loin, à cette fête de l'intelligence, et nous reproduisons plus loin cette remarquable page d'histoire. Les réflexions se pressent dans l'esprit à cette lecture, mais nous croyons devoir laisser à chacun le plaisir de les formuler.

Nous publierons prochainement le programme des questions mises au concours par l'Académie pour les années 1873, 1874 et 1875.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle. — Présidence de M. LIOUVILLE.

PRIX DÉCERNÉS

—

ANNÉE 1870

—

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Bréant. — Une récompense de 5,000 francs, totalité de l'intérêt annuel du legs, est accordée à M. Chauveau pour ses expériences sur les virus et les maladies virulentes.

Prix Montyon, médecine et chirurgie. — Deux prix de 2,500 francs sont accordés : 1° à M. Gréhant, pour ses recherches physiologiques et médicales sur la respiration de l'homme ; 2° à M. Blondlot pour une série de mémoires concernant des questions litigieuses de médecine, de chimie toxicologique et de physiologie.

Trois mentions honorables de 1,500 francs : 1° à M. Bérenger-Féraud, pour son ouvrage intitulé : « Traité de l'immobilisation directe des fragments osseux dans les fractures » ; 2° à M. Duclout, pour son ouvrage intitulé : « Relation de trois cas de fistules vésico-vaginales, etc. » ; 3° à M. Léon Colin, pour son Traité des fièvres intermittentes.

Quatre citations honorables : 1° à M. Raimbert ; 2° à M. Bucquoy ; 3° à M. Hayem ; 4° à MM. Krishaber et Peter.

Prix Godard. — Prix décerné à M. J. Jolly pour son travail sur le cancer de la prostate.

Mention honorable à M. Puech pour son Mémoire sur les atrésies.

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon, physiologie expérimentale. — Prix partagé entre M. Chantran pour ses observations sur l'histoire naturelle des écrevisses, et M. A. Gris, pour son Mémoire sur la moelle des plantes ligneuses.

Mention honorable à M. Méhay pour ses études sur la betterave à sucre.

Encouragements à MM. Chéron et Goujon pour leurs recherches sur les propriétés fonctionnelles des nerfs et des muscles pendant la vie intra-utérine.

PRIX GÉNÉRAUX

Prix Montyon, arts insalubres. — Prix de 2,500 francs, décerné à M. Goldenberg pour les moyens de salubrité mis en pratique dans ses usines.

Encouragement de 2,000 francs : à Mlle C. Garcin et à M. Adam pour leur couseuse automatique, et à M. le docteur Louvel pour son procédé de conservation des grains dans le vide.

CHIMIE

Prix Jecker. — MM. de Clermont, Gal et Grimaux obtiennent chacun, comme encouragement, une somme de 1,700 francs, pour leur travaux de chimie organique.

BOTANIQUE

Prix Barbier. — Prix décerné à M. Personne pour l'ensemble de ses recherches sur le chloral.

Prix Desmazières. — Prix décerné à M. de Notaris, pour son ouvrage intitulé : « Epilogo della Briologia italiana ».

Citation honorable à M. C. Roumeguère pour son ouvrage ayant pour titre : « Cryptogamie illustrée, ou histoire des familles naturelles des plantes acotylédones d'Europe. »

Prix Thore. — Prix décerné à M. J.-C. Schiodte pour son ouvrage sur les métamorphoses des coléoptères.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE

Prix Bordin, anatomie comparée des annélides. — Prix décerné à M. Léon Vaillant pour l'ensemble de ses travaux.

Prix Savigny. — Prix partagé entre M. Issel pour son ouvrage intitulé : « Malacologia del Mar Rosso » et M. Mac-Andrew, pour ses recherches sur la faune malacologique de la mer Rouge.

STATISTIQUE

Prix Montyon, statistique. — Prix décerné à M. A. Potiquet pour son ouvrage intitulé : « l'Institut de la France, etc. »

Mentions honorables : 1° à M. A. Thévenot, pour la partie relative à l'agriculture de son ouvrage intitulé : « Statistique générale du canton de Ramerupt ; 2° à M. A. Castan, pour son mémoire intitulé : « De l'influence de la température sur la mortalité de la ville de Montpellier ».

ANNÉE 1871

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Bréant. — La récompense de 5,000 fr., totalité annuelle du legs, est partagée entre M. Grimaud (de Caux), pour ses recherches concernant la transmissibilité du choléra, et M. Tholozan, pour son ouvrage intitulé : « Origine nouvelle du choléra asiatique, etc. »

Une mention honorable est accordée à M. Bourgogne fils pour son ouvrage portant pour titre : « Épidémie cholérique dans les communes de Condé, Vieux-Condé, Fresnes et Escaupont pendant l'année 1866.

Prix Chaussier. — Le prix est décerné à M. Tardieu, pour ses travaux de médecine légale.

Prix Montyon, médecine et chirurgie. — Deux prix de 2,500 fr. sont décernés : 1° à MM. Lancereaux et Lackerbauer, pour leur Traité d'anatomie pathologique ; 2° à M. le docteur Chassagny, pour son ouvrage intitulé : « Méthode des tractions soutenues. Le forceps considéré comme agent de préhension et de traction, etc. »

Des encouragements de 1,200 fr. sont accordés : 1° à MM. Coze et Feltz pour leurs recherches sur les maladies infectieuses, etc. ; 2° à M. Jousset, pour ses expériences sur le venin du scorpion ; 3° à M. Decaisne, pour ses mémoires sur la température de l'enfant malade et sur l'influence de l'alimentation sur la composition du lait de femme ; 4° à M. Després, pour son travail sur l'ulcération et les ulcères du col de l'utérus.

Les ouvrages de M. V. Fumouze, sur les spectres d'absorption du sang, et de M. Bergeret, sur les altérations de l'urine et de la bile dans diverses maladies sont cités honorablement.

Prix Godard.—Le prix est décerné à M. C. Mauriac, pour son ouvrage intitulé : » Étude sur les névralgies réflexes symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique.

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon, physiologie expérimentale. — Le prix est décerné à M. J. Raulin, pour ses études chimiques sur la végétation.

PRIX GÉNÉRAUX

Prix Montyon, arts insalubres. — Le prix est décerné à M. Guibal pour son système de ventilation appliqué à l'aérage des mines.

Prix Gegner. — Prix décerné à M. Duclaux.

STATISTIQUE

Prix Montyon, statistique. — Prix décerné à M. E. Cadet pour son ouvrage intitulé : « Le Mariage en France. »

Mention honorable à M. le docteur Ély, pour son ouvrage intitulé : « L'Armée et la Population. »

CHIMIE

Prix Jecker. — Prix décerné à M. Schutzenberger pour ses travaux de chimie organique.

BOTANIQUE

Prix Barbier. — Prix décerné à M. Duquesnel, pour son mémoire intitulé : « De l'Aconitine cristallisée. »

Prix Bordin. — Rôle des stomates dans les fonctions des feuilles. Le prix n'est pas décerné, et la question est retirée du concours. Une somme de 1,500 fr. est accordée, à titre d'encouragement, à M. A. Barthélemy.

Prix Desmazières. — Le prix n'est pas décerné. Une somme de 500 fr. est accordée, à titre d'encouragement, à M. Husnot, pour divers travaux sur la flore cryptogamique de la Martinique.

M. DUMAS prononce l'éloge suivant :

Éloge historique de Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Messieurs, quelques familles ont eu le privilége de compter plusieurs de leurs membres dans notre Académie et d'y perpétuer ainsi la tradition du travail, du dévouement à la science et du génie de l'observation. Les Cassini, les Jussieu, les Richard, pour ne citer que ceux qui ne sont plus, en offrent des exemples bien connus.

Ces exemples se manifestent surtout dans les établissements où les savants sont logés à côté de leurs collections, de leurs instruments, de leurs laboratoires. Familiarisé de bonne heure avec les habitudes d'une vie occupée, le fils connaît déjà les objets et les moyens d'étude avant d'avoir appris à les comprendre ; témoin du respect que son père inspire, confident des jouissances que lui procure la découverte de la vérité, il veut, par une pente naturelle, en suivre les traces et recueillir son héritage d'honneur, souvent le seul qui lui soit légué.

L'Observatoire, le Jardin des plantes, ont particulièrement joui de ce privilége, et si le premier de ces établissements se vante d'avoir fourni les trois Cassini, le second peut se glorifier de compter, non-seulement les trois Jussieu au nombre de ses professeurs les plus célèbres, mais aussi trois Geoffroy parmi les cinq membres de cette famille qui ont appartenu à l'Académie des sciences : le chimiste Étienne-François Geoffroy, qui essayait, en 1718, de découvrir et de fixer les lois de l'affinité chimique ; le grand anatomiste Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, rival de Cuvier, dont les doctrines ont donné lieu dans cette enceinte, il y a quarante ans, aux discussions les plus hautes ; le naturaliste, enfin, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, objet de cet éloge, qu'une mort prématurée a enlevé à la science dans la force de l'âge et du talent.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire naissait à Paris, au Jardin des plantes, le 16 octobre 1805, dans cette demeure modeste, habitée encore par sa digne mère, dont la nation a voulu, par respect pour son nom illustre et pour ses vertus, que l'asile où s'écoule sa vieillesse fût sacré.

La naissance du jeune héritier d'Étienne Geoffroy Saint-Hilaire mettait le comble au bonheur du célèbre professeur, à qui tout souriait alors. Le Muséum d'histoire naturelle auquel il avait voué sa vie était resplendissant : Jussieu venait de créer la méthode naturelle ; Haüy, la cristallographie ; Lamarck, la classification des mollusques ; Cuvier, l'anatomie comparée. Vauquelin, par la simplicité de ses mœurs, la sûreté de ses analyses et le nombre de ses découvertes, méritait le nom de Scheele français. Étienne Geoffroy Saint-Hilaire lui-même esquissait les grandes lignes de la philosophie anatomique, et l'on faisait alors, me disait-il avec chaleur, dans un langage qui peut sembler hyperbolique, mais qui n'était que vrai, et l'on faisait alors, dans ce petit coin de terre, une découverte par semaine.

Comme savant et comme père, Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, dont l'imagination vive s'exaltait facilement, devait accueillir avec transport la naissance de son fils sous ces heureux auspices ; il y voyait l'horoscope favorable qui promettait un héritier à sa gloire déjà européenne. Son espoir ne fut pas trompé ; non qu'il ait eu pour successeur un autre lui-même, car, s'ils ont poursuivi le même but, rien ne se ressemble moins que les méthodes de nos deux confrères.

Étienne Geoffroy Saint-Hilaire avait une âme de feu ; toutes ses créations portent l'empreinte de la fougue et de la spontanéité. Son fils avait le travail soutenu, la décision lente et réfléchie. Érigeant, chacun à leur manière, une statue à la Vérité, l'un tirait du moule le bronze encore brûlant ; l'autre, avant d'y toucher, attendait qu'il fût refroidi.

Aussi, lorsque son fils essayait ses premiers pas sur le terrain de la science, alors que lui-même avançait vers le terme de sa carrière, Étienne Geoffroy se montrait-il de plus en plus ardent à la recherche des lois de l'organisation, tandis que son fils, dont la jeune imagination aurait pu s'enflammer, devenait de plus en plus réservé. Celui que l'âge aurait dû calmer était plein d'ardeur ; celui que les illusions du début auraient pu enivrer se montrait circonspect. Le père voulait deviner la nature par des inspirations soudaines, et il y parvenait souvent ; le fils voulait prouver, par des raisons solides, que son père avait deviné juste, et souvent aussi il avait le bonheur d'y réussir.

Si le dévouement du fils pour la défense des découvertes de son père n'avait rien qui pût surprendre, il n'en était pas de même des sentiments de ce respect, un peu étonné, que lui accordait en retour le hardi novateur. Il comprenait mal que ce fils prudent ne voulût pas s'élancer dans l'espace ; mais il était charmé de le voir marcher d'un pas sûr et ferme à travers les terres mal connues du domaine paternel, et reconnaître qu'il y traçait des chemins où désormais personne ne pourrait s'égarer. Si le premier, en effet, découvrait de nouveaux mondes scientifiques, le second en dressait la carte ; leurs travaux se complétaient et demeuraient inséparables pour la postérité, comme leurs noms.

Étienne Geoffroy Saint-Hilaire concevait sa pensée d'un premier jet et la formulait d'un seul trait par quelques paroles imagées qui ne s'oubliaient plus. Son fils attendait pour conclure d'avoir contrôlé toutes les données du problème et vérifié la suite entière de son raisonnement ; né dans un autre milieu, il se serait dirigé vers l'École polytechnique, son goût l'y portait : dans la plupart de ses écrits perce même le souvenir des travaux mathématiques de sa jeunesse et se trahit le désir de ramener à des formules abstraites les règles empiriques tirées de l'observations par les naturalistes.

Parmi les œuvres qui sont communes au père et au fils, du moins par le sujet, rien ne témoigne mieux de cette différence dans le procédé de travail que l'ensemble de recherches auxquelles ils se sont livrés sur les monstruosités.

Les monstres, leur nom seul l'exprime, étaient considérés autrefois comme des erreurs de la nature ou des violences faites à ses lois. Rompant avec ce passé, Étienne Geoffroy s'écrie avec Montaigne : Les monstres ne le sont pas à Dieu qui voit dans l'immensité de son ouvrage l'infinité des formes qu'il y a comprises. Il ajoute, et il faut en convenir, toute la théorie des monstruosités est là : Ce qui manque dans les monstres simples révèle un arrêt ; ce qu'ils ont de trop, un excès de développement ; dans les monstres doubles, les organes se mêlent et se confondent par l'attraction de soi pour soi, expression où il faut voir une figure de rhétorique et non un théorème de mécanique.

Isidore Geoffroy publie, à son tour, l'histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation en un traité classique en trois volumes. Il y réunit tous les faits relatifs aux monstruosités et aux vices de conformation ; il les subordonne aux vues de la philosophie anatomique ; il range les monstres par ordre méthodique et les dénomme selon les règles de la nomenclature linnéenne. Son travail prend dans la science un rang définitif et constitue un code des anomalies de l'organisation auquel il n'a plus été touché.

Le père nous avait laissés éblouis par quelques sentences vraies et profondes ; le fils nous laisse convaincus par une œuvre achevée. De leur travail commun il reste à la France l'honneur d'avoir fait rentrer les anomalies de l'organisation et les monstruosités jusqu'alors inexpliquées ou considérées comme des contre-sens, dans le domaine des faits naturels nécessaires et conséquents, les conditions qui les produisent étant données.

A ne considérer que les simples variations de la taille, il y a des nains et des géants. Où s'arrêtent les dimensions de l'état normal ? où commencent celles qui appartiennent à l'état monstrueux ? la nature a-t-elle jamais réalisé les fictions de Gulliver ? Isidore Geoffroy Saint-Hilaire aborde et résout ces questions.

Les nains célèbres ne manquent pas. Qui ne connaît l'histoire du nain du roi de Pologne, présenté dans une assiette, à l'église, le jour de son baptême, à qui un sabot servit de berceau, et qui, dans son plus bel âge, atteignit environ 30 pouces de haut. Or les nains très-nombreux dont l'histoire a gardé le souvenir avaient tous, comme lui, la taille comprise entre deux et trois pieds. Ayant figuré dans l'entourage des souverains, leur signalement et souvent leurs portraits nous ont été transmis : Auguste, Julie, Tibère, Domitien, Héliogabale, avaient leurs nains ; Catherine de Médicis en avait plusieurs, et Henriette d'Angleterre comptait parmi ses plus fidèles serviteurs le célèbre Geoffrey Hudson.

Notre confrère démontre qu'il y a trois espèces de nains : les nains permanents qui le sont dès le sein de leur mère, qui le sont encore à leur naissance et demeurent tels pendant toute leur vie ; les nains accidentels qui, nés et restés d'abord dans cette condition, reprennent à un certain âge la taille de l'homme ordinaire ; enfin, ceux dont les dimensions n'offraient d'abord rien d'étrange et dont le développement s'est arrêté au milieu de l'enfance et pour toujours.

Mais si la taille de l'homme ne peut pas s'abaisser au-dessous de la moitié, qui l'empêche de s'élever jusqu'au double et au delà ? Que faut-il penser des Patagons ? Existe-il encore des géants dans quelque partie du monde ; en a-t-on observé dans les temps historiques ? Les géants seraient-ils nos ancêtres, comme on l'a dit, et, les hommes actuels ayant dégénéré, nos premiers parents auraient-ils à rougir de l'humble taille de leurs descendants ?

En 1718, un membre de l'ancienne Académie des inscriptions, Henrion, n'en doutait pas. Il faisait venir l'homme de haut vraiment, et, selon ses calculs, la taille d'Adam était de 123 pieds 9 pouces ; celle d'Ève de 118 pieds 9 pouces et 9 lignes ; Noé, déjà un peu baissé, ne dépassait guère 100 pieds, et le genre humain, diminuant sans cesse, devait se réduire quelque jour à une légion de mirmidons.

Ceci n'est qu'une fantaisie de savant ; pourquoi cependant chez tous les peuples, même en Amérique, signale-t-on l'existence de races gigantesques, comme ayant précédé sur la terre l'apparition de l'homme actuel ou comme ayant coïncidé avec elle ? Les géants foudroyés par Jupiter, les Cyclopes, Polyphème dont les restes étaient signalés à Trapani dans le quatorzième siècle et conduisaient à lui attribuer 300 pieds de haut ; le roi Teutobochus découvert sous Louis XIII au bord du Rhône, et beaucoup de traditions chez les peuples les plus divers, attestent combien l'homme est disposé à croire à l'existence de ces premiers êtres d'une taille exagérée. Les ossements de mastodonte, déterrés dans l'antiquité même, par le travail des ouvriers terrassiers ou mineurs, et dans les temps les plus modernes, à une époque à laquelle Cuvier n'avait pas restitué ces débris à leur type antédiluvien, avaient sans doute fait naître cette tradition, qu'ils ont longtemps entretenue, en fournissant à la crédulité de nouveaux arguments.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire démontre, cependant, que la taille de l'homme n'a jamais varié ; qu'elle reste fixée, pour le passé, comme pour le temps actuel, à 5 ou 6 pieds dans la plupart des cas ; qu'elle s'écarte rarement de cette limite ; que les géants de 7 pieds sont peu communs, ceux de 8 pieds rares, et que au delà, vers 9 pieds au plus, on ne connaît que des cas douteux.

L'espèce humaine tend donc à rester, non-seulement depuis les temps historiques, mais même depuis son apparition sur la terre, nous sommes autorisés à l'affirmer, dans les limites que nous observons aujourd'hui ; d'ailleurs, ni les nains ni les géants ne se reproduisent ; ils sont presque toujours stériles, et leurs enfants, quand ils en ont, retournent au type commun, comme s'il était interdit à l'homme d'engendrer des peuples de géants ou des peuples de pygmées.

L'antiquité, qui connaissait si bien le côté moral de la nature humaine, avait observé la différence qui existe, sous ce dernier rapport, entre les nains et les géants; Polyphème est une dupe facile à tromper, Ésope le plus spirituel des hommes. Aucun écrivain n'a mieux saisi ce double caractère que Walter Scott, dans les scènes où il fait intervenir, soit la lenteur stupide du portier géant du château de Kenilworth, soit la pétulante jactance de Geoffrey Hudson, type du nain en bonne santé. Ce dernier personnage n'avait pas besoin d'être flatté; il suffisait de peindre, d'après les mémoires du temps, cet avorton qu'un géant tirait de sa poche, qu'on servait dans un pâté sur la table du roi, qui n'en recevait pas moins le titre, mérité par sa bravoure, de capitaine dans l'armée anglaise, et qui, après avoir tué dans un duel à cheval son adversaire d'un coup de pistolet, allait terminer sa vie en prison, comme conspirateur.

Entre les anomalies de taille et les monstruosités, il y a une grande distance. Les unes peuvent engendrer la pitié ou la curiosité, les autres excitent la répugnance ou la terreur. Chez les anciens, la naissance d'un monstre était considérée comme un présage de malheur.

Au commencement du siècle dernier, dans cette Académie, une longue discussion s'éleva à leur sujet, entre Lémery et Winslow. Il s'agissait déjà de savoir si les monstres étaient monstres en germe, ou s'ils le devenaient par accident, quoique provenant d'un germe régulier.

Winslow admettait des germes monstrueux, prédestinés à fournir des êtres difformes; Lémery soutenait la thèse opposée, qui constituait alors une nouveauté hardie.

Mais il appartenait aux deux Geoffroy Saint-Hilaire, portant la lumière et l'ordre au milieu de cette confusion, de prouver que dans leur formation les monstres obéissent à des lois, et aux lois mêmes qui régissent le développement normal des êtres.

La nature, en créant des monstres, n'invente pas. Parfois, un membre attire à lui toute la nourriture et les autres s'atrophient, mais il n'y a pas création d'organe nouveau. Parfois, un monstre manque de certains organes, et il ressemble alors aux animaux d'un ordre inférieur qui en sont privés naturellement; chez lui, ces organes ont éprouvé un arrêt de développement fortuit; chez eux, un arrêt normal de développement. Dans aucun cas, les monstruosités humaines ne montrent rien qui annonce, soit une richesse nouvelle de l'organisation, soit l'indication d'un plan supérieur qui se trouverait avorté. Les monstres par défaut sont moins que l'homme, les monstres par excès sont l'homme mal construit; mais, de ces formes anomales, les unes demeurent au-dessous du plan sur lequel nous avons été créés, les autres ne le dépassent pas, comme si, même dans ses débauches, la nature ne pouvait sortir des limites qui lui ont été imposées par une main à laquelle il faut obéir.

La nature n'est pas plus féconde, en pareil cas, qu'un artiste qui cherche à inventer quelque forme en dehors du type ordinaire de l'homme, et qui se voit toujours réduit, soit à exagérer la proportion de quelques-uns de ses membres, comme on le fait dans les caricatures modernes, soit à remplacer ceux-ci par des emprunts faits aux animaux connus, comme on l'observe dans ces belles créations de l'antiquité, les centaures et les sirènes.

Les monstres produits par la soudure de deux individus présentent un caractère fort étrange, que M. Geoffroy énonçait en parlant de l'attraction de soi pour soi, c'est-à-dire de la tendance des organes similaires à s'unir. La soudure s'opère, en effet, sur les parties semblables : le bras au bras, la jambe à la jambe, la poitrine à la poitrine, la face à la face, la partie postérieure de la tête à la partie postérieure de la tête. Le plus souvent même, les organes placés à droite dans l'un des individus se soudent à ceux qui sont placés à gauche dans l'autre, comme si le premier était venu se confondre avec sa propre image réfléchie dans une glace, et l'on disait déjà en 1750, à l'occasion de la naissance d'un monstre double :

Opposita oppositis spectantes oribus ora,
Alternasque manus alternaque crura pedesque.

Parmi les cas de soudure, le plus simple et l'un des plus connus consiste dans la réunion de l'un des appendices du sternum à l'autre. Les frères siamois en offrent un exemple célèbre. Ce sont deux êtres distincts, liés par un lambeau de chair pour ainsi dire. Si l'habitude de vivre ensemble et la consanguinité ont établi entre eux des rapports étroits et une entente nécessaire, ils n'en ont pas moins conservé, malgré les apparences, notre confrère s'en est assuré, leur individualité propre, leurs pensées distinctes et leurs volontés indépendantes.

Sans doute, chez ces jumeaux créés sur le même type, semblables par l'organisation et par l'éducation, soumis pendant toute leur vie aux mêmes influences, les fonctions, les actions, les paroles, les pensées semblent se produire et s'accomplir parallèlement. Ils s'endorment et se réveillent ensemble, à ce point qu'on a pu dire qu'aucun des deux n'avait vu son frère endormi. Leur appétit se manifeste au même moment; joie, colère, douleur, tout paraît leur être commun; les idées, les volontés naissent à la fois; la phrase commencée par l'un est terminée par l'autre; on dirait deux instruments semblables vibrant à l'unisson : voilà ce qui frappe un observateur superficiel.

Tel est, en effet, leur état ordinaire, spectacle étrange où l'unité morale semblerait coïncider avec la dualité physique, si, comme le signale Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, quelques particularités ne venaient spécialiser ces deux frères, prouver que leurs pouls ne battent pas toujours d'accord et qu'ils peuvent soutenir, chacun de son côté, une conversation distincte avec deux interlocuteurs différents, dans deux langues diverses, mettant ainsi, en pleine évidence, le caractère individuel de leurs pensées, de leurs intelligences, de leur moi.

Obligés de vivre de la même vie, de s'obéir tour à tour, et de faire à chaque instant le sacrifice de leur volonté, ils semblent pourtant réaliser la belle image de l'amitié, où tous deux ne sont qu'un et où chacun est deux. Ils n'ont jamais besoin de s'adresser la parole; on ne les voit pas converser entre eux comme ils le font avec les étrangers qui les visitent; ils se sont compris avant d'avoir ouvert la bouche; forcés de voir les mêmes objets et d'entendre les mêmes discours, ils n'ont jamais de confidences à se faire, étant l'un pour l'autre, à chaque instant de la vie, un inévitable confident.

Si les monstres ne naissent pas d'un germe prédestiné, pourquoi l'imagination de la mère ne les produirait-elle pas? Le sentiment populaire a tranché dès longtemps cette question; il explique leur apparition par les envies ou les peurs de la mère pendant la grossesse. Le peuple se trompe-t-il? Notre confrère démontre que, parmi les monstres, il en est un grand nombre dont la venue au monde coïncide avec des chutes de la mère, des chocs qu'elle a subis ou des coups qu'elle a reçus pendant la grossesse. Il en cite même qui ont été produits par des émotions violentes, par des impressions morales vives, profondes, ou encore par une impression faible, longtemps prolongée; mais il considère comme contraire à la raison, à la science et à l'expérience qu'un objet vu, désiré ou craint par la mère ne vienne se peindre sur le corps de son enfant. C'est un préjugé, dit-il, aussi dangereux qu'il est ancien; car il obsède pendant toute la grossesse la pensée de la mère de tel souvenir hideux dont elle n'aurait pas conservé trace, si les craintes entretenues dans son imagination ne faisaient naître elles-mêmes un péril qui n'existait pas.

Des observations d'histoire naturelle, personnelles, variées et importantes, avaient déjà fait connaîre Isidore Geoffroy comme naturaliste; son ouvrage sur les anomalies, dont le caractère de cette réunion m'interdit de poursuivre l'analyse le classait comme anatomiste, et l'Académie voulut se l'attacher.

Il fut élu le 13 avril 1833, à l'âge de vingt-huit ans. Gay-Lussac nous présidait, et l'illustre père du jeune candidat occupait près de lui le fauteuil de la vice-présidence. Les bulletins étaient recueillis, et selon l'usage, Gay-Lussac les avait comptés, lorsque, par une inspiration heureuse, il se lève et demande à l'Académie la per-

mission de céder à M. Geoffroy, dont l'émotion fut extrême, le soin de les dépouiller et la joie de proclamer le nom de l'élu.

Si quelques esprits chagrins trouvèrent alors que notre confrère entrait trop jeune à l'Académie, tout le monde fut d'accord, du moins, lorsqu'une mort prématurée l'enleva à la science, pour déplorer qu'elle ne l'eût pas possédé plus longtemps; ses travaux, ses services, son zèle infatigable, la sûreté de son commerce et la droiture de son cœur, avaient fait oublier ce qu'il devait au nom de son père, et ressortir davantage chaque jour ce qu'il ne devait qu'à lui-même.

Mais serait-il juste, en effet, de ne tenir aucun compte du passé d'une famille où se perpétuent par une heureuse transmission les lumières de l'esprit, la passion du bien et l'amour de la patrie? On ne se sent pas le courage de mettre ainsi en oubli les initiatives heureuses ou les actions d'éclat dont l'histoire de la famille Geoffroy nous offre tant d'exemples.

Étienne Geoffroy, l'auteur du tableau des affinités chimiques, était né en 1672, à Paris; son bisaïeul avait été premier échevin de cette ville, et son père, qui avait traversé lui-même les dignités municipales, eut le singulier bonheur de lui donner des maîtres qu'un prince aurait enviés. Il se tenait chez lui, en effet, des conférences réglées, où Cassini premier apportait ses planisphères, le P. Sébastien ses machines, Joblot ses pierres d'aimant, où du Vernet faisait ses dissectious et Homberg des opérations de chimie; où la curiosité, enfin, attirait d'autres savants fameux et des jeunes gens portant les plus beaux noms de notre histoire.

Ces conférences, qui attestent l'esprit supérieur de celui qui les avait instituées, eurent un tel retentissement qu'elles décidèrent l'introduction des expériences de physique dans les colléges et qu'elles servirent de modèle au nouvel enseignement, aujourd'hui si prospère, de la physique expérimentale que toutes les nations nous ont emprunté. Pourquoi serait-il interdit de rappeler leur origine, qu'ils ont oubliée peut-être, aux professeurs de physique de nos lycées et de nos facultés, et pourquoi seraient-ils dispensés de faire acte de leur reconnaissance envers celui qui l'a si bien méritée?

Un siècle plus tard, un autre Étienne Geoffroy dotait la France d'une institution qui a fait également le tour du monde, en donnant asile, le 4 novembre 1793, sans hésiter, quoique sans ressources, sans locaux disponibles et sans crédit, aux animaux vivants, dont la police venait subitement d'interdire l'exhibition dans Paris, et en créant ainsi la ménagerie publique du Jardin des plantes. Lorsqu'on visite cette collection ou les jardins zoologiques des pays étrangers qui l'ont imitée, faut-il donc oublier aussi que c'est à notre Étienne Geoffroy que la science et le public doivent ce moyen d'étude et cette source intéressante d'instruction ou de délassement?

Faut-il oublier surtout ce qui s'est passé en Égypte, à l'époque où la capitulation de l'armée française mettait un terme à sa glorieuse expédition? Un savant anglais, Hamilton, avait introduit dans le traité un article qui faisait passer aux mains de l'Angleterre les collections précieuses recueillies par l'institut d'Égypte. Il se montrait sourd à toutes les réclamations. Sa dure instance révolte le même Étienne Geoffroy, qui, tout à coup, s'écrie: Non! nous n'obéirons pas. Votre armée n'entre à Alexandrie que dans deux jours. Eh bien! d'ici là le sacrifice sera comsommé, nous brûlerons nous-mêmes nos richesses et vous disposerez de nos personnes. Hamilton demeure frappé de stupeur. Oui, nous le ferons, répète Geoffroy, alors appuyé par tous ses collègues: c'est à la célébrité que vous visez? Comptez sur le souvenir de l'histoire. Vous aussi, vous aurez brûlé une bibliothèque à Alexandrie! Les rôles, dès ce moment, étaient renversés; Hamilton céda, épargnant à son pays un de ces abus de la force que la postérité, dans sa justice, appelle des crimes.

Grâce à Étienne Geoffroy, les collections scientifiques de tout genre, les notes et dessins qui les accompagnaient, conservés à la France, enrichirent nos musées, servirent de base à l'histoire de l'expédition d'Égypte et fournirent à Champollion les matériaux de la découverte la plus importante du siècle, la lecture des hiéroglyphes, qui nous a permis de pénétrer enfin les mystères des anciens peuples de l'Orient et de remonter aux origines de la civilisation.

Cinquante ans après, lorsque Isidore Geoffroy Saint-Hilaire établissait, sur un plan heureux et souvent copié à l'étranger, la Société et le Jardin d'acclimatation, féconds instruments d'étude pour les sciences, de progrès pour l'agriculture, d'utiles échanges pour les nations et de relations affectueuses pour tous les esprits éclairés, peut-on croire que le souvenir de son père ne l'excitait pas, ne le protégeait pas?

Pourquoi méconnaître dans ce retour et dans cette continuité de services considérables rendus aux sciences et au pays, à deux siècles de distances, par des membres de la même famille, l'influence d'une hérédité salutaire, celle aussi de l'émulation des bons exemples et des souvenirs glorieux, souvent évoqués dans un de ces milieux domestiques où tout respire l'honneur?

Il y a deux manières d'assurer à un pays la filiation des grands talents: Buffon a choisi Daubenton; Daubenton a choisi Geoffroy Saint-Hilaire; Geoffroy Saint-Hilaire a choisi Cuvier; le Jardin des plantes peut être fier de cette admirable succession de génies extraordinaires produite par la désignation libre et spontanée de ceux qui auraient pu redouter le parallèle, et qui, au lieu de se laisser guider par l'intérêt étroit de la vanité, ont pensé surtout aux larges intérêts de la science, en suscitant eux-mêmes leurs propres rivaux.

Mais ne contestons pas cette autre continuité des talents, par voie héréditaire, à laquelle nous devons les Geoffroy dans les sciences, les Vernet dans les arts, tant de noms plusieurs fois illustres dans les lettres, et qui, unissant dans une même famille trois de nos académies, remonte à Alexandre Duval de l'Académie française, se continue à Victor Regnault de l'Académie des sciences et se termine, hélas! à Henri Regnault, leur petit-fils et fils, noble victime de nos malheurs, que l'Académie des beaux-arts attendait et que la France pleure aujourd'hui.

Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, dont la vie a été consacrée aux recherches de la philosophie transcendante, avait pris cependant pour devise un seul mot: *utilitati*; son fils a poursuivi, à son tour, les études de zoologie les plus élevées et les applications zootechniques les plus utiles.

La viande de cheval constitue-t-elle un aliment nourrissant, salubre et même agréable? Convient-il d'en autoriser la vente et d'en propager la consommation? Faut-il, au contraire, en proscrire le débit? Ces questions, hélas! peuvent sembler bien oiseuses, quand les habitants de Paris ont consommé quarante mille chevaux pendant la durée d'un siége cruel et sans pitié; nous en connaissons tous le goût; l'opinion de chacun est faite.

Mais, lorsque Isidore Geoffroy Saint-Hilaire préconisait l'usage de la viande de cheval, il y a vingt ans, il traitait une thèse économique et physiologique, ne songeait qu'aux temps de paix et disait: La viande manque à la consommation; celle que le cheval fournit est perdue; elle est saine, elle est bonne; soutenir le contraire, c'est soutenir une ancienne erreur, et, s'il est vrai que le respect soit dû à la vieillesse, une erreur, du moins, n'en devient pas plus respectable en vieillissant.

Les espèces rapprochées du cheval constituent, ajoutait-il, d'excellents gibiers. Le cheval sauvage est chassé comme tel, en Asie, en Afrique, en Amérique. Le cheval domestique est encore utilisé comme ressource alimentaire par toutes les races humaines. Au huitième siècle, son usage, lié, il est vrai, à certaines pratiques du paganisme, était général chez plusieurs des grandes nations de l'Europe occidentale, et, s'il en a disparu, c'est seulement avec leur conversion à la foi chrétienne. Mais, continuait notre confrère, les voyageurs, les troupes en campagne, les habitants des villes assiégées, s'en sont nourris depuis lors, de temps à autre, en cent occasions, sans inconvénient.

Tels étaient les arguments de notre confrère, fondés sur des faits certains, réunis par une solide érudition ou par des informations personnelles incontestables, appuyés d'ailleurs par les dîners des hip-

pophages, où d'habiles cuisiniers faisaient apparaître, même au naturel, la viande de cheval sous les plus séduisants aspects.

Il n'obtint cependant pas sans peine l'ouverture des boucheries de cheval à Paris. Des répugnances qui ne se discutent pas et des considérations de police dont il faut bien tenir compte dans une grande ville, où tant de cupidités veillent à l'affût de tous les moyens de fraude, retardèrent l'adoption de ses vues; cette résistance ne fut pas étrangère au plan plus vaste qu'il réalisa dans les derniers temps de sa vie

Quand on ouvre le catalogue des animaux connus des zoologistes, on y voit inscrites cent quarante ou cent cinquante mille espèces distinctes, parmi lesquelles quarante-sept seulement ont été assujetties à l'état domestique; encore ce chiffre en comprend-il qu'on distingue à peine entre elles : trois sortes d'abeilles par exemple, employées à la production du miel. Les espèces que la France ne possède pas étant supprimées, il en reste trente environ qne nous avons appropriées à nos besoins; et comme nous sommes accoutumés à nous regarder comme le centre de la création, nous dirions volontiers que, pour une seule espèce utile, la nature en a produit cinq ou six mille qui ne servent à rien, puisque nous n'en tirons aucun profit direct. Est-il nécessaire, après avoir rappelé ces nombres, d'expliquer la passion avee laquelle Isidore Goffroy Saint-Hilaire a poursuivi l'étude de la domestication des animaux?

Si la liste des espèces associées à l'homme est si faible, cela tient à des causes que notre confrère a clairement indiquées. Sans doute, il existe un nombre immense d'animaux à la surface de la terre, et il n'a pas encore été donné à l'homme de comprendre dans quel dessein a été formée cette population infinie et diverse qui se renouvelle autour de lui; mais les mammifères et les oiseaux n'en forment qu'une faible fraction, et la plupart des espèces domestiques appartiennent à ces deux classes.

En outre, presque tous les animaux dont l'homme s'est entouré sont très-développés au moment de leur naissance, réclament peu de soins dès leur bas âge, vivent en société, sont herbivores ou frugivores. Le bœuf, le mouton, la chèvre, le chameau, le cheval, l'âne, et même la poule, réunissent ces conditions, sans lesquelles il n'y a pas de domestication possible.

Pourquoi l'homme a-t-il soumis plus aisément les animaux qui ont une température propre, qui sont précoces, sociables et qui vivent de végétaux? C'est qu'ils résistent mieux aux changements de saison ou de climat, qu'ils peuvent marcher ou s'alimenter dès la naissance, que leur instinct les ramène vers l'habitation, au lieu de les en éloigner, et qu'ils sont plus faciles à nourrir.

La plupart de nos animaux domestiques se sont donnés à l'homme, en quelque sorte; leur domestication remonte aux époques les plus reculées de l'histoire; on serait embarrassé de dire s'ils ont été conquis par l'homme ou s'ils l'ont choisi pour maître. C'est dans les hautes terres de l'Asie, notre premier séjour, où sont nés tous les arts de première nécessité, qu'ont été associées à la famille humaine les principales et les plus anciennes de nos espèces domestiques. A l'est de l'Indus, les sectateurs de Brahma voyaient dans ces animaux des frères déchus; sur l'autre rive du fleuve, la religion prescrivait d'entourer de soins particuliers le coq, le bœuf et le chien; en Égypte, diverses espèces d'animaux étaient vénérées et nourries dans des temples comme de vivantes idoles. Un dessein caché semble donc avoir placé près de l'homme, à son berceau, les animaux les plus utiles, lui avoir inspiré les pensées les plus propres à favoriser leur adoption, et avoir enfin prodigué, autour de lui, les aliments végétaux nécessaires à son existence et à la leur.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire était convaincu qu'il reste encore des conquêtes nombreuses à effectuer parmi les animaux et les plantes; qu'entre les divers pays, il y a d'utiles échanges à faire; qu'un climat peut emprunter beaucoup de ses produits à un autre, et que des soins intelligents suffisent même pour forcer les êtres à se modifier et à se plier, peu à peu, à des conditions d'existence nouvelles.

C'est ainsi qu'il fut conduit à créer la Société d'acclimatation, bientôt largement adoptée dans toutes les parties du monde. Le but de cette vaste association lui assurait, en effet, le concours des amis de l'agriculture; le nom de son fondateur lui rendait les naturalistes sympathiques, et l'heureuse influence d'un homme d'État, notre illustre confrère, M. Drouyn de Lhuys, depuis longtemps son président, lui a valu la collaboration de toute la diplomatie.

Notre confrère désirait fonder, de plus, une école pratique d'acclimatation offrant aux familles un lieu de promenade agréable, présentant aux savants un laboratoire propre à tous les essais, assurant aux agriculteurs un secours intelligent. C'est ainsi que fut fondé, avec l'appui de la ville de Paris, le Jardin du bois de Boulogne, placé aujourd'hui sous l'habile direction de M. Albert Geoffroy Saint-Hilaire, dont l'active administration ne laissera ni périr ni diminuer cette institution publique, heureuse pensée de son père.

La domestication, l'acclimatation des animaux ou des plantes, n'offrent pas seulement des problèmes d'économie domestique ou d'utilité sociale; la culture des plantes et la domestication des animaux changeant leur caractère, on est amené à poser la question suivante : la culture et la domestication créent-elles des races ou des espèces? C'est ainsi qu'un problème de pratique agricole vient se rattacher aux doctrines les plus délicates de la philosophie naturelle et se heurter aux obscurités les plus profondes de l'histoire. En effet, n'est-ce pas demander si les espèces qui ont paru sur la terre, à l'origine du monde, ont varié ou si elles sont restées immuables? Les Égyptiens, qui semblent avoir prévu nos doutes, nous ont laissé dans les sépultures de Thèbes et de Memphis des musées où nous retrouvons en nature le blé, le lin et beaucoup d'autres plantes, des cadavres de nombreux animaux et une foule de momies humaines. Ces représentants des types de l'époque actuelle, âgés de trois mille ans, ne se distinguent pas de leurs descendants. Trente siècles ont passé et notre bœuf demeure identique avec le bœuf Apis, notre lin ne diffère pas de celui qui fournissait le tissu des bandelettes; l'ibis qui vit sur les bords du Nil se confond avec l'ibis sacré; les races humaines dont les restes reposent dans ces antiques nécropoles sont les mêmes qui peuplent encore aujourd'hui le pays. Mais que sont trente siècles? disent les partisans de la mutabilité des espèces; les phénomènes géologiqnes dont la terre a été le théâtre ne supposent-ils pas des événements qui, pour leur accomplissement, en ont exigé des milliers?

Les uns admettent donc que les espèces sont fixes, les autres pensent qu'elles sont variables, mais tous reconnaissent que l'homme crée par la culture et la sélection des races durables, presque permanentes. La domestication et l'acclimatation pratiques, précédant la théorie, avaient même appris à plier à nos besoins, par des procédés certains, les formes et les manières de vivre des animaux, justifiant par avance les espérances que notre confrère pouvait concevoir quand il inaugurait la Société et le Jardin d'acclimatation, et qu'il publiait son savant *Traité de l'acclimatation et de la domestication des animaux*.

Ne confondons pas, disait-il, acclimater, naturaliser, apprivoiser, domestiquer. On acclimate le blé, on ne le naturalise pas; la culture lui est toujours nécessaire. Le lapin est naturalisé; car il vit en France à l'état libre, tout comme en Espagne, sa patrie. On peut apprivoiser un lion, mais on ne le domestique pas; la domestication est l'habitude transmise par l'hérédité de vivre avec l'homme en bonne harmonie. Le cheval, le bœuf, le mouton, la chèvre, le chien, ne sont pas naturalisés et ne vivraient pas en France à l'état sauvage, séparés de l'homme et loin de ses soins; mais, comme animaux acclimatés, privés, domestiqués, aucun n'en approche, et ils garderont toujours le premier rang pour l'importance, l'étendue et la variété des services.

La question pratique étant réglée, la question scientifique reparaît tout entière néanmoins : les animaux et les plantes, en se perpétuant, gardent-ils leurs caractères spécifiques; sont-ils encore aujourd'hui tels qu'ils étaient au soir du sixième jour, lorsque, selon les expressions de la Genèse, le ciel et la terre furent achevés

avec tous leurs ornements ? Il n'y a pas de plus grand problème ; il n'y en a pas qui divise plus profondément les esprits.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 novembre 1872 ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. de Bourilhon, Fargues, Schaumont et Pasquet, médecins-majors de 2e classe ; Peheau, pharmacien-major de 2e classe ; Ansberque et Thurel, vétérinaires en 1er ; Tostain, vétérinaire en second.

— *Concours de l'internat.* — La 1re question orale traité lundi, 25 novembre, a été : *Nerf moteur oculaire commun ; ses paralysies.*

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Henri Roger commencera le cours clinique des maladies des enfants, samedi 30 novembre.

— Très-belle clientèle médicale à céder immédiatement dans une petite ville près Rouen. Médecin du chemin de fer. Recettes : 8 à 9,000 francs. S'adresser au bureau du journal.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique par courants induits et par courants galvaniques interrompus et continus, par le docteur Duchenne (de Boulogne). 3e édition, entièrement refondue. Paris, 1872. 1 gros vol. in-8° de XII-1120 pages, avec 255 fig. et 3 planches noires et coloriées. — Prix : 18 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Contribution à l'étude des tumeurs du testicule, par le docteur Nepveu. 1 vol. in-8° avec 2 planches en chromo-lithographie. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Des plaies et de la ligature des veines, par le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Grand in-8°. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, P. Asselin.

Apprécier l'influence des travaux modernes sur la connaissance de la fièvre, exposer les applications thérapeutiques résultant de cette étude, par le docteur Planche (thèse de concours. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

SCEAUX (Seine), rue de Penthièvre, 7

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de santé et de convalescence pour le traitement des maladies mentales.

DIVISION SPÉCIALE, avec cour plantée, POUR ÉPILEPTIQUES.

MAGNIFIQUE CONSTRUCTION réservée pour CONVALESCENTS, DAMES EN COUCHES et OPÉRATIONS.

Directeur et propriétaire : A. REDDON. — Médecin résidant : M. le docteur CHRESTIEN DU SOUCHAY. — Chirurgien consultant : M. le docteur B. DE LA GRANDIÈRE, O ✻, rue d'Enfer, 83, à Paris.

Dragées Chantrel **au bromure de potassium**, *chimiquement pur (sans trace d'iode)*

Traitement des Névroses en général, Chorée, Hystérie, Epilepsies, Migraines, etc., etc.

Vente en gros chez DESNOIX et Cᵉ, rue du Temple, 22, Paris. Au détail dans toutes les pharmacies.

Hypersécrétions, pertes, hémorrhagies de causes internes.

EAU DE LÉCHELLE hémostatique, prescrite à la dose de 4 à 8 cuillerées par jour dans les **maladies de la poitrine et du sang.** A Paris, rue Lamartine, 35, et dans *tous les pays.*

EPILEPSIE

HYSTÉRIE — NÉVROSES

Le SIROP DE HENRY MURE, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie LEBROU.

Vente en gros. — S'adresser à M. HENRY MURE, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS

Prix Orfila de 6,000 francs

Décerné à A. NATIVELLE, pharmacien

POUR LA DÉCOUVERTE

DE LA DIGITALINE CRISTALLISÉE

La digitaline cristallisée, dit M. le professeur Vulpian, étant une substance définie que l'on peut obtenir constamment identique, on peut en doser l'action, **ce qui est à peu près impossible lorsqu'il s'agit de la digitaline amorphe**, substance d'énergie forcément variable, suivant les diverses circonstances de la récolte des plantes et de la préparation.

Dans la plupart des cas, dit M. Marrotte, un milligramme par jour suffit pour amener, au bout de trois, quatre ou cinq jours, une action marquée sur la circulation. Les battements du cœur deviennent plus lents, plus réguliers, plus énergiques. (*Rapport de l'Académie de médecine* du 23 janvier 1872.)

Le médecin a donc aujourd'hui à sa disposition un principe cristallisable, par conséquent défini, qu'il peut doser avec exactitude et dont il est possible désormais de mesurer l'action physiologique, toxique et thérapeutique. **La digitaline n'avait pas encore été obtenue à l'état cristallisé.** On peut dire qu'elle n'était pas connue. (*Rapport de M. Béclard, secrétaire de l'Académie de médecine, dans sa séance solennelle de 1872.*)

La digitaline cristallisée s'administre en Granules et en Sirop.

Le flacon de 60 granules : 3 francs ; 1 à 4 par jour.

Le flacon de sirop de 250 grammes : 3 fr. 50. Une petite mesure est adaptée à chaque flacon, dosant exactement un quart de milligramme comme dans les granules. Ce sirop, étendu d'eau et donné à doses réfractées, est le plus sûr, le plus facile diurétique, n'amenant aucun trouble des voies digestives.

Se trouve à la pharmacie, 25, rue Coquillière, Paris, et dans toutes les pharmacies. Exiger la signature de l'auteur. Se défier des contrefaçons.

PILULES DE HOGG

1° *Pilules nutrimentives à la pepsine acidifiée*, dyspepsie, digestion difficile, diarrhée, vomissements, etc.

2° *Pilules à la pepsine unie au fer réduit par l'hydrogène*, en vue des maladies chroniques et des affections qui en dépendent (pertes blanches, pâles couleurs, menstruation difficile), et de fortifier les tempéraments débilités.

3° *Pilules à la pepsine unie au proto-iodure ferreux inaltérable*, en vue des maladies scrofuleuses, lymphatiques et syphilitiques, la phthisie, la cachexie chlorotique et les affections atoniques générales de l'économie.

On emploie la pepsine Boudault dans ces trois préparations.

Ces pilules ne se vendent qu'en flacons triangulaires chez HOGG, pharmacien-chimiste, rue Castiglione, 2, à Paris, et dans toutes les pharmacies. — Envoi *franco* par la poste.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

Ce sirop, résultat de la combinaison intime du goudron de Norwége et du monosulfure de sodium inaltérable, est, en raison de sa puissance modificatrice des muqueuses, prescrit avec succès dans les *bronchites aiguës et chroniques* et dans la *tuberculose* quand l'expectoration est très-abondante. Il remplace avec avantage, sans en présenter les inconvénients, l'huile de foie de morue et les Eaux-Bonnes naturelles. Il est journellement ordonné pour combattre les *maladies* de peau.

Pharm. CROSNIER, 7, r. des Filles-St-Thomas.

DISSOLUTION DU FER DANS L'HUILE DE FOIE DE MORUE

Présentée à l'Académie de médecine le 4 décembre 1866.

HUILE DE FOIE DE MORUE FERRÉE

Dosée au 100ᵉ — AU BENZOATE DE FER — Dosée au 100ᵉ

De E. GODIN, Pharmacien des hôpitaux.

1. Le benzoate de fer permet d'unir dans une seule préparation les deux principaux reconstituants : *le fer et l'huile de foie de morue.*

2. L'huile ferrée au benzoate de fer *complétement désinfectée* ne donne pas de renvois, et réussit merveilleusement aux enfants, aux personnes faibles et lymphatiques, aux phthisiques dont elle calme la toux, dans la scrofule, *et dans tous les cas où l'huile de foie de morue convient.*

SIROP FERRUGINEUX

D'ÉCORCES D'ORANGES ET DE QUASSIA AMARA

AU PROTOIODURE DE FER

Préparé par J.-P. LAROZE, pharmacien,

2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Le quassia amara, spécial contre les malaises de nature intermittente, est employé avec succès chez les femmes et les jeunes filles au moment de leur formation. Le fer, associé au Sirop mixte d'écorces d'oranges et de quassia, est le plus sûr reconstituant des tempéraments affaiblis avec dyspepsie. Cette union est d'autant plus rationnelle que le sirop d'écorces d'oranges, employé seul pour stimuler l'appétit et régulariser les fonctions abdominales, neutralise les effets fâcheux (pesanteurs de tête, constipation, douleurs épigastriques) des ferrugineux et des iodures, alors qu'il facilite leur absorption. Dissous dans ce sirop, l'iodure ferreux est pris et bien supporté, étant à l'état pur le plus assimilable ; et, dans les pâles couleurs, les pertes blanches, l'anémie, les affections scrofuleuses et le rachitisme, le traitement peut être prolongé. Ce Sirop cumule l'*action antipériodique* du quassia amara, l'*action tonique* du fer et l'*action diffusible* de l'écorce d'orange.

Dépôt à Paris, 26, rue-Neuve-des-Petits-Champs.

SIROP ET VIN DE DUSART

Au lacto-phosphate de chaux

DIGESTIFS ET RECONSTITUANTS PHYSIOLOGIQUES

Développent **l'Appétit**, et assurent les digestions dans la **Convalescence** et les **Dyspepsies**. Employés comme reconstituants dans le **Rachitisme**, la *Scrofule*, la *Phthisie*, les affections de l'**Enfance**, et toutes les **Cachexies**.

Le **SIROP FERRUGINEUX DE DUSART** réunit les deux agents les plus puissamment reconstituants : **Fer et Phosphate de chaux.**

Pharmacie, 113, faubourg Saint-Honoré.



MÉDICATION DIASTASÉE

FER diastasé — IODE diastasé — ARSENIC diastasé

(Sels de fer, d'iode et d'arsenic, combinés avec la graine de cresson par la germination)

Sous cette forme spéciale, ces sels intimement unis aux principes huileux et protéiques de la graine de cresson, cessent d'exercer leurs actions chimiques irritantes; ils acquièrent des propriétés analeptiques et pénètrent dans les voies de la circulation par l'assimilation normale; leur action est secondée par l'agent vital la **Diastase**, développée dans la germination de la graine (3 fr. le flacon).

PARIS, 15, rue Drouot (*pharmacie* GUETTROT) et dans toutes les pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ

DE

Ferd LE BEUF, INVteur

ÉMULSION DÉSINFECTANTE

ADOPTÉE PAR LES HOPITAUX DE PARIS

POUR LE PANSEMENT DES PLAIES

Bayonne, pharmacie LE BEUF. — Dépôt à Paris, rue Réaumur, 25, et dans toutes les Pharmacies.

Nº 139. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 30 NOVEMBRE 1872. — Nº 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Trois mois. . 8 fr. 50 c. — Six mois. . . 16 — — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — Académie des sciences : Éloge historique de Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. — Société de chirurgie. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle (1). — Présidence de M. Liouville.

Éloge historique de Isidore Geoffroy Saint-Hilaire.

Le naturaliste qui s'occupe surtout des espèces est disposé à les considérer comme ayant pris naissance au moment où l'ordre qui règne aujourd'hui sur la terre fut établi; accoutumé à constater le retour certain des caractères des parents dans leur descendance, il incline vers leur fixité. L'anatomiste, retrouvant dans toutes les formes d'un même groupe les mêmes organes semblablement placés, et voyant l'unité du plan auquel elles sont soumises, est souvent disposé à regarder les espèces comme autant de variétés d'un même type. Pour la plupart des naturalistes, elles sont donc l'œuvre directe de la création; pour certains anatomistes, elles se font et se défont, comme autant de variations sur un même thème. Les uns respectent les espèces et portent tout leur effort à préciser en quoi elles diffèrent; les autres en font un moindre cas, sourient des minuties auxquelles s'attache le nomenclateur et cherchent surtout à constater en quoi elles se ressemblent.

Cependant, si des milliers d'années ne suffisent pas pour amener spontanément la modification des espèces, n'est-il pas utile de faire l'inventaire des richesses de la nature actuelle et d'ouvrir à celles du temps présent un registre exact de leur état-civil? Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, que ses études avaient si bien familiarisé soit avec la transmission des anomalies par l'hérédité, soit avec la création des races par la culture, n'en considérait pas moins la variabilité des espèces comme étant excessivement limitée dans les conditions actuelles, leur fixité relative comme étant la base de la science, leur classification comme son premier devoir.

Or, lorsqu'on essaye de mettre en ordre les animaux ou les plantes, on reconnaît qu'en haut se trouvent des êtres d'une organisation complexe, dans lesquels chaque fonction est exercée par un organe, et où chaque organe n'a qu'une fonction pour attribut; en bas, se rencontrent, au contraire, des êtres dont l'organisation simplifiée semble réduite à une gelée ou à une membrane chargée d'exercer à elle seule toutes les fonctions nécessaires au maintien de la vie. Entre ces termes extrêmes, qui vont de l'homme au polype et de la renoncule brillante à la plus humble moisissure, il existe des formes ou des espèces, animales ou végétales, par centaines de mille.

Si l'on essaye de classer les animaux ou les plantes par échelons ou degrés, on reconnaît que le problème est insoluble. L'arrangement des êtres vivants en passant du plus simple au plus compliqué sur une seule ligne est impossible.

Isidore Geoffroy Saint-Hilaire a été conduit à envisager d'une manière plus conforme à la réalité des faits ce classement des êtres. Il constate que si, partant de l'organisme le plus élémentaire, on monte d'une espèce à l'autre, arrivé à un certain terme, la série s'arrête et l'échelle est coupée. A côté des espèces ainsi classées, on en trouve d'autres, cependant, qu'on peut disposer, à leur tour, sur une série parallèle à la première, avec cette particularité que son premier échelon descend moins bas, et que son dernier échelon monte plus haut; à la base, celle-ci répond au second échelon de la première; au sommet, elle en dépasse la hauteur d'un échelon au moins. C'est la classification parallélique, qui explique pourquoi on ne peut passer du singe à l'homme et comment arrivé au plus parfait des singes, l'échelle s'arrête, coupée, et ne peut pas s'élever jusqu'à l'homme.

Cette classification est applicable dans les deux règnes non-seulement pour les familles, mais dans les familles pour les genres et dans les genres pour les espèces; elle convient aux minéraux et aux espèces chimiques.

Notre confrère a donc introduit dans l'esprit des classifications une pensée juste, en montrant que, pour représenter les affinités naturelles des formes, il fallait les ranger en séries linéaires courtes, réunir celles-ci en faisceaux parallèles et en construire des tables à deux ou trois entrées, comparables à la table de Pythagore.

Ce point de vue, auquel le nom de notre confrère reste attaché et qui, développé, prouve que c'est dans l'espace et non sur une ligne ou sur un plan qu'il convient de ranger les êtres pour que leurs affinités naturelles puissent se manifester dans tous les sens, rappelle dans la disposition qu'il avait choisie un souvenir puisé dans sa propre famille; car ce qu'il a fait pour les formes, son ancêtre l'avait fait pour les forces chimiques, il y a plus d'un siècle, quand il publiait les tables des affinités ou rapports des diverses substances en chimie; il avait aussi rangé celles-ci en séries linéaires et parallèles, selon leurs aptitudes à la combinaison.

A partir de l'année 1824, date de son premier écrit sur une espèce nouvelle de chauve-souris américaine, jusqu'en 1851 où parut son ouvrage sur la domestication des animaux, Isidore Geoffroy a publié près de cent mémoires, notices ou traités relatifs à l'histoire naturelle, à l'anatomie comparée ou à leurs applications. Dans toutes ces œuvres se révèlent les qualités dominantes de son esprit : une forte érudition, le besoin de donner à sa pensée une forme littéraire et à son raisonnement une forme philosophique, l'amour de la vérité, la recherche de la perfection et le désir d'être utile.

C'est ce désir qui, porté dans ses leçons, attirait vers lui un auditoire d'élite et plein d'affection, même dès ses débuts à l'Athénée

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

de la rue de Valois, théâtre où se sont essayés tant de maîtres, Babinet, Magendie, Bainville, et l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences morales et politiques, M. Mignet, lui-même dont l'éloquence persuasive et fine y avait laissé des souvenirs devant lesquels chacun s'inclinait. L'Athénée avait conservé le goût des lettres et des sciences parmi les gens du monde dans des temps troublés; il lui a manqué ces protecteurs prévoyants qu'on trouve toujours en Angleterre et qui ont fait prospérer l'Institution royale de Londres, née à son image.

Notre confrère obtenait de nouveaux succès, lorsqu'il était appelé à constituer la faculté des sciences de Bordeaux et à professer la zoologie dans cette ville qui compte tant de juges difficiles de l'art de la parole. Les qualités dont il avait fait preuve dès ses premiers pas, se retrouvaient plus tard, dans sa double chaire de la faculté des sciences de Paris et du Muséum d'histoire naturelle, fortifiées alors par l'expérience et appuyées sur une autorité personnelle désormais incontestée.

Notre confrère était né administrateur; dans les fonctions du décanat et dans celles de l'inspection générale, il avait montré cette réunion du bon sens, de l'esprit d'ordre et de la suite dans les idées, qualités nécessaires à celui qui doit conduire les hommes et qui entraînent leur dévouement, lorsqu'il s'y joint, comme on le reconnaissait en lui, l'amour de la justice et la bienveillance. Mais son talent pour l'administration s'est manifesté surtout dans l'impulsion qu'il a donnée à celle des collections du Muséum dont il était chargé. Il trouvait dans les galeries 7,500 oiseaux ou mammifères, il en laissait 27,000. On lui livrait à peine 300 animaux dans la ménagerie, il en laissait plus de 900. Il est vrai que cette accumulation de richesses, hors de proportion avec l'espace destiné à les loger, au lieu de lui attirer des remerciements, amenait sur sa tête, comme sur celles de ses collègues, coupables des mêmes fautes, le reproche d'avoir entassé objets sur objets.

Ces plaintes, nous pourrions les adresser à notre confrère, M. Roulin, notre savant et zélé bibliothécaire; lui aussi ne sait où loger ses livres; lui aussi les met sur deux et trois rangs; lui aussi, en glisse partout où il trouve un de ces coins inoccupés dont l'accès n'est pas toujours commode. Mais ce n'est pas que nous ayons trop de livres ni surtout que la science en produise trop : c'est que nous n'avons pas assez de place; telle était et telle est encore la situation et l'excuse des professeurs du Muséum; ce n'est pas la nature qui est trop riche; ce sont eux qui sont trop pauvres.

Les travaux d'histoire naturelle et d'anatomie comparée de M. Isidore Geoffroy embrassent toutes les branches de la science, mais se rapportent plus spécialement, cependant, aux animaux supérieurs dont il était chargé d'enseigner l'histoire. Ils ont trouvé un appréciateur autorisé et consciencieux dans notre éminent vice-président, M. de Quatrefages, qui écrivait, il y a dix ans, une notice savante et complète sur la vie et les travaux de notre regretté confrère.

Parmi les œuvres sur lesquelles il appelle l'attention et les regrets, l'ouvrage malheureusement non terminé qui l'occupait au moment de sa mort, *l'Histoire générale des règnes organiques*, mérite qu'on s'y arrête. C'est le fruit de trente années d'observations et d'études personnelles, ajoutées à celles que la longue carrière de son père lui avait permis de recueillir et de transmettre à son fils. Quatre-vingts années de travail de deux grands esprits qui devaient se résumer dans ces pages inachevées, donnent un prix infini à ce qui nous en est resté.

C'est là que nous trouvons l'expression de leur pensée sur la méthode, sur l'unité de composition des êtres, sur les classifications, sur l'espèce, sur l'hérédité, sur les races et sur l'unité du genre humain.

Notre confrère, en publiant ce livre, dédié à son illustre père, inscrivait modestement à la première page ce vers connu :

Même étant fait par moi, cet ouvrage est le tien.

Personne, mieux que lui, n'avait le droit de prendre le rôle de continuateur et d'interprète des idées philosophiques de son père. Celui qui veut les reconnaître et qui désire les apprécier avec exactitude doit lire, en effet, l'œuvre qu'il a consacrée à la mémoire du créateur de la philosophie anatomique sous le titre de : *Vie, Travaux et Doctrine scientifique d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire.* Ce beau volume n'est pas seulement une biographie pleine d'intérêt, mais c'est surtout un lucide exposé des opinions professées par son père ou par ses contemporains sur les points les plus élevés de la science.

L'unité de plan considérée comme ayant présidé à la composition des animaux y joue le rôle prépondérant; elle y est ramenée à ses vraies limites et défendue contre les fausses conséquences qu'on en tirait déjà.

S'il est plus facile d'affirmer que de démontrer qu'un seul plan ait été suivi dans la création de tous les êtres sans exception, il est incontestable que les animaux, les plantes, les minéraux et même les productions de la chimie offrent de vastes groupes dont toutes les espèces peuvent être rapportées à un même type. L'unité de plan qui préside à la constitution des vertébrés, en pleine évidence par Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, reparaît dans chacun de ces groupes et constitue une loi de la nature.

Mais, loin de considérer cette formule comme mettant une entrave à la liberté du créateur ou imposant une gène à sa puissance, l'illustre anatomiste voyait dans la découverte de ce principe nouveau, au profit de la pensée humaine, un pas de plus vers la connaissance de Dieu.

Son fils rappelle avec raison, à ce propos, que Newton, si profondément religieux, après avoir admiré l'unité de plan qui règne dans les cieux; après l'avoir signalée comme démontrant l'intervention de la sagesse et de l'intelligence de l'Être toujours vivant, en reconnaît une nouvelle preuve dans cette autre unité de plan et d'exécution, signe caractéristique de toute beauté qui s'observe chez les animaux.

Isidore Geoffroy, s'éloignant de quelques naturalistes qui avaient appartenu à l'école de son père, démontre de plus, dans cet ouvrage, que celui-ci n'a jamais mis l'unité de l'homme en doute et qu'il n'a pas considéré le genre humain comme formé de plusieurs espèces qui auraient paru sur la terre en des lieux différents. Il va plus loin, même à ce sujet, comme s'il prévoyait que les doctrines de sa famille seraient un jour travesties, et comme s'il voulait protester d'avance contre cette humiliation et cette douleur. Il s'était déjà séparé, dès sa jeunesse, de ces savants qui classent l'homme dans le règne animal, en considération de sa nature morale. Dans ses derniers écrits, notre confrère veut même qu'on fasse de l'homme un seul règne, le *règne humain*, le soustrayant ainsi à cette étude brutale, qui, ne prenant dans l'homme que ce qui n'est pas l'homme, sa chair périssable et mortelle, ne sait plus comment le distinguer des animaux.

Haller, le premier et presque le seul de son temps, avait compris la faute involontaire commise par Linné, qui, tout en appelant l'homme le sage par excellence, *Homo sapiens*, ne le plaçait pas moins à la tête du règne des animaux et parmi eux. Il n'ose pas, s'écriait Haller, indigné de cet abus de la classification, il n'ose pas affirmer que l'homme n'est pas un singe et que le singe n'est pas un homme! Notre confrère se fût mis du côté de Haller et non de celui de Linné, et il n'eût pas accepté pour l'homme cette origine bestiale destinée à le conduire vers une fin plus bestiale encore, dont il convient de laisser la gloire et le profit moral à l'Allemagne qui l'a inventée.

En terminant cette étude, arrêtons nos regards sur le tableau que présentait, pendant les grandes joûtes scientifiques des années voisines de 1830, l'intérieur de la famille Geoffroy, souvenir historique bien cher à ceux, en petit nombre, qui ont le droit d'en parler comme témoins.

Étienne Geoffroy Saint-Hilaire, plein de vie et de gloire, appuyé par Goëthe et Ampère, soutenait contre Cuvier au sein de l'Académie des sciences la plus grande discussion philosophique du siècle, tenant en suspens tous les savants de l'Europe et partageant les jeunes talents en deux camps. Soutenu par une compagne digne

de partager les émotions de son âme élevée, et par un fils capable de comprendre ses pensées ou de les deviner, sa demeure était embellie par la présence de ses deux jeunes filles, dont l'une devait quitter ce monde avant l'heure, tandis que l'autre, Mme Stéphanie était réservée par la Providence pour adoucir les dernières années de son illustre père.

En ce moment, Isidore Geoffroy Saint-Hilaire venait de s'unir à la fille d'un éminent industriel, Mlle Louise Blacque, la grâce même et la plus exquise bonté; jeune femme, dont un statuaire illustre a immortalisé les traits délicats et charmants, dont le souvenir aimable et sympathique est demeuré dans tous les cœurs.

C'est dans ce milieu patriarcal, au sein de cette famille justement fière de son chef, vouée au culte de tous les bons sentiments et dès longtemps adoptée par les plus hautes amitiés; c'est dans ce Jardin des plantes, temple de la nature, dont il devait enrichir lui-même les collections, c'est avec le secours d'une érudition précoce, favorisée par la possession de la plus précieuse des bibliothèques, que notre confrère Isidore Geoffroy Saint-Hilaire entrait, à la fois, dans la vie du monde et dans celle de la science.

La mort de Cuvier fut le premier coup porté à cet ensemble de conditions où toutes les satisfactions de l'intelligence et toutes les jouissances du cœur se trouvaient réunies. Cuvier tombait dans sa force, en 1832, le jour même où il terminait son cours au Collége de France avec un éclat incomparable; sa mort imprévue blessait profondément à la fois le Musée d'histoire naturelle et l'Académie des sciences. Elle mettait un terme aux savants débats qui s'agitaient entre lui et Geoffroy et qui tenaient l'Europe attentive. Nulle part, la perte que la France et la science venaient d'éprouver ne fut plus vivement sentie que dans la famille Geoffroy.

Pour le père, tous les souvenirs de jeunesse, de travail en commun, de nobles émulations, se ravivaient et venaient troubler son âme; condamné désormais à énoncer ses doctrines sans contestation et sans contrôle, il voyait descendre le débat du piédestal élevé où la rivalité de Cuvier l'avait placé; il restait dans la situation d'un athlète prêt à la lutte, qui, ne trouvant pas d'adversaire, laisse tomber dans le vide ses bras découragés. Je l'entends encore, s'écriant avec douleur et conviction : Je perds la moitié de moi-même et la meilleure! Que les partisans des doctrines Geoffroy ne l'oublient pas, personne n'a mieux compris, n'a plus sincèrement admiré, n'a plus profondément regretté Cuvier que le chef de leur école!

Pénétré du même sentiment, Isidore Geoffroy, les yeux pleins de larmes, consacrait, le jour même, une des leçons qu'il professait à l'Athénée à glorifier les travaux de Cuvier, à montrer la splendeur de son œuvre, à exalter l'immensité de ses services, à payer la dette de la France et celle de la science sur la tombe à peine fermée qui venait de recueillir les restes du grand homme.

A la hauteur morale où se trouvaient placés Cuvier et les deux Geoffroy, les sentiments exprimés par ces derniers étaient si naturels qu'on pourrait se dispenser de les signaler. Quelques dissidences qui les séparent, les grandes intelligences n'oublient pas qu'elles sont sœurs et se rendent réciproquement justice. Abaisser ce qui s'est élevé par le génie, avilir ce qui s'est ennobli par l'éclat des services, n'appartient qu'aux âmes basses et aux cœurs dépravés.

Cuvier mort, cette lumière puissante éteinte, Geoffroy père n'avait plus de contradicteur; il n'avait devant lui ni rival à combattre, ni antagoniste à convaincre. Bientôt, comme si la destinée voulait marquer que ses plus belles découvertes étaient le produit d'une flamme intérieure et non le résultat d'une étude accomplie par l'intermédiaire des sens, sa vue s'affaiblissait, se perdait, et il ne restait en communication avec cette nature, dont il a été l'un des plus profonds interprètes, que par la magie des souvenirs, et par le tableau qu'une philosophie douce et résignée lui en montrait encore, coloré par sa vive imagination, animé par sa pénétration extraordinaire.

Après avoir perdu ce père vénéré, notre confrère Isidore Geoffroy s'appliquait à en préciser les doctrines, à les développer, à les justifier vis-à-vis des savants désintéressés, à les défendre envers les ennemis qui les attaquaient, et à les garantir souvent des excès des amis dangereux qui en exagéraient le sens et la portée, lorsqu'il se vit menacé et frappé dans ses plus chères affections. La compagne de sa vie se débattait au milieu des siens, atteinte d'un mal qui ne pardonne pas, et disparaissait, toujours gracieuse et souriante, comme un de ces purs esprits qui, ayant à peine connu les liens de la matière, abandonneraient le monde sans regret, s'ils ne laissaient après eux des cœurs inconsolables.

Cette séparation était au-dessus des forces de notre confrère. L'amour de la science, le sentiment du devoir envers ses enfants et sa mère, son dévouement à la jeunesse qui écoutait ses leçons, son désir d'assurer le succès des fondations dont il s'était fait le promoteur et qui se développaient sous son inspiration, tout lui prescrivait de vivre; mais les heures s'écoulaient glacées, et les soirées étaient tristes dans ce sanctuaire plein de souvenir où la moindre agitation de l'air rappelait le frôlement discret de l'ange du foyer, envolé pour toujours.

Lorsqu'un ami, inquiet, pénétrait dans cet asile et qu'il essayait de soutenir ce pauvre blessé par une conversation d'intérêt général, il s'y prêtait d'abord avec résignation et se laissait entraîner par le profond amour du vrai, du bien et du beau, dont il était animé; à la moindre issue, cependant la douleur reprenait son empire et quelques mots ou même un simple regard avertissait que notre confrère demandait grâce, aspirant à se replier dans son affliction et se reprochant de s'en être distrait. C'est ainsi qu'à peine âgé de cinquante-cinq ans, le 10 novembre 1861, il s'éteignait, le cœur brisé, sous les atteintes d'un mal sans nom.

La vie d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire fut trop courte pour la science, qui avait le droit d'attendre de lui de grandes œuvres, trop courte pour son digne fils et pour sa fille si chère, madame d'Andecy, à qui il devait encore de nombreuses années de ce bonheur dont ils gardent le plus tendre souvenir, mais assez longue pour laisser dans le cœur de ses confrères, de ses collègues, de ses amis, pour laisser partout ces regrets profonds et durables qu'inspirent le souvenir d'une belle âme et celui des travaux sérieux, heureusement accomplis.

C'est ainsi que la veuve d'Étienne Geoffroy, après avoir connu sa maison pleine d'honneur, de prospérité, de gloire, de science et de joie intime, ayant perdu en quelques années son mari, son fils, deux filles et une bru bien-aimée, demeure seule, dans sa retraite historique respectée par tous les pouvoirs, comme l'un des rares et derniers liens qui nous rattachent à un passé qui s'éloigne. Mme Geoffroy Saint-Hilaire a vu naître l'Institut; elle a vécu au milieu des illustrations de l'ancienne Académie des sciences, et elle n'a rien oublié. Son âme ferme a supporté tous les malheurs avec résignation; sa bonté ne s'occupe que des souffrances d'autrui; on dirait, en présence de cette sérénité, que, dépositaire du génie des deux Geoffroy, dont elle fut l'épouse et la mère, elle attend, pour les rejoindre dans un monde plus élevé, qu'un de ses arrière-petits-enfants, se vouant tout entier à la science, ait reçu de ses mains le drapeau qui a si longtemps brillé sur sa demeure, prêt à en porter le poids, comme représentant de sa dynastie et comme héritier de sa race.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Bordeaux médical*; — le deuxième fascicule du tome VII de l'*Académie royale*

de Belgique, comprenant les mémoires des concours et savants étrangers. Ce fascicule est entièrement consacré à un très-important travail de M. Louis Gallez; ce mémoire est intitulé *Histoire des kystes de l'ovaire envisagée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement*.

M. LARREY fait hommage d'un nouvel ouvrage intitulé *Nouvel abrégé des éléments de physiologie*, par Toussaint Martin.

M. DEMARQUAY fait hommage d'un ouvrage intitulé *Maladie des ovaires, leur diagnostic et leur traitement*, par T. Spencer Wells.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

M. FORGET. M. Giraldès a cité, dans la dernière séance, des dentistes anglais qui auraient parlé des kystes dentaires en 1841. Au moment où j'ai fait mon mémoire, les faits n'étaient pas connus, et je les ai fait connaître. Je dois dire qu'il y a déjà vingt ans, M. Guibout avait rattaché à une lésion du follicule dentaire les kystes dentaires; j'ai ajouté quelque chose et j'ai étendu la théorie en rapportant les kystes solitaires aux kystes dentaires; mais pour moi il y a des kystes multiloculaires qui existent dans la mâchoire comme dans les autres os, et si je voulais émettre ici une opinion personnelle, je dirais que je crois les kystes multiloculaires plus fréquents que les kystes dentaires.

RAPPORT

Sur l'aspiration des liquides et des gaz contenus dans la hernie étranglée. — M. DEMARQUAY, au sujet d'une observation présentée par M. le docteur Bailly, médecin à Chambly, lit le rapport suivant :

Messieurs, je me suis hâté de faire un rapport détaillé sur l'observation qui vous a été adressée par M. le docteur Bailly : 1° parce que le fait qui vous a été signalé est digne d'intérêt, et 2° parce l'aspiration des liquides et des gaz contenus dans une anse intestinale herniée et étranglée est un fait chirurgical d'un grand intérêt, qui réalise un grand progrès dans le traitement des hernies. Il est donc tout naturel que la Société de chirurgie, dans la haute position qu'elle occupe dans l'esprit du monde médical, se prononce dans une semblable question.

Comme je suis partisan de l'aspiration appliquée dans une certaine limite au traitement de la hernie étranglée, la Société ne m'en voudra point d'affirmer ma conviction. Toutefois, avant de traiter dans ses détails l'aspiration pour le traitement des hernies étranglées, je dois d'abord faire connaître le fait qui est l'occasion de ce rapport.

Le samedi 7 septembre, M. le docteur Bailly fut appelé, à dix heures du soir, près d'une dame de 58 ans, affectée depuis quarante ans d'une hernie crurale gauche, étranglée depuis le matin. Notre confrère resta deux heures près de la malade, il fit des tentatives infructueuses pour réduire l'anse intestinale étranglée. Ne pouvant y parvenir, il remit au lendemain matin l'opération de la kélotomie, si la réduction était impossible sous l'influence du sommeil chloroformique.

Plusieurs tentatives faites avec sagesse ayant été infructueuses, M. Bailly, aidé d'un de ses confrères, M. Mesier de Beaumont, se mit en mesure de pratiquer l'opération de la hernie étranglée.

Le premier temps de l'opération ne présenta rien de particulier; mais le sac herniaire mis à nu, notre jeune confrère se demanda s'il ne pourrait point réduire, après avoir aspiré avec une seringue de Pravaz une certaine quantité de liquide et de gaz. L'aspiration fut répétée trois fois : M. Bailly essaya de nouveau de réduire la hernie étranglée sans plus de succès. Il ouvre alors le sac et ponctionne de nouveau l'intestin, et retire deux nouvelles seringuées de liquide et de gaz.

La distention de l'intestin ayant diminué, notre confrère pratique tout doucement le taxis et l'intestin rentre; toutefois la réduction était limitée par une adhérence de l'épiploon contenue dans la hernie avec l'intestin. Ces adhérences sont détachées délicatement, et la réduction facilement obtenue.

La malade a parfaitement guéri.

Avant de discuter le fait intéressant qui vous a été présenté et qui est un procédé important dans la méthode de l'aspiration appliquée à la réduction des hernies étranglées, il importe de voir si la méthode elle-même est bonne et si elle doit être conservée et encouragée. Quant à moi, je crois que cette pratique, née d'hier et qui a déjà donné de bons résultats, a droit à votre attention, et qu'elle doit être encouragée et recommandée dans les limites que nous indiquerons plus loin.

Elle doit être encouragée : 1° parce qu'elle est innocente. Tout le monde sait que, depuis longtemps, on a pratiqué, sur l'homme et sur les animaux, des ponctions de l'intestin grêle ou du gros intestin sans amener d'accident sérieux. J'ai souvent fait cette ponction sans avoir à me reprocher d'avoir aggravé l'état de mes malades. Souvent elles ont été inutiles; mais leur inutilité tenait à des causes générales sur lesquelles je n'ai point à insister ici. D'ailleurs, les ingénieuses et souvent heureuses applications de l'acupuncture faites autrefois par M. Cloquet prouvent que tous nos tissus sont perméables aux aiguilles aciérées, et que celles-ci n'amènent généralement aucun accident, quel que soit l'organe qui a été traversé. D'ailleurs, notre honorable président n'a-t-il point expérimentalement démontré cette innocuité en montrant qu'une anse intestinale, piquée par un fin trocart aspirateur, ne laissait, à l'autopsie, sortir aucune goutte de liquide, ni un bulbe de gaz, malgré la pression exercée sur l'intestin soumis à l'expérience ;

2° Il ne suffit pas de démontrer qu'une opération est innocente, il faut encore démontrer qu'elle est utile et rationnelle. Son utilité est démontrée par la clinique. En effet, un de mes internes, M. Gérard, qui a recueilli tous les faits publiés jusqu'à ce jour (1), démontre que sur 23 faits, 13 fois elle a favorisé d'une manière incontestable la rentrée de la hernie.

Dans les 10 faits où elle a échoué, souvent l'aspiration a manqué son but; mais on doit dire aussi que souvent elle n'a point été faite avec assez de précision.

Ces faits ne peuvent point être invoqués contre la méthode ; et d'ailleurs, fussent-ils des insuccès, ils ne pourraient point être invoqués contre l'aspiration, attendu qu'ils ont été innocents, et qu'en un mot, ils n'ont point aggravé la situation du malade. J'ajouterai que l'aspiration est rationnelle ; je n'en veux pour preuve que ce qui se passe dans le taxis suivie de succès. Qu'observe-t-on dans cette opération bien faite et suivi de succès ? Un bruit spécial qui indique que la distension de l'intestin à cessé et qu'une certaine quantité de liquide et de gaz sont restés dans l'intestin. Ce bruit particulier que font le liquide et les gaz en se déplaçant sont les signes certains de la rentrée heureuse de l'intestin.

Malheur à celui qui voudrait obtenir par le taxis la rentrée de la tumeur herniaire avant son affaissement ; il n'obtiendrait que la rentrée en masse de l'intestin et aurait singulièrement aggravé la situation du malade. La distension de l'intestin est donc une cause d'étranglement dans une certaine mesure, et quand celle-ci est arrivée à un certain point, l'intestin s'infléchit sur l'anneau qui étrangle, et devient, comme l'a montré notre éminent collègue, M. Chassaignac, une cause de section de l'intestin.

On peut d'ailleurs acquérir facilement la preuve du fait que j'avance en faisant l'expérience suivante : que l'on jette un ruban de fil sur une anse intestinale distendue par des gaz et que l'on cherche à réduire par une espèce de taxis, il est possible que la réduction soit difficile ou impossible. Que l'on pique alors l'intestin, que l'on donne issue aux gaz, et la réduction, qui était difficile ou impossible, se fera avec facilité.

Si la distension de l'intestin est une des causes qui rendent le taxis souvent inutile, et si on peut la faire disparaître par une

(1) *Sur l'aspiration appliquée au traitement des hernies étranglées.*

opération simple, facile, à la portée de tous les praticiens, il est bien évident qu'il faudra y recourir.

Mais, me dira-t-on, la distension de l'intestin par des liquides et des gaz n'est pas la seule cause qui s'oppose à la réduction des hernies ; il existe d'autres influences, d'autres raisons d'irréductibilité contre lesquelles l'aspiration ne peut absolument rien. Cela est vrai, mais les causes d'irréductibilité ne font point que l'aspiration n'ait été utile 13 fois sur 23.

Mais, dira-t-on, en pratiquant l'aspiration à travers les téguments, vous vous exposez à réduire, dans la cavité abdominale, une anse d'intestin plus ou moins malade. Ce reproche ne peut être adressé à l'aspiration elle-même, mais bien au taxis, puisque l'aspiration n'a qu'un but, celui de favoriser le taxis ; elle doit donc cesser quand celui-ci n'est plus indiqué. Il est bien évident que le champ d'application variera suivant que le chirurgien admettra ou n'admettra point le taxis forcé, et suivant qu'il sera favorable à l'opération de la kélotomie faite de bonne heure. Pour moi, qui suis contre le taxis forcé ou prolongé, il est bien évident que l'aspiration à travers les téguments se trouvera limitée dans son application, et j'ajouterai même que la modification apportée au procédé de l'aspiration, par M. Bailly, me confirme encore plus dans mon opinion sur la nécessité d'opérer de bonne heure.

Chaque année je suis appelé à pratiquer l'opération de la hernie étranglée sur plusieurs malades ayant subi des taxis forcés ou prolongés ; eh bien, je dois l'avouer, la plupart de ces malades succombent. C'est une opération souvent grave que le taxis, et qui demande une main exercée pour être conduite à bonne fin.

Mais, dira-t-on, par le taxis forcé ou prolongé on a réduit des hernies pour lesquelles la kélotomie aurait été funeste. Cela est vrai ; mais, à mon tour, je vous demanderai le chiffre des victimes du taxis, soit que la hernie ait été réduite en masse, soit que l'intestin ait été déchiré ou dépouillé de sa membrane séreuse par une opération mal faite ou prolongée outre mesure. Le taxis répété n'aurait-il que l'inconvénient de faire durer l'étranglement, qu'il serait déjà un danger ; à plus forte raison quand il est appliqué contre une de ces hernies serrées chez lesquelles, suivant le mécanisme indiqué par M. Chassaignac, l'intestin se coupe très-promptement. Sans doute, un chirurgien instruit ne tombera pas dans de pareilles erreurs ; il saura se défendre contre certains entraînements et même contre certains préceptes formulés par des hommes éminents. Mais la hernie est une maladie commune dans toutes les classes de la société, et le chirurgien compétent n'est point toujours appelé dans un temps opportun ; son intervention n'est souvent demandée que lorsque les désordres ont été déterminés par une main inhabile.

L'aspiration appliquée à la réduction des hernies, lorsqu'elle est bien faite, ne présente point les mêmes inconvénients ; elle fait disparaître un corps étranger, les gaz, et rend facile la réduction de l'intestin. C'est à tort que l'aspiration dans la hernie étranglée a été comparée à l'aspiration faite pour vider le liquide d'une hydarthrose. Dans le premier cas, vous enlevez en quelque sorte un corps étranger qui gêne les fonctions intestinales ; cela fait, elles peuvent se rétablir dans leur intégrité, tandis que lorsque vous videz une articulation malade, vous n'agissez que sur un symptôme de la maladie ; le liquide de l'hydarthrose enlevé, il reste la cause générale qui a produit la maladie et qui peut encore être en action, suivant l'expression de Hunter, et finalement il reste la maladie elle-même, que vous pouvez irriter et aggraver par vos piqûres, ainsi que j'en ai vu un exemple assez grave il y a quelques mois.

Si l'aspiration des liquides et des gaz peut et doit être appliquée au traitement des hernies comme moyen de rendre le taxis facile, quand doit-elle être appliquée ?

A cela je répondrai : le plus tôt possible, aussitôt que le chirurgien a constaté que le taxis, précédé du sommeil chloroformique, est impuissant à réduire une hernie ; il devra procéder à l'aspiration des liquides et des gaz contenus dans l'intestin, et cela fait, essayer de réduire la hernie. Souvent par cette pratique il réussira, et quand il n'aura point réussi, il se mettra en mesure de pratiquer la kélotomie. L'aspiration des liquides et des gaz à travers les téguments est donc la compagne obligée du taxis ; elle est indiquée tant que celui-ci est indiqué et cesse de l'être avec lui. Mais nous avons vu par l'opération de M. Bailly, que ce jeune médecin avait fait faire un pas à la question, et qu'il avait pratiqué l'aspiration à travers le sac herniaire mis à nu et ensuite à travers l'intestin.

Nous allons actuellement discuter la pratique de notre confrère et voir dans quelles conditions elle peut être suivie.

Nous avons vu que M. Bailly, après avoir fait le soir un taxis infructueux, était revenu le lendemain à la même opération, c'est-à-dire vingt-quatre heures après les premiers signes de l'étranglement. Ce taxis n'a point réussi, mais il n'a amené aucun désordre grave, l'intestin étant, dans ce cas, protégé par une petite masse épiploïque. Toutefois, à moins de conditions spéciales, je ne voudrais point recourir au taxis dans une hernie crurale étranglée après vingt-quatre heures.

L'irréductibilité d'une hernie une fois constatée et l'opération de la kélotomie étant indiquée, faut-il que le chirurgien ait recours à l'aspiration des liquides et des gaz à travers le sac ? ou doit-il attendre que le sac soit incisé et qu'il ait bien constaté l'état de l'intestin avant d'agir ?

Pour moi, il n'y a point de doute, il faut découvrir l'intestin, étudier la cause et le siége de l'étranglement, les altérations des parties étranglées. Cela fait, il faut faire l'aspiration avec grand soin ; celle-ci va vous donner un double résultat : 1° elle vous permettra de réduire l'intestin sans aucun débridement ; toutefois, je ne pratiquerais la réduction de l'intestin qu'après l'avoir amené un peu au dehors et m'être bien assuré qu'aucune section ou gangrène ne s'oppose à la réduction ; 2° l'aspiration doit encore, quand elle est insuffisante, rendre le débridement soit du collet du sac, soit de l'anneau qui étrangle, plus facile. En effet, ce temps de l'opération est souvent rendu difficile à cause de l'intensité de l'étranglement, et aussi à cause de la distension intestinale ; l'extrémité du doigt indicateur et même l'ongle pénètre quelquefois difficilement entre l'intestin et la partie qui étrangle ; l'intestin distendu vient entourer le doigt et le chirurgien court ainsi la chance de le blesser, ainsi que le mésentère lui-même. Depuis longtemps j'ai porté mon attention sur les lésions du mésentère soit par le fait de l'étranglement, soit par l'opération, et je me suis convaincu que les lésions non étudiées de cet organe exposent à un grand nombre d'accidents, accidents que j'ai pu reproduire sur les animaux. Ces recherches seront prochainement publiées par un de mes élèves, M. Dupuis. Si la lésion de l'intestin ne permet point la réduction, le chirurgien se conduira suivant les préceptes de l'art, sur lesquels je n'ai point à insister.

Une objection en apparence sérieuse peut être faite aux idées que je viens d'émettre ; il peut se faire que l'aspiration des liquides et des gaz de l'intestin étranglé soit insuffisante et que la réduction de la partie herniée soit irréductible ; dans ce cas, je n'hésiterai pas à pratiquer la kélotomie, bien convaincu que si l'aspiration a été inefficace, c'est qu'il existe dans le sac herniaire des adhérences ou des conditions anatomiques qui s'opposent à la réduction, et qu'alors ce qu'il y a de mieux à faire, c'est d'agir sur-le-champ.

En terminant ce rapport, je viens demander à la Société de vouloir bien 1° adresser des remerciements à notre jeune confrère au sujet de l'observation intéressante qu'il vous a adressée, — la Société ne saurait trop encourager les jeunes travailleurs, et 2° de renvoyer le travail de M. Bailly au comité de publication. (Adopté.)

(*A suivre.*)

CORRESPONDANCE

—

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 novembre, je lis le résumé d'une communication sur la transfusion faite, le 6 septembre der-

nier, par M. le docteur A. Guérin, devant l'Association française pour l'avancement des sciences.

« On a songé, dit, d'une part, mon savant confrère, à aboucher une artère à une veine; mais le sang déjà transformé arrivait inutilement dans le poumon; *aussi les animaux mouraient.* »

Lower, Blundell, Dieffenbach avaient employé le sang artériel et n'avaient pas toujours échoué. M. Morel (thèse, 1856) a fait des expériences comparatives veinoso-veineuses et artérioso-veineuses; autant les premières avaient été négatives, autant les secondes lui avaient donné des succès inespérés.

D'autre part, cette communication semblerait faire croire que l'on n'aurait pas songé à aboucher une artère à une artère. Bérard dit, en effet :

« On peut agiter, au point de vue purement physiologique, mais non au point de vue pratique, la question de savoir si le sang veineux convient mieux que le sang artériel, ou si c'est le contraire; la transfusion devant se faire d'homme à homme, on ne s'avisera *jamais* d'ouvrir une artère à la personne qui donnera généreusement son sang pour en arracher une autre à la mort. »

Voici ce que je répondais à Bérard dans un petit mémoire intitulé *Quelques aperçus nouveaux sur la transfusion*, en 1856, pages 7, 8, 9 et 16, 17 :

« Nous respectons profondément le sentiment qui a porté l'honorable professeur à formuler une opinion aussi exclusive; mais nous regrettons de ne pouvoir la partager entièrement.

« Prendre le sang dans la veine d'un homme bien portant et prendre son sang dans l'artère ne sont certes pas deux choses semblables : l'ouverture de la veine au moyen de la lancette est une opération simple, facile, le plus souvent sans danger; l'ouverture de l'artère par le même moyen est loin d'être simple, facile et surtout sans danger; en un mot, elle ne semble pas praticable. Toutefois, lorsque la phlébite se déclare, la mort en est trop souvent la suite; l'inflammation de l'artère est bien plus rare et n'a pas de si fâcheux résultats.

« Si, au lieu d'ouvrir l'artère (1) par la lancette, on la découvre dans une portion de son étendue, comme pour la ligature, si l'on procède à son ouverture par une section complète et qu'on lie provisoirement *avant* la transfusion du sang et définitivement *après*, cette opération compromettra-t-elle la vie de la personne? Ce serait un cas exceptionnel, s'il en était ainsi. L'anévrysme n'est pas non plus à craindre (2). La circulation sera tout au plus affaiblie pour quelque temps dans l'extrémité où l'artère se distribue. Cette opération est donc praticable.

« Loin de nous, pourtant, la pensée de vouloir faire *à priori* une règle générale de la transfusion du sang artériel; l'expérience est, en pareil cas, le meilleur guide. Nous ne nous dissimulons pas non plus que celui qui se soumet volontiers à la saignée accepterait de la même manière la ligature d'une artère. Quelque généreux qu'il soit, nous ne croyons pas que l'humanité puisse exiger un tel sacrifice d'un homme qui veut bien donner son sang pour une personne qu'il ne connaît pas!

« Mais n'avons-nous donc que des étrangers autour de nous?... Ne voyons-nous pas que la transfusion du sang veineux a été impuissante pour rappeler à la vie cette jeune mère, cette épouse éplorée qui peut-être vit encore!... Son fils, son époux, sont prêts à tous les sacrifices; les larmes aux yeux, ils vous supplient de l'arracher à la mort, car ils savent qu'une mère bien-aimée, une épouse chérie ne se remplacent jamais sur la terre! La témérité, en ce cas, s'excuse; la timidité est un remords.

« Il peut donc se présenter telle circonstance qui permet au chirurgien d'avoir recours à la transfusion du sang artériel. Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur les moyens que l'on possède aujourd'hui pour pratiquer cette opération sans trop de douleur pour la personne qui donne son sang. » (Pages 7, 8 et 9.)

« Dans ce cas, le sang n'arriverait au cœur qu'après un temps peut-être trop long pour ranimer ses contractions. Il est vrai qu'en suivant cette voie, l'air qui y pénétrerait avec le sang se divisant à l'infini comme l'artère, n'aurait pas l'inconvénient d'arriver subitement au cœur et d'éteindre ses mouvements. Il est vrai aussi que les petits caillots fibrineux susceptibles de se former dans l'artère n'auraient pas le même danger que s'ils se formaient dans la veine; ils compromettraient momentanément la circulation artérielle, voilà tout (1).

« Mais si nous observons : 1° qu'il faut, tout d'abord, réveiller les contractions du cœur; 2° que la respiration est pour ainsi dire nulle, et que, par suite, l'action aspiratrice qu'elle exerce sur la circulation veineuse est égale à zéro; 3° enfin que la circulation générale existe à peine, il sera facile de comprendre que le sang ait beaucoup de difficulté pour passer de l'artère dans les vaisseaux capillaires, puis dans les veines et de là au cœur; cependant, quels que soient les obstacles, la force du jet du sang artériel, si la *transfusion est immédiate*, peut les faire disparaître plus ou moins complétement. Mais nous laissons à l'expérience le soin de se prononcer à cet égard. » (Pages 16 et 17.)

Veuillez agréer, etc. Dr Moura.

16 novembre 1872.

(1) Une artère secondaire et de peu de volume suffit.
(2) A moins que l'artère ne soit le siége d'une altération.

(1) Nous entendons parler des artères des membres supérieurs et des membres inférieurs.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(6e liste.)

Total des listes précédentes	1,717 fr.
MM. Ol. Du Vivier (de Liége)	20 fr.
Bonvallet	20
Cramoisy	5
Total	1,762 fr.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

368. Bernier. De l'emploi des enduits isolants contre les complications inflammatoires de la fièvre typhoïde.
369. De Welling. Des kystes hydatiques du cœur.
370. Meslier. Des pleurésies rhumatismales.
371. Ricochon. Remarques sur l'aphasie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine s'est réunie, le 28 novembre, pour dresser la liste de présentation des candidats pour la chaire d'anatomie pathologique.

Après trois tours seulement de scrutin, la liste a été formée de la manière suivante :

1° M. Charcot, 2° M. Laboulbène, 3° M. Parrot.

— *Concours de l'externat.* La question du mardi, 26 novembre, a été : *Symptômes des fractures.*

Concours de l'internat. — La question du mercredi, 27 novembre, a été : *Péricarde, signes et diagnostic de la péricardite.*

— L'Association française contre l'abus des boissons alcooliques tiendra sa deuxième réunion générale annuelle dimanche, 1er décembre, à 4 heures du soir, 17, rue de l'Abbaye.

Ordre du jour : 1° rapport du secrétaire général sur les travaux de l'œuvre depuis sa fondation ; 2° élection, s'il y a lieu, d'un membre du bureau et de trois membres du conseil ; 3° révision des statuts et du règlement intérieur ; 4° communications diverses.

— M. le docteur Onimus commencera son cours d'électricité médicale mardi, 3 décembre, à 4 heures, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, et les continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'oreille. Exploration de l'oreille à l'état physiologique et pathologique, examen devant les conseils de révision des sujets qui sont ou se prétendent atteints de surdité, par le docteur Lévi, médecin-major de l'armée. 1 vol. in-8° avec 3 planches en chromo-lithographie. — Prix : 3 francs 50. — Paris, Adrien Delahaye.

De l'inoculation cancéreuse (expériences nouvelles), par le docteur Hyvert. 1 vol. in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Épithélioma perlé ou margaritoïde de l'iris, par le docteur F. Monoyer, professeur agrégé de l'ancienne Faculté de médecine de Strasbourg. Note accompagnée d'une planche chromo-lithographiée. Brochure in-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, 1872. Berger-Levrault.

Mémoire sur le paraphimosis, par le docteur Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi. 1 vol. in-8°. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Du tabac. Son histoire, ses propriétés, son usage nuisible à la santé, à la morale et aux grands intérêts sociaux, par Aug. Gaffard (d'Aurillac). 2e édition. 1 vol. in-18 de 184 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1872. — Chapoulaud frères.

Des ressources nouvelles de l'orthopédie physiologique, par le docteur Dailly. Brochure in-8° de 32 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, 1872, Georges Masson.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 140. — MARDI 3 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 3 DÉCEMBRE 1872. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier). — De l'emploi du carbazotate d'ammoniaque comme succédané du sulfate de quinine M. Dujardin-Beaumetz). — Des ressources nouvelles de l'orthopédie physiologique (M. Dally). — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. Concours pour l'agrégation en Anatomie. — Nécrologie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 2 décembre 1872.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Lundi dernier, l'Académie a tenu sa séance annuelle ; mais la semaine précédente une communication importante avait eu lieu, et nous avons à l'apprécier devant nos lecteurs, car elle intéresse vivement les physiologistes et les médecins.

M. Pigeon avait adressé à l'Académie un mémoire sur l'origine du calorique dans l'économie, et M. Bouillaud avait été chargé de faire un rapport sur ce mémoire. C'est à cette occasion que l'éminent professeur a donné un aperçu de ses propres opinions.

Remontant à l'immortel inventeur de l'*oxydation*, à Lavoisier, M. Bouillaud cite textuellement celui-ci, pour montrer comment il avait appliqué la découverte à l'acte de la respiration et de la génération de la chaleur animale :

« Dans la respiration, comme dans la combustion, dit Lavoisier, c'est l'air qui fournit l'oxygène et le calorique. Il extrait du sang une portion de carbone et d'hydrogène, et y dépose à la place une portion de son calorique spécifique, qui, pendant la circulation, se distribue avec le sang dans toutes les parties de l'économie animale, et y distribue cette température à peu près constante que l'on observe dans tous les animaux qui respirent. »

M. Bouillaud se montre évidemment partisan de cette théorie « lumineuse et séduisante » et adresse quelques critiques très-justes à Chaussier et à Bichat, qui s'en déclarèrent les adversaires.

Plutôt que d'accepter la théorie de la *combustion*, Chaussier préféra inventer une propriété vitale nouvelle, la *caloricité*. Bichat n'acceptant pas cette propriété, confia la *sécrétion* de la chaleur animale à une fonction nouvelle qu'il désigna sous le nom de *calorification*.

M. Bouillaud, par des arguments irréfutables, a réduit à néant la propriété de l'un et la fonction de l'autre ; mais il n'a pas été aussi heureux en s'adressant à d'autres adversaires de Lavoisier. Ce dernier avait placé le *principal foyer* de la chaleur dans la respiration pulmonaire ; Magendie, Longet, Claude Bernard, J. Béclard, n'ont pas accepté cette manière de voir, et ils ont facilement démontré que la chaleur se produit un peu dans tous les organes. M. Cl. Bernard a opposé quelques observations expérimentales à M. Bouillaud ; il lui a rappelé, entre autres, que le sang qui sort du muscle en contraction est plus chaud que celui qui y entre ; mais M. Bouillaud ne s'est pas tenu pour battu, et, tout en rendant une éclatante justice aux travaux de M. Cl. Bernard, il pense que ses expériences ne sont pas absolument satisfaisantes.

A notre grand regret, la discussion est venue échouer sur ces fins de non-recevoir lancées de part et d'autre. Pouvait-il en être autrement d'ailleurs ? Malheureusement, non.

Tant que les expérimentateurs se borneront à circonscrire la science dans le domaine de l'investigation sensible ; tant que les représentants des doctrines prétendront rester absolus et immobiles dans leur manière de voir, on ne parviendra jamais à s'entendre.

Qu'on nous permette de placer la question sur son véritable terrain, sur le terrain physiologique.

Malgré les hésitations de M. Bouillaud sur ce point, nous n'en sommes plus aujourd'hui à nous demander si la chaleur animale se produit dans le poumon ou dans tout autre endroit. Les belles recherches de M. Cl. Bernard sur la température du sang veineux comparée à celle du sang artériel dans les diverses parties de l'arbre circulatoire, ainsi que les expériences de Becquerel, Breschet, Jules Béclard, sur la température variable du sang avant et après la contraction musculaire, ne laissent plus aucun doute sur l'origine de la chaleur animale : *cette chaleur se développe à l'occasion des modifications physiques ou chimiques que provoquent les divers actes de la vie.*

Cette notion est assurément très-précieuse, indispensable même, et les expériences sur lesquelles elle repose font le plus grand honneur à leurs inventeurs ; mais elle est loin d'être suffisante. Il ne suffit pas, en effet, de recueillir des faits ; la physiologie n'est pas l'ensemble des faits recueillis par l'expérimentation : elle est l'ensemble de ces faits considérés en eux-mêmes et dans les rapports qu'ils affectent entre eux dans le but de concourir à la réalisation de la destinée physiologique de l'être vivant. A cet effet, chaque organe de la vie est soumis dans son évolution à des lois particulières qui constituent sa spécialité, et à des lois générales et communes qui rattachent sa vie propre à celle des autres organes.

Le but essentiel de la physiologie est donc la connaissance de

ces lois générales et particulières, et l'expérimentation n'a réellement résolu un problème physiologique qu'après avoir rattaché les faits qu'il découvre à l'une de ces lois.

Mais ces lois, où sont-elles ? qui les a formulées ?

Assurément ce ne sont pas les expérimentateurs exclusifs qui craignent sans doute de se brûler en produisant, sur cette question, un peu de chaleur vitale. Ces lois existent cependant, et sans sortir de notre sujet, nous pouvons en donner une esquisse rapide.

En disant que la *caloricité* est une propriété vitale, Chaussier s'élevait au-dessus du fait ; par là, il était physiologiste ; mais il exprimait une erreur. Une propriété n'est réellement vitale qu'à la condition expresse que ses manifestations ne se développent pas en dehors du domaine de la vie. Or la chaleur se produit à l'occasion de toutes les transformations du mouvement, quel qu'il soit. Les innombrables foyers de chaleur qui se développent spontanément dans les entrailles de la terre sont le résultat de modifications étrangères à la vie, par conséquent la production de la chaleur n'est pas une *propriété vitale*. Le calorique se développe à l'occasion des phénomènes physico-chimiques de la vie ; voilà la vérité.

En assimilant la *calorification* à une fonction de sécrétion qu'il plaçait dans les capillaires, Bichat prononçait une hérésie physiologique dont le retentissement s'est étendu jusqu'à nous. Le mot *fonction*, tel que Bichat l'a compris et tel qu'on le comprend encore de nos jours, a reçu une application tout à fait fausse et qui ne peut qu'entretenir la confusion sur les problèmes physiologiques. Sécréter n'est pas fonctionner. En sécrétant, l'organe vit de sa vie spéciale, et il ne fonctionne qu'en jetant au dehors de lui le produit de sa vie pour concourir ainsi à la vie générale. Étymologiquement parlant, fonctionner veut dire concourir à un but, produire un effet. L'organe ne concourt à un but, ne produit un effet qu'en fournissant la puissance qu'il doit à l'évolution de sa vie spéciale. D'après ces principes, il faut considérer, dans les organes, l'évolution organique qui se produit d'une manière *incessante* dans tous les organes sous l'influence seule du contact du sang, et l'évolution fonctionnelle, essentiellement *intermittente*, qui ne se produit que sous l'influence d'un excitant spécial. En conséquence, la *calorification*, phénomène incessant, qui commence avec la vie et ne disparaît qu'à la mort, ne peut pas être une fonction. C'est un phénomène général et commun qui accompagne tous les actes de la vie. Les corps inorganiques développent de la chaleur selon les conditions dans lesquelles ils sont placés ; les corps vivants en développent d'une manière incessante, parce que la *vie organique* n'est possible qu'à la condition d'un certain mouvement physico-chimique de la matière, et que ce mouvement s'accompagne nécessairement d'un certain dégagement de calorique.

En se bornant à démontrer que le poumon n'a pas pour mission fonctionnelle de dégager du calorique, puisque le sang du cœur droit est plus chaud que le sang du cœur gauche ; en démontrant encore que la fonction musculaire est suivie d'un dégagement de chaleur ; en démontrant, enfin, que le calorique se dégage un peu partout dans l'organisme sous l'influence de l'activité vitale, les expérimentateurs ont constaté un fait vrai ; mais pour que ce fait jouisse de la valeur, de l'importance d'un fait réellement physiologique, il faut lui donner sa place dans le classement des phénomènes biologiques et rattacher les conditions de sa production aux lois générales qui président à l'évolution des autres phénomènes.

Or voici, d'après les idées que nous avons développées ailleurs, le caractère physiologique que l'on peut assigner à la chaleur animale.

La vie ne se manifeste que par le mouvement. Tout mouvement provoque un dégagement de chaleur. Donc, la vie est une source incessante de chaleur.

Il y a deux ordres de mouvements dans la vie : les mouvements de la vie organique essentiellement *continus ;* les mouvements de la vie fonctionnelle *intermittents*. Par conséquent, il y a dans le corps vivant une production incessante et une production intermittente de chaleur. La première correspond au mouvement nutritif de tous les organes et à la transformation du sang par ces derniers en produit spécial. La seconde correspond à l'activité fonctionnelle des organes, c'est-à-dire à ce moment où l'organe se débarrasse de son produit spécial dans un but déterminé. Il y a donc une chaleur *organique* et une chaleur *fonctionnelle*. Pour ne citer qu'un exemple très saisissable, nous dirons que, pendant le sommeil, le cerveau développe de la chaleur organique, c'est-à-dire résultant du mouvement de la vie organique ; tandis que, pendant la veille, pendant l'activité fonctionnelle, il dégage un surplus de calorique qui dépend de cette activité même.

Si, après avoir posé ces principes, nous considérons la production de la chaleur dans chaque organe en particulier, nous sommes conduits à constater que les produits de la vie organique peuvent être divisés en trois groupes, selon qu'ils ressortent des lois de la chimie, de la mécanique ou de la dynamique moléculaire. Or, la quantité de chaleur *organique* qui se dégage pendant la production de ces divers produits n'est pas la même pour tous : les organes à produits chimiques (le foie, les reins) dégagent plus de chaleur que les organes à produit mécanique (muscle), ou à produit dynamique (système nerveux).

Par contre, il est permis de penser, jusqu'à preuve expérimentale, que la quantité de chaleur *fonctionnelle* est plus grande dans le système nerveux et les muscles que dans le foie et dans les reins.

Ces diverses températures viennent se déverser en quelque sorte dans le système sanguin à travers les veines, et donnent ainsi à la température du sang un degré moyen, mais nullement uniforme dans les diverses parties de l'arbre circulatoire.

Telles sont, d'un manière très-générale, les considérations qui nous ont été inspirées par le rapport de M. Bouillaud. Nous n'avons pas craint de leur donner une certaine étendue, parce qu'elles nous paraissent devoir imprimer une direction plus physiologique et plus efficace aux expériences thermométriques sur le malade. Jusqu'ici, en effet, ces expériences ne nous ont donné que des renseignements et nullement des résultats utiles. A quoi nous sert de savoir le degré de la température d'une surface envahie par l'érysipèle ? Et sans aller chercher bien loin, dans cette même séance de l'Académie des sciences, M. Robin n'a-t-il pas fait, au nom de M. Laboulbène, une communication destinée à nous apprendre qu'un thermomètre introduit dans le rectum avant l'opération de la thoracentèse, accuse une augmentation de *deux dixièmes* de degré centigrade après l'opération ?

Ce serait presque le cas de dire qu'il n'y a pas de pire ennemie de l'expérimentation que les expérimentateurs eux-mêmes. L'expérience en médecine et ailleurs doit être inspirée par une *vue de l'esprit* et exécutée dans un but utile. Où sont ici les *vues de l'esprit ?* Où est le but utile ? Que dirait-on de l'amateur qui s'amuserait à recueillir les degrés de la température pour tous les jours de l'année, sans se préoccuper de rattacher utilement les

variations constatées aux lois générales de la cosmographie ? On dirait assurément que c'est un homme très-curieux et fort patient. Mais cela ne suffit pas.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

(Leçon recueillie par H. Liouville, chef de clinique, et Landrieux, ancien interne).

Ainsi, messieurs, voilà déjà trois observations dans lesquelles on n'aurait pas pratiqué la thoracentèse si l'on avait suivi les données ordinaires. Quels sont donc les résultats que nous avons obtenus? Sur ces trois cas, deux fois l'opération a été faite avec des avantages décisifs et à peu près immédiats; dans le troisième, où il s'agit d'un malade probablement tuberculeux, nous pouvons dire que si le malade n'a pas été guéri absolument et définitivement, cependant il a retiré de sérieux avantages de la thoracentèse, qui a enlevé en grande partie le phénomème accidentel, la pleurésie; et surtout, il faut bien le remarquer, l'opération même, très-répétée en peu de temps, a été pour lui sans aucun inconvénient.

Vous voyez donc que j'avais raison de vous dire, en terminant une précédente leçon, qu'il y avait lieu d'étendre le domaine de la thoracentèse, et, grâce aux appareils capillaires, aidés de l'aspiration, de pousser plus loin et de l'appliquer à des épanchements qui, jusque-là, étaient combattus seulement par la méthode médicale (les révulsifs cutanés, les diurétiques) et livrés à toutes les lenteurs et à toutes les éventualités de son action incertaine.

A ces trois exemples déjà concluants, vous savez que nous pouvons en ajouter deux autres dont voici l'histoire abrégée :

La première est une femme couchée au n° 23, salle Saint-Antoine, âgée de 32 ans.

Trois semaines de maladie : pleurésie gauche, avec absence de sérosité dans les deux tiers de la poitrine ; souffle doux, œgophonie ; râles sous-crépitants ; sonorité dans le tiers supérieur ; épanchement estimé d'une quantité moyenne de 700 à 900 grammes ; ponction capillaire.

Un aide chargé de faire le vide dans le récipient se trompe de pompe et prend la pompe foulante au lieu de la pompe aspirante, accumulant ainsi plusieurs atmosphères dans l'appareil (2).

Au moment où la communication est établie entre l'appareil et la cavité thoracique, je perçus une sorte de frémissement tout à fait insolite. Rien ne sortit de la canule, qui jouait avec une singulière mobilité dans la cavité thoracique. La malade n'éprouva à ce moment aucune dyspnée, aucune toux, aucune gêne; point d'accélération du pouls.

Retirant le tube après avoir fermé le robinet de la canule et le robinet du tube, je m'aperçus alors de l'erreur en ouvrant ce dernier, qui donna issu à un jet d'air assez bruyant.

Le vide fut alors fait rapidement dans l'appareil, et en neuf minutes 1,000 grammes de sérosité vinrent tomber dans le récipient en bouillonnant, mêlés qu'ils étaient à l'air qui avait été injecté, mélange qui a nécessité de renouveler le vide à plusieurs reprises à l'aide de la pompe aspirante.

Aucun accident n'a suivi cette opération, d'abord mal exécutée ; point de signes de la présence de l'air dans la cavité pleurale, point de souffle amphorique, point de tintement métallique, point de bruit de succussion, point de dyspnée, point d'altération de la fa e.

Six jours après la première ponction, on retrouva un peu de matité, quatre travers de doigt ; un peu d'éloignement de la voix, sans œgophonie ; point de dyspnée. Nous hésitions pour affirmer la présence d'un épanchement notable. Une ponction exploratrice amena de la sérosité citrine. Le trocart, substitué à l'aiguille, permit de recueillir, à l'aide de l'aspiration, 600 grammes de sérosité.

Tout signe d'épanchement a disparu depuis ce moment. Aujourd'hui, murmure vésiculaire perceptible jusqu'en bas. Voix normale quant au timbre, mais un peu affaiblie ; vibrations perçues à la main ; à peine un peu de différence avec le côté sain (1).

Enfin, vous avez vu cet homme de 59 ans, couché (n° 13, Sainte-Jeanne) au vingt et unième jour d'une pleurésie droite. Il existait de la matité jusqu'à l'angle de l'omoplate. Un souffle doux dans les mêmes régions. La thoracentèse capillaire pratiquée à l'aide de l'aspiration amena 1,800 grammes de sérosité en dix minutes. Amélioration immédiate.

Quatre jours après, signes d'un épanchement médiocre. Pas d'œgophonie ; un peu d'éloignement de la voix ; respiration faible, à peine soufflante.

Ponction exploratrice pour se renseigner sur l'existence ou la non-existence d'un reste d'épanchement. De la sérosité remplit le tube explorateur. Une ponction faite immédiatement amène 590 grammes en six minutes, alors que, par l'étude des signes physiques, on doutait s'il existait réellement un épanchement. Le malade, est, comme vous avez pu le constater, dans l'état suivant : très-légère obscurité du son dans le quart inférieur du thorax. A ce niveau, les vibrations thoraciques sont faibles, mais perceptibles ; la voix est un peu éloignée, mais elle n'a aucun timbre œgophone (2).

Ces *cinq exemples* témoignent nettement, il me semble, de la réalité des deux points que je tiens beaucoup à vous signaler tout particulièrement, à savoir : d'abord, l'innocuité absolue de l'opération. Le malade, chez lequel cinq ponctions successives ont été pratiquées dans l'espace de quelques minutes, offre à ce sujet un témoignage non douteux.

Ces mêmes faits montrent, notez bien ce fait très-important aussi, que bien souvent les moyens d'exploration qui nous sont habituels ne peuvent nous renseigner exactement sur l'abondance de l'épanchement, et partant sur la durée vraisemblable de la maladie, puisque nous avons rencontré des quantités de liquide bien supérieures à ce que nous pouvions supposer raisonnablement.

En outre, remarquez bien que l'emploi de la thoracentèse capillaire et de l'aspiration, pour la guérison des épanchements modérés, n'est pas moins complète et moins rapide que celle des grands épanchements par la thoracentèse ordinaire, procédé de Reybard.

(1) Suite. — Voir les numéros des 2-5, 7 et 12 novembre 1872.

(2) Alors, les pompes n'étaient pas marquées d'un signe distinctif suffisant ; mais, depuis, une marque, qui ne permet plus cette erreur, a été apposée à chaque pompe spéciale.

(1) La malade, conservée dans les salles, ne présente aucun symptôme nouveau. Elle est sortie de l'hôpital, bien guérie, le 10 mai 1872.

(2) Ce malade est sorti parfaitement guéri depuis quinze jours : il avait été gardé à l'hôpital pour constater s'il y aurait récidive de l'épanchement. Il n'y en eut aucun, et il n'a eu à subir aucune autre opération.

Je vous signalerai enfin tout spécialement le cas de la femme que nous avons opérée pour vous faire remarquer que la grande masse d'air injecté chez elle dans la cavité pleurale par méprise n'a donné lieu à aucune espèce d'accident.

(A suivre.)

DE L'EMPLOI DU CARBAZOTATE D'AMMONIAQUE

COMME SUCCÉDANÉ DU SULFATE DE QUININE

Par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.

M. le docteur Dujardin-Beaumetz s'est livré tout récemment à une série de recherches et d'expériences sur l'emploi de cet agent dans le traitement des fièvres intermittentes.

Nous sommes heureux de pouvoir donner à nos lecteurs un résumé du travail que M. Beaumetz vient de faire sur ce sujet.

Après avoir rappelé avec le plus grand soin tous les documents qu'il a pu recueillir sur ce sujet, M. Beaumetz s'étonne que cet agent thérapeutique soit encore si peu employé et même si peu connu après les résultats déjà très-remarquables obtenus, dès 1830, par Braconnot (de Nancy), par Calvert et Mossat en 1836, par le docteur Aspland qui, en 1862, a repris les expériences commencées par Bell, et enfin en 1868 par le docteur Parisel, de triste et célèbre mémoire.

Il n'en est pas de même en Angleterre, paraît-il, où l'emploi des carbazotates s'est rapidement généralisé et produit d'excellents effets, particulièrement contre les fièvres rebelles contractées dans les Indes.

Cependant il y a déjà plusieurs années que M. Jourdin, un de nos plus habiles chimistes, s'efforce de répandre l'emploi du carbazotate d'ammoniaque. Ce produit, envoyé par lui dans plusieurs pays dévastés par la fièvre intermittente, a donné de merveilleux résultats, particulièrement aux docteurs Henri des Tureaux, Chazereau et Charles Flain, dans le département du Cher, qui l'ont employé après l'essai infructueux du sulfate de quinine. De même en Afrique, d'après un rapport fait en 1869 par M. le docteur Manoha, médecin-major, le carbazotate d'ammoniaque a donné de très-fréquentes guérisons.

Or les expériences que vient d'entreprendre M. Beaumetz ne font que confirmer une fois de plus les résultats obtenus par tous ces médecins.

Mais, avant de faire connaître ces observations, M. Beaumetz nous donne la composition du carbazotate d'ammoniaque.

L'acide picrique ou carbazotique, découvert par Hausseman en 1788, ne fut réellement bien connu qu'après les travaux de Laurent, en 1841, qui démontra que c'était un dérivé de l'acide phénique ($C^{12}H^{5}O,HO$) dans lequel trois molécules d'acide hypoazotique (AZO^{4}) étaient venues se substituer à trois molécules d'hydrogène, de manière à former un composé ($C^{12}H^{2}(AzO^{4})^{3}O, HO$) dont le véritable nom doit être celui de : *Acide trinitro-phénique.*

Parmi les sels que fournit cet acide, ceux de potasse et de soude sont très-explosibles, comme l'a si malheureusement prouvé le terrible accident arrivé chez Fontaine. Mais le carbazotate d'ammoniaque n'est nullement explosible, et sa préparation ne présente aucun danger. Toutefois, M. Beaumetz propose avec raison de remplacer la dénomination de picrate, qui pourrait effrayer, par celle de carbazotate.

Il suffit, pour préparer ce sel, de neutraliser une dissolution d'acide carbazotate par de l'ammoniaque. C'est un sel rouge, parfaitement cristallisé ; son prix, comparé à celui du sulfate de quinine, est très-minime : c'est là un avantage considérable du carbazotate d'ammoniaque sur le sulfate de quinine.

Si maintenant on résume les cinq observations recueillies par M. Beaumetz dans le service de M. Vigla, qu'il supplée en ce moment à l'Hôtel-Dieu, on trouve un premier cas dans lequel la guérison a été obtenue après quatre jours de traitement, et en employant chaque jour deux pilules de *un* centigramme.

Dans le deuxième fait, il s'agit d'une fièvre intermittente contractée à Cayenne. Cette fièvre, qui présentait un type régulier quotidien et sur laquelle le sulfate de quinine n'avait eu aucune action, fut guérie par dix pilules données en cinq jours ; et ce malade, resté longtemps depuis dans le service, n'a jamais eu la moindre récidive.

La troisième observation est celle d'une fièvre intermittente contractée en Algérie, présentant le type tierce, guérie en huit jours, à deux pilules par jour.

De même, le quatrième cas, contracté dans la Haute-Vienne, type quotidien, a été guéri en huit jours par la dose de *deux* centigrammes par jour.

Enfin, dans la cinquième observation, de beaucoup la plus intéressante, on voit le carbazotate d'ammoniaque agir d'une façon tout aussi énergique que le sulfate de quinine dans une névralgie faciale à forme intermittente.

Que résulte-t-il de ces observations? C'est que le carbazotate d'ammoniaque, comme la quinine, coupe la fièvre dès la première dose quand elle est peu intense, mais, le plus souvent, modifie l'époque des accès, dont elle atténue aussi l'intensité graduellement avant de les faire complétement disparaître.

Dans aucun cas, l'emploi de ce médicament n'a donné lieu à des accidents, et on n'a observé, après son administration, ni des troubles digestifs, ni la coloration jaune des téguments, ni aucune perturbation du côté des facultés intellectuelles. M. Beaumetz, du reste, n'a jamais dépassé la dose de *dix* centigrammes par jour.

Comment agit le carbazotate d'ammoniaque? A cette question, M. Beaumetz ne peut répondre qu'incomplétement. Voici cependant ce que ses expériences chez l'homme et chez les animaux lui permettent d'affirmer. L'acide carbazotique et ses dérivés ont une action incontestable sur la circulation ; ils la ralentissent. Ce fait a d'ailleurs été démontré par Parisel. *Un* centigramme d'acide picrique chez la grenouille et *vingt* chez le lapin, suffisent pour amener la mort par arrêt complet des battements du cœur. Sur lui-même, M. Beaumetz a constaté, après avoir pris quatre pilules de *un* centigramme de carbazotate d'ammoniaque, que son pouls était descendu de 76 à 72 ; chez un élève du service, après la même dose, le pouls, de 84, est descendu à 76. Enfin chez un malade qui en avait pris *six* centigrammes, la différence était de 80 à 72; cette action se fait sentir au bout d'une demi-heure à peine.

Des tracés sphygmographiques prouvent qu'il y a diminution non-seulement dans le nombre, mais encore dans l'intensité des pulsations. Ce ralentissement dans la circulation ne s'accompagne pas de diminution de la température.

M. Beaumetz, comme nous l'avons déjà dit, n'a observé aucun trouble du côté des fonctions digestives; il a seulement constaté une légère diminution de l'appétit. Trois ou quatre heures après l'administration d'une dose un peu forte de ce médicament, on éprouve ce que Parisel appelle l'ivresse picrique : lourdeur de la tête, inertie, besoin de repos, etc...

Quant à la coloration jaune des téguments et des conjonctives, elle n'a été observée qu'une seule fois chez une femme de 60 ans. L'acide picrique s'élimine par les urines, qu'il colore en jaune. Enfin, dans ces observations, aucune action n'a été remarquée sur la rate.

Telles sont les conclusions par lesquelles M. Beaumetz termine son travail :

1° Le carbazotate d'ammoniaque (picrate d'ammoniaque) agit d'une façon très-efficace dans les fièvres intermittentes;

2° La suppression des accès peut être obtenu par l'emploi de 2 à 4 centigrammes de carbazotate d'ammoniaque par vingt-quatre heures;

3° A cette dose, ce médicament n'a jamais eu d'effets nuisibles et paraît même mieux supporté que le sulfate de quinine;

4° La préparation du carbazotate d'ammoniaque ne présente aucun danger;

5° L'action physiologique du carbazotate d'ammoniaque présente

de très-grandes analogies avec celle produite par le sulfate de quinine;

6° L'usage de ce médicament doit être généralisé et il est appelé à remplacer le sulfate de quinine dans le plus grand nombre des cas.

Depuis la lecture de ce travail à la Société de thérapeutique, de nouveaux faits se sont produits, et M. Beaumetz vient de les résumer dans un récent article publié par le *Bulletin de thérapeutique*. Ces faits, puisés en grande partie dans le service de M. Desnos à l'hôpital de la Pitié, viennent confirmer les conclusions pendantes; ils montrent que le carbazotate d'ammoniaque, s'il est inférieur au sulfate de quinine, peut amener, dans un grand nombre de cas, la guérison des fièvres intermittentes paludéennes à la dose de quatre à six centigrammes par jour.

DES RESSOURCES NOUVELLES DE L'ORTHOPÉDIE PHYSIOLOGIQUE (1)

Par le Dr Dally.

Conclusions. — Les déformations de la colonne vertébrale peuvent être primitivement ou musculaires, ou intra-articulaires, ou ligamentaires. Elles peuvent être sous l'influence immédiate d'une affection locale nerveuse ou vasculaire; elles peuvent aussi être en rapport avec l'une des diathèses organiques.

2° Leur degré de curabilité ne dépend que secondairement de l'étendue de la déformation; il dépend de l'âge du sujet, de sa constitution organique et de sa diathèse.

3° A de très-rares exceptions près, toutes les formes de la scoliose sont plus ou moins modifiables par les traitements physiologiques dont il a été question : le mouvement, l'hydrothérapie, l'électricité, les attitudes prolongées. Au-delà de l'âge de 17 ans, on obtient un certain degré d'amélioration qui n'est pas dépassé. Il existe d'ailleurs des cas assez nombreux de guérison spontanée de la scoliose simple.

4° Tous les genres de déformations du rachis, quelle que soit leur origine pathologique, tendent à prendre la même forme, à savoir : une flexion suivie de torsion, avec gibbosités costales.

5° Contrairement à l'opinion la plus répandue, la scoliose inférieure ou lombo-dorsale est, dans la grande majorité des cas, primitive, alors même que la courbure dorsale paraît la plus forte. Fréquemment la courbure lombo-dorsale est liée à l'inégalité de croissance des jambes et à l'inclinaison consécutive du bassin.

6° Dans l'opinion de M. Pravaz et de la mienne, les appareils portatifs ou corsets orthopédiques n'ont jamais empêché le développement de la scoliose, et à eux seuls n'ont jamais *a fortiori* amené la moindre amélioration.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours pour l'agrégation en Anatomie.

LEÇON DU LUNDI, 25 NOVEMBRE.

Candidats : MM. Legros et Farabeuf.

Question à traiter : *Parallèle entre les deux systèmes musculaires au point de vue de la structure et des fonctions.*

Les deux candidats ont fait preuve d'un grand savoir; ils ont fait chacun une bonne leçon. M. Legros a professé avec calme, nous dirons même avec dignité. M. Farabeuf a été plus vif, plus pétillant; quoique son débit ait été un peu précipité, nous donnons la préférence à sa leçon. M. Legros est passé quelquefois à côté de la question, et il a porté plus de soin à approfondir certains détails de structure qu'à présenter au public une leçon claire et méthodique. Nous eussions mieux aimé voir ce candidat suivre pas à pas les détails de structure dans les deux systèmes musculaires : 1° élément fondamental; 2° éléments accessoires, que de lui entendre faire l'histoire de la *plaque terminale* des nerfs moteurs et de la *colline nerveuse* formée par cette plaque. Il semble qu'un professeur s'éloigne un peu du sujet lorsqu'il traite à fond la structure de l'un des tissus musculaires, laissant l'autre de côté, ou à peu près, surtout lorsqu'il entre dans son programme de comparer la structure de ces deux tissus.

Si M. Legros s'était moins appesanti sur la nature de la substance élastique qui constitue le *myolemme* des muscles striés, ce qui ne rentrait pas directement dans la question, il aurait pu consacrer plus de cinq minutes à la physiologie, ce qui est assurément trop peu. C'est à peine si le candidat a pu mentionner les belles expériences de M. Cl. Bernard, qui paralyse les nerfs moteurs des muscles par le *Wourara* ou *Curare*, démontrant ainsi que la contractilité musculaire réside dans l'élément musculaire lui même et non dans les nerfs.

Selon nous, il fallait, pour rester dans l'esprit et dans les limites de la question, comparer les détails de structure dans les deux tissus et chacune de leurs propriétés. De la sorte, on aurait trouvé une place pour la tonicité musculaire et quelques autres propriétés du tissu musculaire qui ont été passées sous silence, et l'on aurait pu éviter l'écueil de parler anatomie pathologique.

Le second candidat, M. Farabeuf, a traité la question avec méthode, avec beaucoup de clarté, s'aidant de dessins faits avec une grande dextérité.

M. Farabeuf est un excellent professeur; la manière dont il professe le recommande à l'attention du public et des juges. Il fait comprendre ce qu'il veut expliquer et avec la voix et avec le geste. Il a une élocution beaucoup plus facile que son prédécesseur. Or, il ne suffit pas d'avoir beaucoup appris, il faut savoir enseigner. M. Farabeuf possède assurément cette qualité, et sa leçon eût été, à notre avis, parfaite, s'il avait montré un peu moins de laisser-aller, s'il ne s'était précipité au point de faire quelques *lapsus*, s'il avait mieux choisi certaines expressions, enfin s'il avait consacré un peu plus de temps à la question physiologique, qui a été incomplète.

Somme toute, nous avons entendu deux bonnes leçons, mais nous avons écouté la seconde avec plus de satisfaction.

LEÇON DU MERCREDI 27 NOVEMBRE.

MM. Duval et Gillette : *Le système lymphatique, la lymphe et la circulation de la lymphe.*

M. Duval est presque un inconnu à Paris; c'est un des naufragés de Strasbourg. Personnellement, nous ne connaissons pas ce savant, et nous avouons que nous avons été l'un des premiers à donner le signal des applaudissements unanimes de l'auditoire. Avouons-le, puisque nous faisons partie de la triste humanité, nous avons cherché le point vulnérable de ce candidat; nous aurions voulu trouver quelque chose à critiquer; notre conscience nous fait un devoir de reconnaître que M. Duval s'est placé au premier rang, d'abord par son épreuve écrite, mais surtout par la leçon orale que nous avons eu le bonheur d'entendre.

C'est avoir du talent que de pouvoir traiter en trois quarts d'heure une question aussi vaste, et surtout de la si bien traiter. Cet heureux candidat, que la Faculté s'empressera sans doute de nommer, a su traiter en un si court espace de temps : 1° de l'origine des lymphatiques dans divers tissus; 2° de la constitution des capillaires lymphatiques et des cellules épithéliales qui constituent leurs parois, cellules que His et Recklinghausen ont si bien étudiées

(1) In-8. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Georges Masson.

par l'imprégnation au moyen du nitrate d'argent ; 3° de la structure des vaisseaux lymphatiques ; 4° de la lymphe et de sa circulation. En quelques mots, M. Duval a donné une bonne description des cellules lymphatiques et de l'action si curieuse de l'acide acétique sur ces éléments.

Élève de la Faculté tant regrettée de Strasbourg, M. Duval a montré qu'il était tout à fait au courant des récents travaux des Allemands, et, avec un tact exquis, sans blesser la susceptibilité des grands maîtres qui sont ses juges, il a parlé : 1° de cette théorie qui voudrait placer l'origine des lymphatiques à la surface des membranes séreuses, sur lesquelles ces vaisseaux s'ouvriraient par de véritables stomates ; 2° des expériences dans lesquelles on a cru voir, chez les batraciens, la transformation des cellules lymphatiques, devenues globules blancs du sang, en globules rouges ; 3° des sinus lymphatiques qui entourent les follicules de la substance corticale ainsi que les cordons médullaires de la substance médullaire des ganglions lymphatiques.

Il nous serait impossible, dans cette courte et impartiale analyse, de suivre pas à pas cette brillante leçon, qui dénote un jugement sain, une science profonde, un professeur distingué.

M. Duval nous pardonnera une légère critique en terminant : nous croyons que ce n'est pas M. Panas, mais E. Simon qui a découvert les lymphatiques de la pituitaire ; il nous semble aussi que M. Robin n'admet pas que les ganglions lymphatiques sont un enroulement de vaisseaux de même nom.

M. Gillette, qui a succédé à M. Duval, a fait un véritable sermon ; l'éclat de sa voix, ses phrases parfois incorrectes et ses gestes hors de propos, ont mis l'auditoire en fuite. Ce candidat a longtemps parlé, devant ses juges et une vingtaine d'auditeurs tout au plus, de la structure des lymphatiques. Il a fait l'anatomie descriptive du canal thoracique, ce qui était hors du sujet, et il n'a pas cru devoir traiter la question délicate de la structure de ces capillaires lymphatiques sinueux, qui ont été si bien décrits dans ces dernières années par plusieurs savants. Le temps a évidemment manqué à M. Gillette pour préparer sa leçon ; car, voulant montrer la structure des ganglions lymphatiques d'après Frey, il a placé le lymphatique afférent dans le hile du ganglion et les vaisseaux efférents à la périphérie, ce qui est le contraire de ce qu'il aurait dû dire. Ce candidat a ajouté que Frey décrit des vésicules closes dans la substance corticale de ces organes et des canaux lymphatiques dans la substance médullaire, tandis que l'anatomiste allemand place des organes pleins (follicules lymphatiques) dans la substance corticale, et des cordons pleins (cordons médullaires) dans la substance médullaire. Ce sont là des erreurs regrettables ; espérons que M. Gillette reprendra une bonne place dans les épreuves qui vont suivre.

Pour nous, juge impartial, qui avons assisté à toutes les épreuves, nous classerions dès à présent les candidats au concours d'agrégation en anatomie de la manière suivante :

1° M. Duval ;
3° *Ex æquo* MM. Farabeuf et Legros ;
5° M. Gillette.

NÉCROLOGIE

Lundi dernier, une foule nombreuse d'amis rendait les derniers devoirs à M. Félix Voisin, que la mort venait de nous enlever si rapidement. Des discours prononcés sur sa tombe, nous désirons en publier deux : l'un prononcé par le docteur Loiseau ; l'autre par un médecin éminent dont le nom est à jamais lié à l'histoire de nos malheurs, et qui a laissé à Paris un si honorable souvenir. M. le docteur baron Mundy rend un hommage à la France, qu'il est bon de recueillir d'une bouche si autorisée, et d'autant plus précieux qu'il nous vient d'un étranger.

M. le docteur Loiseau a prononcé, au nom de la Société médico-psychologique de Paris, les paroles suivantes :

Messieurs,

Avec l'homme excellent que nous venons de conduire à sa dernière demeure, soixante ans de travail, de probité, d'honneur descendent dans la tombe. Surpris à l'improviste par la mort de Félix Voisin, je ne viens pas retracer ici une vie si bien remplie, ni énumérer ses titres scientifiques ; mais je dois à sa mémoire quelques paroles émues, au nom de la Société médico-psychologique. Nul mieux que lui ne sut tirer parti des ressources de la psychologie pour l'étude et le traitement des maladies mentales, et il laisse au milieu de nous une place honorable et respectée qui nous semblera longtemps vide. Dans son service d'aliénés de Bicêtre, à la Maison de santé de Vanves, qu'il a fondée et dirigée si longtemps avec son digne ami Falret, à l'Académie de médecine, à la Société médico-psychologique, dont il fut un des fondateurs, Félix Voisin a toujours apporté le même amour du bien, le même dévouement à l'humanité, le même attachement aux idées de progrès, et c'est avec une profonde émotion, une vive douleur que je lui adresse ici, au nom de tous nos collègues de la Société médico-psychologique, un éternel adieu.

M. le baron Mundy prend à son tour la parole dans les termes suivants :

Messieurs,

Félix Voisin, disait-on aujourd'hui sur sa tombe, possédait le culte des souvenirs.

Nous le possédons, nous aussi.

Seul étranger ayant l'honneur d'assister à cette triste cérémonie, nous serions ingrat si nous nous taisions, car la reconnaissance nous est commandée.

Depuis un demi-siècle que l'asile de Vanves a été créé par Jean-Pierre Falret, de regrettable mémoire, et par son inséparable collaborateur et ami Félix Voisin, il ne se passait pas de jour où les aliénistes de l'Europe et de l'Amérique ne fussent reçus à cette admirable clinique, où tant de cas intéressants étaient toutes les heures passés en revue. Traités comme des enfants de la maison, ils ont pu faire la connaissance personnelle de tous ces héros de la phrénopathie, dont bon nombre entourent aujourd'hui cette tombe et dont ils ont pu apprécier les si bonnes qualités.

Vous savez tous, messieurs, que le berceau de cette « triste et obscure science » se trouve en France, que la nouvelle génération des aliénistes français a contribué en grande partie au progrès de nos temps.

C'est de Vanves et de la France que les spécialistes étrangers sont retournés dans leur pays propager les lumières qu'ils avaient puisées là.

Un de leur guide infatigable, un véritable gentilhomme de la vieille école, fut Félix Voisin !

Merci donc, au nom des aliénistes de tous les pays, à cet homme d'esprit et de cœur !

Merci, à vous, Voisin, un des derniers représentants et amis d'Esquirol et de Pinel !

Adieu, Félix Voisin, et encore une fois, merci !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'externat. — La question traitée le jeudi 28 novembre a été : *Phlegmon diffus.*

— *Concours de l'internat.* — La question traitée le vendredi 29 novembre a été : *Enveloppe des bourses ; hydrocèle.*

— *Concours d'agrégation.* — Vendredi dernier les candidats en

chimie ont traité les questions suivantes : M. Bouchardat : *acide tartrique et tartrates*; M. Byasson : *alcaloïdes du quinquina*.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance vendredi 6 décembre 1872, à 3 heures et demie très-précises, *au Cercle des sociétés savantes*, 64, rue Neuve-des-Petits-Champs.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance;

2° Rapport de M. Aimé Martin sur la candidature de M. Doyon au titre de membre correspondant;

3° Vote sur la candidature de M. le docteur Péry (de Bordeaux), au titre de membre correspondant;

4° Renouvellement du bureau pour l'année 1873;

5° Discussion sur la péritonite rhumatismale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Étude médico-légale sur la folie, par Ambroise TARDIEU, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 610 pages, avec quinze fac-simile d'écriture d'aliénés. — Prix : 7 francs. — J.-B. Baillière et fils.

Aide-mémoire de pharmacie, *vade mecum* du pharmacien à l'officine et au laboratoire, par E. FERRAND, pharmacien à Paris, ex-interne, lauréat des hôpitaux. — Paris, 1872, 1 vol. in-18 de 650 pages avec 150 figures. Prix : 6 francs. — J.-B. Baillière.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 141. — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 5 DÉCEMBRE 1872. — N° 141.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 fr. pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — Séance de l'Académie des médecine. — Taille uréthrale chez la femme (M. Boissarie). — Académie de médecine, séances des 27 novembre et 3 décembre 1872. — Société de chirurgie (suite). — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie est appelée à résoudre une question qui, à première vue, semble exclusivement juridique.

M. le préfet de police lui a demandé « si dans l'état actuel de la législation, il est possible d'autoriser une sage-femme à prescrire du seigle ergoté..., et à se faire délivrer ce médicament par un pharmacien. »

S'agirait-il donc pour l'Académie de médecine d'interpréter les lois du 15 ventôse an XI, 21 germinal an XI, 13 juillet 1845, l'ordonnance du 29 octobre 1846, le décret du 8 juillet 1850, etc. ? S'agirait-il d'imaginer des systèmes de conciliation que les jurisconsultes pussent trouver probables, ou de fonder une jurisprudence à laquelle les juges dussent se conformer ?

Plusieurs des orateurs ont paru le penser; mais nous ne pouvons pas le croire.

Il est bien vrai que la législation a été souvent discutée sous la coupole de la rue des Saints-Pères, et par M. Renaud lui-même ; mais c'était le vendredi soir, à la conférence Molé, entre jeunes gens qui avaient fait leur droit et qui se destinaient aux carrières politiques. Ils étaient les hôtes et non les membres de l'Académie de médecine.

D'ailleurs, bien que très-compétents pour étudier une législation, ils ne l'étaient pas encore eux-mêmes pour fonder une jurisprudence, puisque ce soin est réservé aux cours suprêmes, cour de cassation, conseil d'Etat, comme l'a du reste fort bien dit M. Tardieu.

Ainsin on ne peut pas supposer qu'il y ait eu quelque confusion de souvenirs dans l'esprit du magistrat aimable qui interroge l'Académie.

Evidemment il l'interroge non pour fixer un point de droit, mais simplement pour établir un point de science médicale.

Nous n'aurons donc point à discuter d'une manière approfondie les systèmes d'interprétation juridique qui se sont succédé hier à la tribune. Mais nous devons en dire quelques mots, pour ne pas laisser les auditeurs sous l'impression de certains arguments moins concluants qu'ils n'en ont l'air.

Suivant M. Poggiale et Devergie, la loi refuse aux sages-femmes le droit de prescrire le seigle ergoté, aux pharmaciens celui de le délivrer sur leur ordonnance. Ce qui semble vrai.

M. le rapporteur Tarnier croit voir dans une loi relative aux examens des sages-femmes, un droit pour elles d'employer, puisqu'on les interroge sur ce sujet, « les moyens de remédier aux accidents qui peuvent précéder, accompagner ou suivre les accouchements. » Il applique cette formule au seigle ergoté seul. Pourquoi ne l'appliquerait-il pas à presque toute la matière médicale ? car, combien de remèdes, et même parmi ceux qui sont qualifiés de poisons, ne peut-on pas parfois utilement opposer à certains accidents de l'état puerpéral ?

Quant aux pharmaciens, M. Tarnier reconnaît qu'aujourd'hui ils s'exposent à l'amende et à la prison quand ils délivrent du seigle ergoté sur l'ordonnance d'une sage-femme.

M. Tardieu va beaucoup plus loin. Plus habitué aux formules juridiques par ses rapports fréquents avec les hommes de loi, il n'hésite pas à reconnaître directement aux sages-femmes le droit d'employer le seigle ergoté : sans avoir besoin de chercher ce droit dans l'interprétation d'une loi détournée de son objet ; mais, dit-il, suivant un adage du palais, parce qu'il ne faut pas étendre une loi d'exception à un cas qui n'est pas formellement prévu. Or, toute loi restrictive ou prohibitive est, de sa nature, loi d'exception.

Il en faudrait conclure, d'après l'orateur, que les sages-femmes ont le droit d'administrer le seigle ergoté, puisque la loi n'a pas prévu qu'elles songeraient à en faire usage. Oui, si d'abord le droit de prescrire des remèdes n'était pas en France une exception, exception qu'il ne faut, d'après cette formule, jamais étendre aux cas qui ne sont pas prévus. Autrement tout nouveau remède pourrait être prescrit par le premier venu, sans études et sans diplôme.

Passant ensuite aux pharmaciens, M. Tardieu déclare que, par rapport à eux, en ce qui touche le seigle ergoté, les sages-femmes sont comprises dans le mot *officiers de santé*, parce que la cour de cassation, lorsqu'il s'agit d'appliquer les peines relatives aux avortements, a pour jurisprudence d'étendre aux sages-femmes les termes suivants de la loi :

« Médecins, chirurgiens et *autres* officiers de santé, ou pharmaciens. »

Mais pour quiconque a la pratique des questions de droit, il est évident que l'insertion de ce mot *autres*, dans cette loi, n'est pas du tout indifférente.

Ici le terme *officier de santé* est employé dans cette acception large qu'il avait prise alors qu'on avait supprimé, dans la Révolution française, le doctorat en médecine, et qu'il garde encore quelquefois dans des cas très-exceptionnels. Il comprend

donc les docteurs en médecine, en chirurgie, et tous ceux qui se livrent, dans quelque branche que ce soit à la pratique médicale.

Au contraire, ce même mot est pris dans l'acception étroite, comme représentant un titre bien déterminé, dans les dispositions législatives qui régissent l'exercice de la pharmacie et la délivrance des médicaments. Il est opposé au mot *docteur* dans la formule de la loi du 21 germinal an XI :

« Les pharmaciens, etc... d'après la prescription qui leur en est faite par des docteurs en médecine ou en chirurgie, ou par des officiers de santé, et sur leur signature. »

Est-il clair qu'il s'agit ici d'un titre bien déterminé, d'*officiers de santé* qui ont obtenu ce grade et non point celui de docteur?

D'ailleurs, M. Tardieu oublie qu'il est de principe absolu de ne jamais étendre une jurisprudence interprétant certaines lois à des lois qu'elle n'a pas visées. Les cas n'étant plus tout à fait semblables, les décisions peuvent être tout autres. La cour de cassation peut même se déjuger sur des cas identiques : et c'est arrivé bien souvent; car en France, la jurisprudence ne fait jamais loi.

Si du reste la théorie de M. Tardieu était admise, les sages-femmes auraient le droit de prescrire tout médicament, et les pharmaciens, sur leur ordonnance, seraient tenus de les délivrer sans garantie et sans contrôle. En effet, le pharmacien, qui n'a pas étudié la pratique des accouchements et qu'on n'a pas *interrogé sur les accidents qui pourraient les précéder, les accompagner ou les suivre, ni sur les moyens d'y rémédier*, le pharmacien, dis-je, est évidemment, souverainement incompétent pour savoir si la sage-femme prescrit ou non ce qu'elle devrait prescrire. Il ne peut s'assurer du cas, voir si le remède est consommé ou si la sage-femme le met en réserve pour un autre usage.

Ainsi la restriction posée par M. Tardieu dans sa première conclusion est complétement illusoire en pratique. Sa théorie ouvre la porte à tous les abus. Et quels abus! il l'a dit lui-même, des avortements et des crimes.

Nous arrivons à la question vraie : les dangers du seigle ergoté, comparés à ses avantages, entre les mains des sages-femmes.

Ce sera le sujet d'un prochain article.

Dr Victor Revillout.

TAILLE URÉTHRALE CHEZ LA FEMME

Par M. le Dr Boissarie, ancien interne des hôpitaux.

Les calculs chez la femme s'observent rarement. Leur fréquence relative dans les deux sexes est peut-être dans la proportion de 5 ou 6 0/0.

C'est ainsi que Civiale, en 1861, sur 120 calculeux, ne trouve que 5 femmes. En 1862-1863, sur 122, 7. Dupuytren, dans l'espace de dix ans, opère 44 femmes. C'est à peu près le même nombre que Civiale, 4 ou 5 par an.

C'est donc une affection assez exceptionnelle, puisqu'elle ne fournit qu'un nombre aussi restreint d'observations aux chirurgiens les plus répandus.

A ce titre, chaque fait nouveau présente quelque intérêt, par sa rareté d'abord, ses causes et surtout l'incertitude du traitement à instituer.

A ces points de vue divers, les détails qui suivent pourront présenter quelque intérêt.

La femme M..., âgée de 40 ans, de la commune de Saint-Vincen (Dordogne), est atteinte, depuis deux ans, de troubles dans la miction. Peu à peu les douleurs sont devenues permanentes. La marche est gênée. Les urines s'écoulent continuellement sans que la malade puisse les retenir. Elles laissent déposer un abondant dépôt de sable.

Le cathétérisme est extrêmement douloureux. La sonde rencontre de nombreux calculs, au milieu desquels elle se meut difficilement. En la retirant, on trouve ses yeux obstrués par des graviers. Le diagnostic ne pouvait être douteux, mais le ténesme vésical était si prononcé qu'il rendait impossible toute injection de liquide dans la vessie, et par suite toute tentative de lithotritie. Cet état d'irritation est fréquent chez la femme. M. le docteur Reliquet l'explique par des dispositions anatomiques spéciales. « Chez la femme, dit-il, la vessie n'a pas de plancher, son trigone n'est pas immobilisé comme chez l'homme. Aussi, dans la contraction, l'organe tout entier se déplace et se rapproche du col; de plus, le spasme de la vessie se continue sans entraves dans l'urèthre, grâce à la continuité de la couche musculeuse de la vessie avec celle du canal. Ainsi s'expliquent ces spasmes douloureux, ces mictions fréquentes et pénibles qui, dans le cas que nous citons, s'opposaient même à tout essai d'exploration. »

Les calculs étaient nombreux, mais paraissaient d'un petit volume ; la taille uréthrale devait nous offrir un passage suffisant pour leur extraction. Cette considération nous fait choisir le procédé de Collot et Dubois, taille uréthrale avec incision en haut et en avant.

La malade étant chloroformée, est disposée comme pour l'examen au spéculum. J'introduis une sonde cannelée dans l'urèthre, jusque dans la vessie, la cannelure de l'instrument tournée vers la symphise. Je glisse un bistouri boutonné dans cette cannelure, et en le retirant, j'incise largement le col de l'urèthre. Mon doigt indicateur peut de la sorte pénétrer librement dans la vessie et apprécier le nombre et le volume des calculs. Alors, avec de longues pinces à pansement, nous pouvons extraire deux ou trois calculs principaux. Le plus long pesait 15 grammes et mesurait 4 centimètres et demi de long. A sa base, il avait 2 centimètres de diamètre et un à sa pointe. Les autres étaient de forme variable, anguleux et également sans corps étranger comme noyau à leur intérieur. Une grande quantité de petits graviers fut entraînée par des injections d'eau dans la vessie. Tous ces calculs, très-friables, étaient constitués par du phosphate de chaux. Une hémorrhagie assez abondante suivit l'opération, mais finit par céder à de simples applications d'eau froide.

Les suites de l'opération furent des plus simples. Dès le lendemain, les urines, au lieu de s'écouler involontairement, pouvaient déjà être retenues. Le col vésical était donc reformé. Je ne mis pas de sonde à demeure, et huit jours après la malade put être emportée chez elle à une distance de plusieurs kilomètres. Depuis lors, il y a plus d'un an, la guérison ne s'est pas démentie, et toutes les fonctions de la vessie sont normales.

C'est un exemple remarquable de la bénignité de la taille chez la femme. Cette bénignité pourtant n'est pas un fait constant. M. Paul Nybord, dans sa thèse (1872), donne un relevé de 20 opérations de taille uréthrale chez la femme, suivies 8 fois de mort et 2 fois d'incontinence d'urine.

Cette statistique, en admettant cette base, nous ramènerait aux proportions des opérations les plus graves. Mais il est probable que les causes étrangères à l'extraction des calculs ont dû produire ce résultat ; le mauvais état des reins et de la vessie, l'infection purulente, etc.

L'opération est en effet si simple qu'elle ne peut pas elle-même ajouter un grand danger à la situation de la malade. Le fait que nous citons est un exemple de la simplicité du manuel opératoire et de la prompte guérison qui accompagne l'opération de la taille chez la femme. A ces deux points de vue, il pourra offrir quelque intérêt.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans le département de l'Yonne. (Commiss. des épidém.)

CORRESPONDANCE MANUSCRITE

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de candidature : de M. le docteur Guyon, pour la section de médecine opératoire ; de M. le docteur Rabuteau, pour la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale ; de M. le docteur Titon (de Châlons-sur-Marne), pour le titre de correspondant.

2° Une étude clinique expérimentale sur l'extinction de l'irritabilité des muscles et des nerfs, et sur la mort apparente, adressée pour le concours du prix d'Ourches.

3° Une note de M. le docteur Doléry (de la baie Saint-Louis), sur un cas d'extraction de douze filaires de la main.

4° Un pli cacheté renfermant la description d'un appareil pour servir à l'étude de la température dans les différentes maladies, adressé par M. Dujardin, élève en médecine. (Le dépôt est accepté.)

5° M. DESPRÉS adresse à l'Académie une pièce anatomique préparée par lui et destinée à démontrer la *dérivation de la lymphe par les réseaux sous-épidermiques*. M. Després avait déjà trouvé la démonstration du fait dans la marche des érysypèles ; mais il fallait une démonstration rigoureuse par l'anatomie, et cette pièce, qui est une paroi abdominale, atteint ce but.

Un voit, sur cette pièce, des capillaires lymphatiques sous-épidermiques très-développées et ayant le volume d'une plume de corbeau, communiquant d'une part avec les troncs lymphatiques sous-cutanés dilatés et avec les vaisseaux lymphatiques profonds du péritoine, à travers l'ombilic.

Cette pièce a été recueillie chez une malade qui avait un fibro-sarcome de l'ovaire d'un énorme volume (20 kilogrammes) qui, reposant sur les cuisses de la malade, oblitérait les ganglions inguinaux qu'elle comprimait. Les vaisseaux lymphatiques sous-cutanés qui s'y rendent communiquaient alors par les réseaux avec les lympatiques du péritoine.

(La pièce a été déposée au musée Dupuytren.)

M. CHAUFFARD offre à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier sous le titre suivant : *De la fièvre traumatique et de l'infection purulente*, sujet qui a préoccupé et qui préoccupe toujours l'Académie.

J'ai voulu donner, dans ce livre, dit M. Chauffard, le complément des idées que j'avais exposées devant l'Académie, et qui conduisent à chercher, dans les conditions organiques générales qu'amène le traumatisme, la raison pathogénique de la fièvre traumatique et de l'infection purulente, en opposition avec la pathogénie, qui ne voit dans ces affections qu'un degré ou qu'un mode d'un empoisonnement septicémique. J'ai l'espérance que ce côté trop négligé de la pathologie du blessé reprendra la part importante qui lui revient.

M. VERNEUIL présente une thèse inaugurale intitulée de la Suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres, par M. le docteur Charles Pillet.

M. JULES GUÉRIN présente, de la part de M. le docteur Brochin, un exemplaire de l'article *Catarre, affections catarrales*, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la perte regrettable qu'elle vient de faire dans la personne de M. Félix Voisin, membre associé national.

M. LE PRÉSIDENT, sur l'invitation d'un grand nombre de membre de l'Académie, donne lecture des paroles qu'il a prononcées au nom de la Compagnie sur la tombe de ce regrettable collègue.

Ces paroles sont accueillies par les marques unanimes d'assentiment de l'assemblée.

M. LE PRÉSIDENT prévient ensuite l'Académie qu'elle va avoir à procéder successivement à trois scrutins : le premier pour le choix d'un membre à adjoindre aux quatre membres actuels de la section d'anatomie pathologique, afin de l'élever au chiffre de cinq membres, nécessaire pour qu'elle puisse se constituer en commission d'élection ; le deuxième pour la composition de la commission d'élection pour la place vacante dans la section des académiciens libres, commission qui devra être composée de sept membres ; le troisième pour la désignation de la commission chargée de préparer la séance générale, et qui devra comprendre cinq membres.

Le membre désigné par le premier scrutin pour être adjoint à la section d'anatomie pathologique, est M. Davaine.

Le deuxième scrutin pour la commission d'élection d'académicie libre, donne pour résultat la nomination de MM. Bussy, Gosselin, Jolly, A. Latour, Peisse, Piorry et Ricord.

Le troisième scrutin désigne pour faire partie de la commission chargée de préparer la séance générale MM. H. Boulay, Broca, Devergie, Hérard et Verneuil.

RAPPORT

M. TARNIER, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Chevallier et Guérard, lit un rapport en réponse à une lettre de M. le préfet de police, sur la question de savoir si : *dans l'état actuel de la législation, il est possible d'autoriser une sage-femme à prescrire du seigle ergoté, pour un accouchement présentant de la gravité, et à se faire délivrer ce médicament par un pharmacien.*

La commission a pensé qu'il ne serait pas inutile de résumer, à cette occasion, les indications et les contre-indications de l'ergot de seigle, afin de renseigner l'administration sur les mesures nécessaires pour sauvegarder l'intérêt public et rappeler au besoin aux médecins et aux sages-femmes, qu'à côté d'avantages incontestables, l'emploi du seigle ergoté offre des inconvénients graves qu'il ne faut pas méconnaître.

M. le rapporteur rappelle ces dangers tant pour la mère que pour l'enfant. « Que d'enfants, dit-il, mort-nés après l'administration inconsidérée du seigle ergoté ! On ne saurait donc répéter qu'on ne doit employer ce médicament qu'en cas d'absolue nécessité, et en surveiller l'effet sur la circulation fœtale par une auscultation souvent répétée ; si les battements du cœur se ralentissent, on pourra du moins conjurer le danger en appliquant le forceps. »

Quand on peut choisir entre ce médicament et une application du forceps, « l'action de l'instrument est plus rare, plus rapide et moins dangereuse pour l'enfant ; mais, ne l'oublions pas, il est interdit à une sage-femme d'employer les instruments. »

La commission pense qu'au contraire il est permis aux sages-femmes d'employer le seigle ergoté, puisque, d'après la loi du 19 ventôse an XI, on les interroge à la fin de leurs études « sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier. » Or, parmi ces accidents, il en est qui réclament l'emploi du seigle ergoté.

La commission formule les conclusions suivantes :

1° Malgré de réels inconvénients, le seigle ergoté offre de tels avantages dans la pratique des accouchements, qu'il y aurait inhumanité à priver les sages-femmes du droit de prescrire ce médicament.

2° L'article 32 de la loi du 19 ventôse an XI, en stipulant que les sages-femmes seront examinées par les jurys sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier, leur reconnaît implicitement le droit de prescrire le seigle ergoté.

4° Ce droit est en contradiction avec les lois, ordonnances et décrets qui régissent l'exercice de la pharmacie, puisque les médecins et les vétérinaires ont seuls le droit de prescrire les substances vénéneuses dans le tableau desquelles figure le seigle ergoté. (Ordonn. du 29 octobre 1846.)

4° Pour faire cesser cette contradiction, sans attendre la révision de la loi, le moyen le plus simple, si la chose est possible, serait de prier M. le préfet de police ou M. le ministre de l'agriculture et du commerce de publier une ordonnance qui retrancherait le seigle ergoté du tableau des substances vénéneuses; les pharmaciens seraient dès lors autorisés à délivrer ce médicament aux sages-femmes, sur la présentation d'une prescription signée par elles.

Vu l'importance de ces conclusions, M. le président propose d'en renvoyer l'adoption à la prochaine séance, afin que tous les membres de l'Académie qui pourraient avoir des observations à présenter aient tout le loisir d'en prendre connaissance. (Adopté.)

PRÉSENTATION DE PIÈCES PATHOLOGIQUES

M. DEMARQUAY met sous les yeux de l'Académie des pièces pathologiques provenant d'une femme sur laquelle il a pratiqué l'ovariotomie avec le concours de MM. Ricord et Boinet.

Une incision de 12 à 15 centimètres faite à la paroi abdominale nous permet, dit-il, d'amener un kyste de l'ovaire, non adhérent, contenant sept à huit litres d'un liquide filant. Nous nous félicitons du résultat, mais un examen attentif de la tumeur nous permit de constater qu'elle était née du côté gauche, qu'elle avait enveloppé la paroi postérieure de l'utérus, qu'elle était sans pédicule, et que cette tumeur, en se développant, avait allongé la partie sus-vaginale du col utérin, et que ce que nous avions pris pour le pédicule du kyste, était l'utérus lui-même, considérablement allongé. De plus, il y avait du côté droit une tumeur kystique développée dans l'ovaire droit; l'utérus était rempli de tumeurs fibreuses à divers degrés de développement. Que faire en présence de ces difficultés?

Je pouvais bien, par une dissection attentive, isoler la tumeur déformée par le kyste de l'ovaire, mais je laissais l'utérus en arrière, dépouillé de son enveloppe péritonéale, le ligament large du côté gauche en partie détruit, et je laissais dans la cavité abdominale un utérus malade, démesurément allongé, rempli de corps fibreux et dont la paroi postérieure, saignante, allait retomber dans le petit bassin. Des accidents péritonéaux seraient certainement survenus.

Je pris le parti d'enlever l'utérus et de fixer la partie sus-vaginale du col dans la plaie de la paroi abdominale comme on le fait généralement dans l'ovariotomie. Avec une grosse aiguille, je passai une anse métallique à travers la partie sus-vaginale du col et j'étreignis chaque côté de l'utérus, y compris les vaisseaux, avec une anse métallique que je serrai fortement avec un serre-nœud. Cela fait, la malade fut pansée comme si elle n'avait subi que l'opération de l'ovariotomie. Les choses au début se passèrent assez simplement; la malade n'avait du reste perdu que 60 grammes de sang. Aucun liquide ne s'était écoulé dans le péritoine. Mais l'opération avait duré cinquante minutes. La malade n'eut aucun vomissement chloroformique, la réaction sembla se faire, mais le pouls resta nerveux; et malgré nos soins assidus, elle succombait 23 heures après l'opération, à la suite de l'ébranlement nerveux résultant de l'opération.

Comme conclusion, M. Demarquay demande que ceux qui ont pratiqué avec succès l'hystérotomie, au lieu de se borner à publier des observations qui sont inutiles, puisque personne ne met en doute leur véracité, montrent les pièces pathologiques de leurs malades, afin qu'on puisse voir s'il s'agissait bien de tumeurs fibreuses ayant leur siége dans l'utérus, et non de tumeurs fibreuses provenant de l'ovaire ou détachée des parois de l'utérus, ce qui serait tout autre chose au point de vue du pronostic au moment de l'opération.

(Séance du 3 décembre 1872.)

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance comprend :

1° Des lettres de candidature, 1° de MM. les docteurs Lancereaux et Aguillon pour la section d'anatomie pathologique; 2° de MM. les docteurs Bertillon, Brochin, Lheritier et Leroy de Mirecourt pour la section d'académiciens libres.

2° L'exposé des titres de M. le docteur Belhomme à l'appui de sa candidature dans la section d'anatomie pathologique.

3° Une note de M. le docteur Poggioli sur le traitement du rhumatisme articulaire par l'électricité. (Commissaires: MM. Gavaret, Bergeron et Rouvier,

4° Un pli cacheté adressé à M. le docteur Mallez.

M. DEPAUL présente, au nom de M. le docteur Carpentier, une thèse de concours pour l'aggrégation sous le titre de *l'Influence des divers traitements sur les accès éclamptiques.*

M. RICORD présente de la part de M. Van de Loo une série de mémoires sur les bandages plâtrés amovo-inamovible et sur le tricot plâtré; 2° de la part de M. le docteur Gourrier, un travail manuscrit sur l'embryo-génésie.

M. LARREY dépose sur le bureau: 1° un rapport de M. le docteur Barudet sur le service médical de l'hôpital thermal de Vichy (commission des eaux minérales); 2° une note de M. le docteur Béranger Féraud sur la composition de l'urine dans la fièvre bilieuse dite hématurique (commission des épidémies); 3° un opuscule de M. le docteur Lévy, intitulé *Maladies de l'oreille.*

M. TARDIEU offre en hommage un mémoire qu'il vient de publier sous le titre *Question* médico-légale *de l'identité dans ses rapports avec les vices* de conformation *des organes sexuels.*

Suite de la discussion sur le seigle ergoté.

M. POGGIALE commence par rappeler qu'il y a danger à mettre le seigle ergoté entre les mains des sages-femmes. Il rappelle que M. Tarnier a cité lui-même des cas de mort causée par l'administration inopportune de ce remède; que d'ailleurs le seigle ergoté est un poison proprement dit. Puis il s'attache à prouver que la loi relative aux questions posées aux sages-femmes devant le jury d'examen, ne peut être considérée comme leur conférant des droits qui ne sont pas prévus ailleurs.

Il conclut en ces termes :

« Je propose donc de répondre à M. le préfet de police que l'Académie se fondant sur l'article 32 de la loi de germinal an XI, sur la loi du 19 juillet 1845, sur l'ordonnance du 29 octobre 1846, et sur le décret du 8 juillet 1850, est d'avis que les sages-femmes n'ont pas le droit de prescrire le seigle ergoté.

« Je propose, en outre, de renvoyer le rapport à la commission afin qu'elle veuille bien le modifier dans ce sens et présenter de nouvelles conclusions.

M. TARDIEU part de ce principe que, de l'avis des accoucheurs, le seigle ergoté est indispensable ou à peu près, dans certains, cas de la pratique obstétricale. Il rappelle que c'est un moyen dangereux entre les mains des sages-femmes, car si les sages-femmes sont souvent poursuivies pour des crimes d'avortement, le seigle ergoté est une des substances dont elles se servent le plus souvent en pareil cas. Chez certaines avorteuses de profession, on a trouvé des flacons de seigle ergoté qui en contenaient des kilogrammes. Mais ces dangers étant contrebalancés par l'utilité du seigle ergoté dans les accouchements, M. Tardieu s'attache à prouver que, sans modifier rien dans la législation, on peut reconnaître aux sages-femmes le droit de prescrire ce remède, et aux pharmaciens le droit de le délivrer sur leur ordonnance.

Adoptant donc les deux premières conclusions de M. Tarnier, M. Tardieu propose de substituer aux deux dernières les deux suivantes.

3° Les lois, ordonnances et décrets qui régissent l'exercice de la pharmacie peuvent se concilier aisément avec ce droit. En effet, la jurisprudence de la cour suprême en matière criminelle ayant décidé, dans les termes les plus explicites, que, sous la dénomination de *médecins et autres officiers de santé*, l'article 317 du code pénal, dans la généralité de sa disposition, comprenait les sages-femmes, il est juste de poursuivre l'assimilation et comprendre celles-ci parmi les personnes auxquelles les pharmaciens peuvent délivrer les substances dont la pratique des accouchements réclame l'emploi, sous la réserve et dans les limites assignées à l'exercice des sages-femmes par la loi de l'an XI.

4° Il y a lieu de transmettre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce et à M. le préfet de police l'avis de l'Académie sur cette question, et de provoquer de leur part l'envoi d'une circulaire qui rappelle à MM. les pharmaciens qu'aucune disposition de la loi n'interdit la délivrance de la poudre d'ergot de seigle aux sages-femmes, et qu'ils sont autorisés à exécuter les prescriptions de ce médicament signées par elles.

M. BLOT abordant la question qui domine toutes les autres, celle de savoir si l'argot de seigle dans la pratique des accouchements est indispensable, ou même s'il est avantageux, se prononce formellement pour la négative.

Depuis 23 ans qu'il pratique les accouchements M. Blot, n'a jamais employé le seigle ergoté pour exciter les contractions de l'utérus, et il s'est toujours bien trouvé de cette abstension; c'est un moyen trop dangereux qui produit souvent la mort de l'enfant et quelquefois celle de la mère. Quand les contractions sont trop faibles et trop lentes, de deux choses l'une : ou bien les membranes ne sont pas rompues, ou elles le sont. Dans le premier cas, il convient d'attendre, car ni la mère ni l'enfant ne peuvent souffrir de ce retard. Dans le second cas, si le col est assez dilaté pour qu'on puisse introduire les branches du forceps, il faut y avoir recours, car il est sans danger comparativement au seigle ergoté. Les sages-femmes ne peuvent pas employer l'instrument, eh bien ! raison de plus pour ne pas leur permettre d'exposer les jours de la femme, dans la seule crainte d'avoir recours à un docteur. Bref sauf le cas d'hémorrhagie, le seigle ergoté ne doit être à peu près jamais employé, et telle est l'opinion des plus grands accoucheurs. M. Tarnier lui-même reconnaît ses dangers, malgré ses conclusions contraires aux prémisses.

Comme hémostatique, parfois le seigle ergoté peut être indiqué, mais il n'est pas indipensable. La palpation méthodique de l'utérus à travers les parois abdominales, est au moins aussi efficace. Ce moyen et l'application du froid ont arrêté souvent des hémorrhagies pour lesquelles on avait en vain employé le seigle ergoté à fortes doses. Ainsi les avantages de ce médicament sont bien minimes, bien exceptionnels et disparaissent entièrement devant les accidents qu'il produit tous les jours entre des mains inexpérimentées.

M. DEVERGIE rappelle d'abord les cas de mort causés par le seigle ergoté donné dans un but criminel. Aucun remède ne fut plus employé pour les avortements. A l'autopsie des malheureuses victimes, on trouvait le tube intestinal vide, contracté sur lui-même et d'un rouge d'écrevisse. Bientôt on apprit à reconnaître le seigle ergoté en nature dans le râclage des intestins, et comme il arrive toujours devant les découvertes de la médecine légale, les criminels renoncèrent à leur préférence pour cette substance toxique.

Mais bien que maintenant on l'emploie plutôt comme adjuvant dans les avortements que comme moyen principal, il n'en est pas moins vrai qu'il y aurait danger à la supprimer de la liste des substances vénéneuses. S'il y avait vraiment avantage à le mettre à la disposition des sages-femmes pour les accouchements, il faudrait exprimer le vœu de voir un décret intervenir, pour permettre formellement aux sages-femmes de l'employer et aux pharmaciens de le délivrer sur leur ordonnance signée, datée, mentionnant leur titre et leur domicile.

M. LE PRÉSIDENT résume les débats et remet à la séance prochaine la suite de la discussion.

A 4 heures et demie l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport fait au nom de la section d'anatomie et de physiologie sur les titres des candidats à une place vacante dans cette section.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1872 (1). — Présidence de M. DOLBEAU.

COMMUNICATIONS

M. DEMARQUAY donne ensuite communication du fait suivant de sa pratique :

Aspiration du liquide d'une hernie crurale. — Mme L..., âgée de 45 ans, entre, le 14 novembre 1872, à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay. Depuis dix ans elle est atteinte de hernie crurale droite réductible et porte habituellement un bandage.

Il y a deux jours, la tumeur est sortie plus volumineuse que d'habitude et n'a pu être réduite par la malade. Le lendemain, un médecin essaya en vain la réduction et administra un lavement de tabac. Peu à peu tous les signes de l'étranglement herniaire s'étaient développés : nausées, vomissements bilieux, coliques, douleurs abdominales à la pression, atroce au niveau de la tumeur. Deux lavements purgatifs ont amené une évacuation de matières fécales dures.

M. Demarquay se décide immédiatement à opérer, après quelques nouvelles tentatives modérées de taxis.

La malade étant chloroformée, il fait une incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané dirigée de haut en bas, ouvre le sac, dont il s'écoule du sang noirâtre mélangé à de la sérosité. A la partie supérieure et interne du sac, se trouve une masse épiploïque fortement congestionnée et présentant des extravasats sanguins. En dedans et au-dessus, on tombe sur une anse intestinale peu considérable, de coloration violet-foncé. Il y a congestion intense de la paroi intestinale, mais non gangrène.

On ponctionne l'intestin avec le petit trocart de Potain et on aspire une certaine quantité de liquide sanguinolent et de gaz. L'anse intestinale revient sur elle-même, et on essaye alors de réduire, mais inutilement.

M. Demarquay constate alors qu'il existe un étranglement très-serré par un anneau étroit placé très-superficiellement (*fascia crebriformis*). Celui-ci est débridé avec le bistouri boutonné sur une très-petite étendue, un à deux millimètres à peine. La réduction fut assez laborieuse, mais put alors être pratiquée.

L'épiploon, préalablement pris dans une forte ligature, fut sectionné. On se contenta ensuite de faire un bandage légèrement compressif, sans points de suture.

La malade alla d'abord bien. Opérée le 15 novembre, elle rendit des gaz le lendemain. Le 17, comme elle n'avait pas encore eu de garde-robes, on administra un purgatif léger, lequel amena une évacuation abondante. Mais la température vaginale devenait élevée ; le pouls était fréquent, irrégulier et dépressible. Tous les signes de péritonite se manifestèrent et ne tardèrent point à s'exaspérer. Mme L... mourut le 19 novembre, à 5 heures du matin.

A l'autopsie, on découvrit toutes les lésions de la péritonite généralisée : vascularisation intense des deux feuillets du péritoine ; épanchement séro-purulent abondant surtout dans le petit bassin et renfermant d'épais flocons jaunâtres. Les lésions du péritoine sont surtout prononcées au niveau des anses intestinales avoisinant la portion étranglée de l'ouverture. En cet endroit, il existe, outre la rougeur, de nombreux exsudats sous-péritonéens.

La portion étranglée appartient à l'intestin grêle. Elle est facile-

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

ment reconnaissable, d'abord à une sorte d'anneau noirâtre et assez rétréci qui est manifestement dû à la constricture du *fascia crebriformis*.

Au-dessus, la paroi intestinale est profondément altérée. Son aspect est noir violacé ; son tissu est inextensible et presque rigide ; il n'y a point de ramollissement gangréneux, mais plutôt une congestion très-intense.

En aucun point on ne trouve de perforation.

M. MARJOLIN demande à M. Demarquay, pourquoi s'il craignait des accidents en raison de l'ancienneté de l'étranglement, il n'a pas employé les laxatifs et les émissions sanguines auxquelles on renonce peut-être trop facilement aujourd'hui en médecine et en chirurgie.

M. DEMARQUAY. J'ai abandonné les laxatifs depuis longtemps; ils fatiguent l'estomac déjà épuisé par les vomissements et provoquent des contractions intestinales que je ne crois pas salutaires.

M. GIRALDÈS. L'innocuité des ponctions capillaires est démontrée depuis longtemps ; pour les piqûres même avec le bistouri, le danger n'est pas grand. On fait des ponctions de l'intestin pour le météorisme, et elles sont sans danger. Il est un autre point à débattre : les ponctions vident-elles assez l'intestin pour qu'on puisse réduire sans débrider. Il y a des faits nouveaux de physiologie que M. Armand Moreau a étudié à cet égard ; la paralysie par section des nerfs d'une portion des intestins fait secréter des liquides et des gaz. L'étranglement agit de même et d'une façon continue. Mais l'épaississement de l'intestin est un obstacle que ne peuvent vaincre une ponction et une aspiration de liquide. Quant à l'inflammation péritonéale consécutive, il n'y a pas à s'en étonner et à l'attribuer aux ponctions ; elle est l'échec le plus commun de la kélotomie.

La clinique a-t-elle démontré l'utilité des ponctions avant le débridement; tout est là, et l'observation de M. Demarquay ne prouve pas en sa faveur.

M. DEMARQUAY. Quoiqu'il n'y ait point de passage de liquide à travers la plaie de l'intestin dans les cas ordinaires, lorsqu'on fait l'entérotomie par le procédé de Nélaton, on voit sourdre du liquide par les plaies de l'intestin, par lesquelles passent les fils qui fixent l'intestin. La ponction enlève évidemment les liquides et les gaz. J'ai vu cette ponction produire l'affaissement de l'intestin, même quand il y avait épaississement des parois de cet intestin.

M. GIRALDÈS. Il faut distinguer : les ponctions dans l'intestin sain ne sont pas graves ; elles le sont davantage dans un intestin malade ; il en est de l'intestin comme du tégument, les blessures des intestins par le bistouri, même lorsqu'elles sont peu étendues, ne sont pas graves, c'est ce qui résulte des expériences de Travers et de Gross.

M. DEMARQUAY. Je ne veux pas aller trop loin, mais je crois que les ponctions suivies d'aspiration sont bonnes dans certains cas, quoique je n'en fasse pas une chose banale. Une ponction dans un kyste hydatique du foie a produit la suppuration sous mes yeux ; dans une cavité malade, je crois que les ponctions suivies d'aspiration aggravent le mal.

M. GIRALDÈS. On ne peut comparer le passage d'une aiguille à travers l'intestin à une ponction capillaire, et cela ne prouve rien contre la bénignité de cette ponction.

M. DUBRUEIL. L'opération dont parle M. Demarquay diffère de celles qui ont été ici en discussion. Il s'agit, en effet, d'une aspiration dans l'intestin mis à nu avant de débrider. J'avoue qu'une fois l'intestin mis à nu, je ne vois pas quel avantage il y a à ne pas débrider immédiatement.

M. DEMARQUAY. Il n'est pas indifférent de ne pas débrider, car cette opération, même avec le bistouri falciforme dont je me sers habituellement, est entourée d'obstacles, et il y a du liquide du sac qui peut pénétrer dans l'abdomen avec plus ou moins d'air ; il y a des faits très-concluants, que recueille un de mes élèves. Si l'on peut découvrir l'intestin, y faire des ponctions, si les ponctions sont innocentes et si l'intestin peut être réduit sans que l'on débride, ce sera de la bonne chirurgie.

M. DUBRUEIL. Mais lorsqu'on ouvre le sac, le liquide s'échappe et ne peut pénétrer dans l'abdomen.

M. DEMARQUAY. Lorsque l'on débride, il y a de nombreux accidents à redouter, la blessure d'un vaisseau de la paroi abdominale, du mésentère, de l'épiploon ou de l'intestin.

COMMUNICATION

Hernie obturatrice. Kélotomie. — M. TRÉLAT. J'ai eu tout dernièrement l'occasion d'opérer une hernie sous-pubienne, et peu s'en est fallu que cette opération ne fût suivie de succès. Ces cas ne sont point communs et la pratique est bien hésitante à cet égard. Il ne faut donc pas laisser perdre un seul enseignement. Voici le fait :

L'undi matin 11 novembre, mon collègue M. Bouchard, qui remplace en ce moment M. le professeur Bouillaud, me fit prier de venir voir dans son service (H. Anne, salle Sainte-Madeleine, n° 9, Charité) une femme de 48 ans, délicate, un peu maigre, sans apparence cachectique, de bonne santé habituelle, n'ayant jamais eu de grossesse, jamais de troubles menstruels.

Huit jours auparavant, le lundi 4, elle avait fait une chute dans un escalier, et bien qu'aucune trace de contusion ne fût appréciable, une douleur vive existait depuis ce moment à la partie antéro-postérieure de la cuisse droite.

Pendant les premiers jours, la malade ne souffrait guère que de cette douleur, dont la persistance l'amena à l'hôpital le 8 novembre.

On examina tout d'abord si la chute n'aurait pas déterminé quelque traumatisme dans l'articulation de la hanche ou dans son voisinage. Cet examen donna un résultat complétement négatif. On ne trouva rien non plus du côté des appareils de la respiration, de la circulation ni de la sécrétion urinaire ; mais on remarqua qu'il n'y avait pas eu de selles depuis l'accident. Pas de vomissements, mais quelques légères nausées attribuées par la malade à un aliment répugnant.

Un lavement purgatif resta sans aucun effet.

Le lendemain, l'état s'était un peu aggravé ; la mine était plus tirée, le ventre plus gonflé, le pouls un peu plus serré. M. Bouchard songea à la possibilité d'un étranglement interne, en tenant compte toutefois des nombreuses circonstances défavorables à ce diagnostic : pas de grossesse, de troubles utérins, de maladies intestinales antérieures ; pas d'aliments contenant des noyaux, des pepins ; jamais de hernie constatée ; régions inguinales, crurales, ombilicales exemptes de tumeurs.

Dans le doute, on donna un nouveau lavement purgatif, qui est rendu presque pur.

Le lundi matin, les symptômes se sont accusés. La face est grippée, le ventre est dur et ballonné. Les circonvolutions intestinales se dessinent à travers la paroi et entrent par moments en contraction assez rapide ; la malade éprouve alors une douleur colliquative assez intense. Appétit nul, pas de fièvres ; urines normales ; depuis la nuit, il y a des vomissements de matières fécaloïdes peu odorantes, mais rejetées par larges fusées. Une petite terrine en est remplie. Pouls 112. Température 36,4.

La douleur de la cuisse existe toujours et offre les mêmes caractères qu'au début. Elle est constante, fixe, s'exagère par les mouvements du membre et surtout par la pression de la main ou mieux des doigts. Elle siége au niveau du pli inguinal, sur la cuisse, dans la région qui correspond à la tête fémorale. M. Bouchard et son chef de clinique M. Ruck, sont frappés des caractères particuliers de ce signe, qui leur semble pouvoir être rapporté à quelque lésion profonde de la racine de la cuisse.

C'est à ce moment que je vois la malade.

On sait combien il est difficile de prendre vite un parti sage dans ces conditions. Évidemment, il y avait là une obstruction intestinale, mais cette obstruction, fallait-il la rapporter à une péritonite, mieux à une entéro-péritonite traumatique, car on n'avait pas de détail précis sur la nature de la chute, la malade ayant roulé dans l'escalier ; fallait-il, contre les apparences, l'attribuer à un étranglement interne, par bride, enroulement, torsion, nœud diverticulaire. Dans

le dernier cas, la création d'un anus artificiel eût été indiquée, mais dans le premier, l'opération n'offrait guère de ressources.

Pendant que j'hésitais et que j'agitais intérieurement la question première de savoir si une opération était indiquée, M. Bouchard appela mon attention sur la douleur de la région inguinale.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 11 décembre, à 8 heures précises du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Élections des membres du bureau pour l'année 1873; — 2° Rapports de MM. Barnier et Lanquetin sur les candidatures de MM. Piberet et Radou; — 3° Discussion sur les projets de réforme du service médical de l'assistance à domicile.

— M. le docteur B..., à Beaumetz. L'appareil de M. le docteur Chéron coûte 30 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Du nerf dentaire inférieur. Anatomie et physiologie, anatomie comparée, par le docteur DANIEL-MOLLIÈRE. — In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Recherches expérimentales et cliniques sur les fractures indirectes de la colonne vertébrale, par le docteur DANIEL MOLLIÈRE. — In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Étude sur les corps étrangers de la conjonctive et de la cornée, par le docteur GAYAT, ancien chef de clinique oculistique. — 1 vol. in-8°. Prix : 1 fr. 25. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 142. — SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 7 DÉCEMBRE 1872. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Cas très-rare de délire des persécutions. Les deux sœurs. — Note sur la nature et sur le traitement du choléra, par M. Sainmont (de Vireux). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — FACULTÉ DE MÉDECINE : Concours de l'agrégation en Anatomie. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Cas très-rare de délire des persécutions. Les deux sœurs.

Le 1er décembre 1872, on pouvait voir à l'infirmerie spéciale des aliénés, près la préfecture de police, deux jeunes femmes d'une mise très-convenable, vêtues identiquement de même et dont l'aspect inspirait tout d'abord l'intérêt. Elles venaient d'arriver en vertu d'un ordre d'envoi d'un commissaire de police de la ville de Paris, d'un certificat médical émanant de M. le docteur Raphaël Lyon, d'une enquête minutieuse faite dans le quartier et d'une demande formelle déposée par le sieur B., cordonnier, rue du Faubourg-Saint-Denis, père des deux jeunes femmes et habitant le même logement qu'elles.

M. le docteur Legrand du Saulle, de service ce jour-là à l'infirmerie spéciale des aliénés, commença par séparer les deux sœurs, qui se tenaient étroitement unies l'une contre l'autre, et procéda d'abord à l'examen clinique de l'aînée.

1° Eugénie-Jeanne B. est lingère et est âgée de 33 ans. Elle rapporte qu'elle a eu très-peur sous la Commune et que des gardes nationaux sont venus arrêter dans la maison qu'elle habitait deux individus qui venaient de se réfugier dans la cour. Depuis quatre mois, elle a supporté beaucoup de privations par suite de la *comédie* qui a été montée par deux jeunes gens. Voici ce que c'est, dit-elle : « Nous avons travaillé pendant quatre ans, ma sœur et moi, dans la même maison. Des jeunes gens habitaient en face et nous regardaient souvent ; nous avons supposé qu'ils devaient être graveurs. Il ne nous ont jamais parlé et nous ne leur avons naturellement jamais adressé la parole ; ils ne nous ont jamais écrit, nous n'avons donc jamais eu de réponse à leur faire tenir. Le plus jeune se mit à pleurer un jour, à la fenêtre ; il paraissait avoir environ 23 ans, nous avons pensé qu'il allait partir comme garde-mobile et qu'il aimait ma sœur, tandis que c'était simplement la *plaisanterie* qui allait commencer.

« Nous habitons le faubourg Saint-Denis, nous ne nous quittons jamais ni le jour ni la nuit, nous ne parlons jamais à personne, nous n'achetons rien dans le quartier, nous nous fournissons aux halles et nous sommes cependant exposées à des choses bien *drôles*, mais par *signes*. Ainsi, si nous regardons par la fenêtre, nous voyons passer des jeunes gens qui portent des rouleaux couleur marron, des sacs de vernis, des cartons, des feuilles de papier déployé, de la toile cirée ou des mannequins, et ils nous regardent en ricanant. Un autre jour, ils font semblant de lire avec avidité des journaux, comme s'ils lisaient des récits vraiment extraordinaires ; nous pensions alors qu'il était question de nous, mais nous achetions les journaux et il n'y avait rien dessus ! Comme cela continuait, nous avons été demander au commissaire de police s'il était toujours question de nous dans les journaux, mais il nous a tranquillisées.

« Comme on n'agit que par signes, on a fait signe que l'on nous couperait l'ouvrage et effectivement nous sommes allées dans plusieurs maisons et l'on n'a rien voulu nous donner à faire. Lorsque nous arrivions, tout était bien rangé et l'ouvrage avait l'air de ne pas aller du tout ! A l'église Saint-Laurent, je me suis adressée à un prêtre, ou du moins à un homme habillé en prêtre et il m'avait promis de me donner une adresse. C'était évidemment pour se défaire de moi, car pendant ce temps-là le bedeau riait et se moquait de moi.

« On nous tourne le dos. Nous sommes dénigrées dans tous les magasins. Du reste, il est bien facile de les entendre, lorsqu'ils nous frôlent dans la rue : *Ah! la belle brune!... Ah! ceci !... Ah ! cela !...*

« Au-dessous de notre chambre, habitent des jeunes gens depuis quatre mois ; nous croyons que ce sont les mêmes. Ils ont toujours l'air de jouer une comédie. Ils ont étalé deux tapis au plafond et ils ont frappé deux coups. J'ai cru alors qu'ils nous commandaient deux tapis de mousse, et nous les avons faits, mais ils ne les ont pas réclamés, et nous les avons défaits. Le soir, nous les entendons bourdonner et causer ; ils doivent se ranger auprès de la cheminée. J'ai essayé de regarder, mais cela sent le tabac à fumer. Ils brûlent du pétrole, et l'odeur monte chez nous. Si nous nous mettons à la fenêtre, il nous vient de chez eux des bouffées d'encens.

« Nous ne pouvons presque plus dormir, car ils font filtrer par le plafond de l'air vicié et des vapeurs de poison. Si nous nous assoupissons, nous nous réveillons bientôt inondées de sueur. Nous mettons alors les matelas par terre, et nous ouvrons la fenêtre. J'ai beaucoup maigri depuis quelque temps ! Hier matin, mon père a vomi de la bile ; il était rouge. Je crois qu'on lui a mis quelque chose dans son tabac à priser. Il l'achète au bureau, et on aura voulu qu'il fasse également partie de la *plaisanterie.* »

2° Fanny-Jeanne B... est lingère et est âgée de 26 ans.

Mêmes allégations, même systématisation délirante, mêmes illusions sensoriales, mêmes interprétations fausses.

« Un jour, dit-elle, j'avais allumé un réchaud dans la cuisine, afin de voir ce qui allait se passer ; eh bien, il y en a eu un qui a pris tout bonnement une clef et qui a fait une raie sur la porte. Cela voulait dire que nous étions rayées. Alors j'ai éteint le charbon.

« Ils nous suivent partout ; ils sont deux, trois ou quatre ; tantôt ils portent des blouses, tantôt ils sont très-bien vêtus. A coup sûr, ce sont les quatre frères. Si je me mets à la fenêtre, ils font semblant de tâter leurs poches, ce qui veut dire : *Tu peux te fouiller !* Ils me font des signes, roulent ou déroulent leurs parapluies, et ils nous *tourbillonnent.*

« Nous avons maintenant mauvaise bouche et mauvais estomac. Nous avons eu des coliques et nous avons beaucoup maigri. La nuit, nous avons de telles transpirations, que l'on dirait que nous venons de recevoir une douche. Nous suffoquons, et nous ouvrons la fenêtre. »

L'examen de ces deux malades se prolongea pendant deux heures un quart. M. Legrand du Saulle rédigea deux rapports médico-légaux séparés, et, en vertu d'un arrêté de M. le préfet de police, les deux sœurs B... furent immédiatement conduites dans un établissement d'aliénés.

— M. Legrand du Saulle, dans son traité si magistral et si neuf du *Délire des persécutions* (1), a rapporté quelques exemples d'idées de persécutions communiquées ou de délire à deux et à trois personnes, mais le cas que nous venons d'esquisser si sommairement est bien digne de figurer désormais dans la riche collection d'observations cliniques de notre honorable et éminent confrère.

Dans tous les cas de véritable délire communiqué, et alors que les deux malades sont en traitement, M. Legrand du Saulle affirme que l'un domine l'autre, que celui-ci n'est plus que l'écho de celui-là, que le premier est intelligent et que le second est bien moins doué. Une inégalité frappante les séparait à l'état sain, une inégalité non moins frappante va les distinguer à l'état pathologique. L'un est le persécuté actif, l'autre le persécuté passif. Isolez-les, traitez-les, faites qu'ils ne se voient ni ne s'écrivent, et le premier fera toujours un pas vers l'incurabilité, alors que le second marchera résolûment vers la guérison. Dans le cas qui précède, la sœur aînée a été la persécutée active et la plus jeune la persécutée passive.

Ces faits de médecine mentale sont très-curieux. Ils sont étudiés depuis fort peu de temps et méritent à beaucoup de titres d'être portés à la connaissance du monde médical.

(1) Paris, 1871. Un fort volume de 524 pages.

NOTE

SUR LA NATURE ET SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA

Par le Dr SAINMONT (de Vireux).

J'ai assisté, en 1849, à Fumay (Ardennes), à une épidémie de choléra qui, sur une population de 3,000 habitants, en a frappé environ 700 et en a fait périr environ 300. J'ai revu depuis deux autres épidémies, et j'ai constaté que tous les cholériques exhalaient une odeur spéciale et toujours la même. Cette odeur étant identique à celle de l'éther pyro-acétique, j'ai supposé que le choléra pourrait bien n'être qu'un empoisonnement occasionné par l'éther pyro-acétique qui, sous l'influence de bromatologiques, se développe spontanément dans l'économie et y produit une intoxication spéciale.

Pour justifier cette hypothèse, il s'agissait de prouver que les agents qui neutralisent l'éther pyro-acétique pourraient aussi guérir le choléra.

Les chlorures alcalins, d'après M. le professeur Bouchardat, jouissant de cette propriété, ont été mis en usage, dans six cas, de la manière suivante :

Aussitôt que le choléra était franchement accusé, c'est-à-dire aussitôt que les malades avaient des déjections incolores avec grumeaux riziformes, que la voix était éteinte, l'urine supprimée, la peau refroidie, la cyanose plus ou moins étendue, etc., je faisais administrer un demi-lavement d'eau tiède additionnée d'une forte cuillerée à bouche de sel marin. Si ce lavement était rendu, j'en faisais administrer un autre, et du moment qu'il était conservé pendant trente à quarante minutes, les vomissements et la diarrhée étaient immédiatement arrêtés, et les autres phénomènes diminuaient graduellement.

Si les chlorures étaient administrés dès le début du choléra, les malades passaient en une heure de la maladie à la santé. Quand au contraire les chlorurés étaient administrés tardivement, les vomissements et la diarrhée cédaient immédiatement, mais la chaleur et le pouls, la voix et les urines ne reparaissaient que progressivement, et dans deux cas sur six, j'ai eu des phénomènes de réaction.

J'ai remarqué que les individus qui avaient des affections *cholériformes*, mais dont les selles étaient *colorées* et qui n'exhalaient *aucune odeur*, n'étaient nullement influencés par la préparation chlorurée, et qu'ils guérissaient au contraire très-bien sous l'influence des opiacés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1872 (1). — Présidence de M. DOLBEAU.

Il n'y avait pas à douter que cette région inguino-crurale ne fût un peu plus pleine que celle du côté opposé, un peu gonflée. Cette légère, très-légère intumescence n'était point circonscrite, et nulle part il n'y avait de tumeur distincte, ni petite, ni grosse. Les mouvements, les plus petits dérangements déterminaient de la douleur dans la région gonflée. La recherche du siége précis de cette douleur me fournit les résultats suivants : il n'y a rien au-dessus de l'arcade de Fallope, rien par conséquent au niveau du canal inguinal. Le relief du psoas est sensible sous la pression, mais cette sensibilité est vague ; plus en dedans, l'artère fémorale bat sous le doigt, le canal crural semble parfaitement vide ; un peu plus en dedans encore, au niveau du pectiné, la douleur devient subitement vive. C'est là qu'est le point sensible.

Plus loin, sur le premier adducteur, vers le bord interne de la cuisse et à sa face interne, le toucher ne provoque plus qu'une sensation pénible, sans analogie avec la vive douleur pectinéale. La même exploration, répétée plusieurs fois avec soin, donne le même résultat. C'est bien au niveau du pectiné que siége la douleur et qu'est le centre du gonflement.

Songeant alors à certaines hernies que M. Legendre a décrites en 1858 dans son *Mémoire sur certaines variétés rares de la hernie crurale*, petites hernies qui se produisent soit dans l'épaisseur du pectiné, soit à la face inférieure du ligament de Gimbernat et qui échappent au chirurgien par leur exiguïté et par l'irrégularité de leur siége, j'indiquai un plan d'opération qui pût me permettre de vérifier l'état des organes que je viens de nommer et en même temps celui du canal crural.

Une incision parallèle à l'axe du membre, commençant sur le ligament de Fallope, longue de 5 centimètres environ, à 25 milli-

(1) Fin. — Voir les numéros des 30 novembre et 5 décembre.

mètres en dedans de l'artère fémorale, devait me conduire au but. En effet, après avoir incisé une mince couche de tissu cellulo-graisseux et coupé une petite veine honteuse externe, je pus saisir entre mes deux doigts le canal crural, l'index placé sur la peau et le pouce sous le canal. Il ne contenait pas la moindre tumeur, et la plus petite eut été reconnue par ce procédé.

La dissection de l'aponévrose pectinéale me montra directement les fibres du muscle, et au-dessus de leur insertion supérieure, la face inférieure du ligament de Gimbernat. Il n'y avait ni hernie de Laugier, ni hernie de Cloquet, c'est-à-dire rien dans les fibres du pectiné, rien à travers le ligament falciforme.

Je fus un peu désappointé. Cependant, tout négatif qu'il était, le résultat était atteint. Nous étions sur la voie, mais pas encore au but.

J'agrandis un peu l'excision cutanée à sa partie inférieure, et je pénétrai avec une sonde cannelée dans l'intervalle celluleux qui sépare le pectiné du premier, puis du second adducteur, et j'enfonçai le pouce de ma main gauche à la partie supérieure de cet intervalle, dans la direction de la fosse obturatrice.

A ce moment, les personnes qui m'entouraient entendirent un bruit de gargouillement caractérisé qui m'échappa, parce que j'étais tout entier à la sensation très-nette que mon doigt me révélait. Je sentais une petite tumeur sphérique ayant à peu près la grosseur d'une bille d'écolier.

Deux crochets mousses ayant été convenablement placés pour écarter les muscles, chacun put voir le sac herniaire. D'un rouge sombre avec quelques points jaunâtres dus à la graisse, gros comme une cerise, modérément tendu, il était placé au niveau du bord supérieur du muscle obturateur externe, près de son insertion, qu'il déprimait un peu, par conséquent, juste en face de la gouttière obturatrice. Le nerf était en dedans, les vaisseaux en dehors.

Je crois aujourd'hui qu'à ce moment de l'opération il n'y avait plus d'intestin dans le sac; je crois qu'il avait été réduit au moment de l'application de mon pouce. Mais alors que je tenais le bistouri, rien ne pouvait me fournir cette notion.

Deux ou trois tentatives de réduction étant restées vaines, à l'aide du très-petit ténotome courbe que j'emploie pour les débridements herniaires, je fis directement en bas (les vaisseaux étant en dehors) une très-courte incision. Le sac se vida immédiatement et resta flottant au niveau de l'orifice abdominal.

Je plaçai un drain dans la profondeur de cette plaie anfractueuse, puis je fis un pansement simple.

Une heure après, la malade eut une selle copieuse. Mais vers deux heures de l'après-midi, il y eut des douleurs abdominales vives, un nouveau vomissement, une sensation de froid croissante. A trois heures, la malade agonisait.

En présence de cette fin si prompte, j'éprouvai un vif sentiment de curiosité, où se mêlait un peu d'inquiétude. Je me demandais si, dans cette difficile conjoncture, quelque involontaire maladresse du chirurgien (bien excusable sans doute en pareille occurrence), ne serait pas venue précipiter le dénoûment.

Heureusement il n'en était rien, et l'autopsie nous prouva que si les circonstances avaient permis une intervention chirurgicale plus prompte, la guérison n'avait rien que de très-probable.

La mort avait été déterminée par l'abondante issue des matières fécales dans le péritoine à travers une ouverture ulcéreuse de l'intestin due à l'étranglement.

En ouvrant l'abdomen, on trouve l'intestin nageant dans un bain de matières fécaloïdes. Les anses intestinales sont vascularisées, ainsi que le mésentère. Çà et là quelques rares traînées purulentes.

L'anse intestinale, qui porte les traces de l'étranglement, flotte dans le petit bassin. L'étranglement siégeait sur l'intestin grêle, à 25 centimètres du cœcum. Il ne comprenait que les deux tiers du calibre de l'intestin. Une ligne déprimée, rougeâtre, en dessine les trois quarts; le dernier quart est représenté par la perforation à bords déchiquetés, ulcérés, longue de 18 à 20 millimètres dirigée perpendiculairement à l'axe du tube intestinal.

Autour du sillon d'étranglement, les parois intestinales sont ramollies et d'une teinte grisâtre qu'on peut attribuer à la propagation de l'inflammation depuis les points étranglés.

Le sac herniaire est formé par le péritoine qui revêt la fosse obturatrice interne. Au niveau de la gouttière sous-pubienne, il est déprimé en forme de doigt de gant et constitue une cavité qui peut admettre l'extrémité du pouce. Ce sac, tapissé extérieurement par le tissu cellulaire sous-péritonéal, s'engage dans la gouttière obturatrice, à l'entrée de laquelle il est maintenu par quelques adhérences fibreuses. Tout autour du sac, le péritoine est épaissi, induré, et présente une coloration brunâtre avec quelques taches ecchymotiques.

Le sac, notablement ancien, est encore occupé, au moment de l'autopsie, par un long appendice épiploïque qui tend mollement la cavité.

Le debridement a été pratiqué en dehors du sac et a porté sur la membrane obturatrice, directement en bas. Il n'atteint pas 2 millimètres.

En somme, nous constations que l'étranglement très-rigoureux de l'intestin était produit à travers le sac par l'orifice interne du canal obturateur; que l'intestin perforé par les progrès de l'ulcération et rompu par le rétablissement du cours des matières fécales n'a été nullement blessé pendant l'opération, qu'il a été bien réduit, que l'étranglement était levé et par conséquent que, plus hâtive, l'opération eût pu être absolument efficace.

Je me garderai, messieurs, à propos de ce seul fait, de vous parler de la fréquence, surtout chez les femmes âgées, de la disposition du sac qui semble se former lentement et rester pendant assez longtemps largement ouvert. Tous ces points ont déjà été établis dans des travaux antérieurs. Mais j'appelle votre attention sur le diagnostic de la hernie sous-pubienne et sur la cure chirurgicale de son étranglement.

Notre collègue, M. Duplay, avait cité, dans le numéro d'octobre 1871 des *Archives*, deux cas de guérison de hernies obturatrices étranglées et opérées. J'ai pris connaissance de ces deux faits remarquables dont l'un appartient à Henry Obré, et l'autre à Bransby Cooper, et j'ai été singulièrement frappé des coïncidences qui existent dans ces deux observations et dans celles que je viens de vous soumettre.

Dans les trois cas, trois femmes à peu près de même âge, le début des accidents a été brusque, sans rémission. Il a présenté les caractères d'une obstruction intestinale; une douleur vive, constante, bien localisée, s'exaspérant sous le doigt, occupe la région inguino-crurale. Cette région était *légèrement tuméfiée* (les expressions sont presque identiques dans les trois cas); les trois chirurgiens firent une opération réglée ; enfin, dans les trois cas, le sac fut réduit tout entier, sans être ouvert, et cela, sans nulle préméditation de la part des opérateurs.

Ce ne sont pas là des coïncidences fortuites. Ce sont des signes communs qu'il est bon de relever et de noter bien précisément : début brusque, suppression du cours des matières fécales, douleur inguinale sur le pectiné, légère intumescence, voilà des signes que, pour ma part, je ne laisserai jamais échapper si je les rencontre, et dont je prierai mes collègues de garder bon souvenir.

On avance peut-être que les hernies obturatrices sont fort rares et que la valeur de leur coëfficient dans la production des étranglements internes est bien faible. Cela est vrai ; mais comme ici la difficulté est dans le diagnostic et non dans l'opération, si rares que soient les cas, il ne peut être qu'avantageux de les désarmer en temps opportun.

Peut-être aussi trouvera-t-on que j'ai été favorisé par la maigreur relative et la souplesse des tissus chez ma malade. Je ne la revis pas, mais la maigreur est signalée dans beaucoup de cas par les observateurs, et j'aurais grande tendance à croire que les hernies obturatrices ne sont guère possibles chez les individus gras dont le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal constitue une barrière solide. Qu'importe d'ailleurs? l'embonpoint serait une difficulté qui n'affaiblirait en rien la valeur de l'ensemble symptomatique précédemment indiqué.

Je ne reviendrai pas sur les détails du procédé opératoireque, j'ai suivi et qui se rapproche de celui que Dupuytren avait étudié sur le cadavre. Je le crois cependant bien préférable à la marche adoptée par les chirurgiens anglais. Tous deux firent une incision sur le canal crural à travers lequel ils durent passer. L'artère, la veine, le fascia crébriforme, les ganglions sont ici autant d'obstacles dont on ne triomphe pas toujours aisément. Dans ces deux opérations, il fallut couper le pectiné, et, dans la dernière, la veine fut ouverte par mégarde et pour la plus grande gêne du chirurgien.

Dans le procédé que je conseille, à l'aide d'une incision de 5 à 6 centimètres parallèle à l'artère, et placée à 25 ou 30 millimètres en dedans d'elle, on n'a rien à craindre de semblable; le pectiné est rapidement atteint, et l'exploration du canal crural est des plus simples. Le reste de l'opération ne vaut pas qu'on s'y arrête. On traverse successivement les interstices qui séparent le pectiné du premier, puis du second adducteur, et si le pectiné est trop gênant, on peut couper quelques-uns de ses fibres, en ayant bien soin que cette section porte sur l'insertion supérieure et non sur le corps du muscle. On créera ainsi la voie la plus courte et la plus large. Une fois arrivé sur le sac, on recherchera le nerf et les vaisseaux pour les éviter, et on se souviendra que la réduction s'est opérée trois fois sans ouverture de ce sac, et une fois sans aucun débridement. Si ce dernier est nécessaire, on devra savoir que c'est la membrane obturatrice qui forme l'obstacle et qui doit être incisée légèrement en un point quelconque, pourvu qu'on évite les vaisseaux, ce qui sera généralement obtenu en portant le bistouri en bas.

Je borne ici cette communication dont le but sera atteint si j'ai pu donner quelques indications utiles sur l'opération du débridement de la hernie obturatrice, et surtout sur le diagnostic si difficile de cette affection qui a passé jusqu'ici pour être au-dessus des ressources de notre art.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

Séance du 27 novembre 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*. — L'*Union médicale*. — La *Gazette hebdomadaire*. — La *Gazette obstétricale*. — *Bordeaux médical*. — *Lyon médical*. — *Journal de médecine de l'Ouest*. — *Revue médicale de Toulouse*.

Le 23e volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres*.

M. VERNEUIL offre à la Société la thèse de M. le docteur Ch. Pillet, intitulée *De la suppression de la compression digitale préliminaire dans l'amputation des membres*. Cette thèse expose la méthode proposée et pratiquée par M. Verneuil.

A PROPOS DU PROCÈS-VERBAL

Hernie obturatrice. — M. TRÉLAT donne quelques détails complémentaires sur l'observation qu'il a présentée dans la dernière séance et qui sont indiqués à la fin de l'observation qu'il dépose sur le bureau.

M FORGET, à l'occasion de l'observation de M. Trélat, rappelle les faits qu'il a signalé, dans son Mémoire sur la hernie obturatrice, publié en 1866 dans l'*Union médicale*, et qu'il a rappelé déjà à l'occasion d'un fait présenté l'année dernière par M. Labbé. Il a dit que Rœser, Rotteck et Romberg ont donné des détails sur les signes de la hernie obturatrice. Ils ont signalé la névralgie suivant le trajet du nerf obturateur, les paralysies des muscles obturateurs et petit adducteur; ils n'ont point constaté de tuméfaction de la région pectinéale. Rœser, en particulier, n'a vu aucune trace de tumeur. J'ai déjà dit, l'année dernière, que ces hernies se produisaient et se réduisaient seules, et que cela était indiqué par des coliques passagères qui ont été d'ailleurs bien constatées dans les antécédents de la malade de M. Labbé. Le doigt, placé dans le vagin, permet de sentir un point douloureux. Aussi, eu égard à ces tentatives de réduction, que l'on peut seconder d'ailleurs par le chloroforme, on emploirait avec avantage, suivant les auteurs que j'ai cités, un procédé que voici :

Cette manœuvre consiste à faire presser, malaxer, pour ainsi dire, par un aide, le point où siége la hernie; à déprimer en même temps, avec la main gauche, la paroi abdominale derrière la branche horizontale du pubis, en la refoulant vers le sacrum; à introduire dans le vagin ou dans le rectum chez l'homme, après avoir préalablement vidé la vessie, autant de doigts de la main droite qu'il en peut tenir, à les diriger vers le lieu de l'étranglement, comme s'ils allaient à la rencontre de l'autre main placée derrière le pubis, puis à attirer vers l'excavation pelvienne les parties comprises entre les deux mains, dont l'action ainsi combinée agit synergiquement dans la même direction.

Le débridement, de l'avis de tous les auteurs, doit être petit car la réduction de l'intestin ne nécessite pas une grande ouverture. Dupuytren disait qu'on devait débrider en dedans, et les observateurs qui ont trouvé les vaisseaux généralement en arrière de la hernie, confirment le précepte posé par Dupuytren.

M. TRÉLAT. J'ai présenté une observation avec quelques déductions pratiques, mais je n'ai point eu en vue de faire l'histoire de la hernie. Il faut distinguer, d'ailleurs, entre la hernie obturatrice non étranglée et la hernie étranglée ; c'est la dernière seule qui peut causer une douleur à la pression et du gonflement que d'autres opérateurs, avant moi, ont déjà vu. Mais je reconnais que quand la tumeur n'est pas plus grosse qu'une olive, le gonflement est inappréciable.

Je reconnais que les explorations par le vagin sont profitables, mais la réduction par les manœuvres indiquées par Rœser ne sont pas d'une efficacité certaine, et chez ma malade, elles n'auraient pas permis de réduire.

Les rapports des vaisseaux avec le collet de la hernie sont variables. Vinson l'a montré, et cela tient en partie aux anomalies d'origine de l'artère obturatrice. Pour débrider sans danger, je crois qu'il faut aller à la recherche du nerf et des vaisseaux et débrider où ils ne sont pas.

M. CHASSAIGNAC demande à M. Trélat si le sac présentait une ulcération correspondante à l'altération de l'intestin.

M. TRÉLAT répond qu'il n'y avait point d'ulcération sur le sac.

M. CHASSAIGNAC considère ce fait comme très-important, car il montre que l'intestin peut être coupé par une bride sans lésion de l'enveloppe péritonéale qui constitue le sac.

M. TRÉLAT. Il ne faut pas rapprocher les hernies crurales des hernies inguinales à cet égard, car dans la hernie obturatrice, la hernie est toujours un pincement de l'intestin et n'a pas, pour ainsi dire, de collet.

M. CHASSAIGNAC. Je ne cherche aucune comparaison, je me borne à constater l'importance du fait.

M. GIRALDÈS pense qu'il faudrait éviter de mêler aux considérations cliniques que comporte la hernie obturatrice étranglée les faits qui ont trait aux caractères de la hernie non étranglée, sous peine d'entraîner une certaine confusion.

(*A suivre.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours de l'agrégation en anatomie.

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE.

Testicule (anatomie et physiologie), par M. Legros ;
Foie (anatomie et physiologie), par M. Farabeuf.

Dans cette séance, nous avons retrouvé exactement la même attitude, le même style, le même ensemble de qualités et d'imper-

fections que nous avons déjà signalé dans la dernière épreuve; c'est donc plutôt sur le fond que nous ferons porter notre appréciation.

Que doit-on réclamer d'un homme de science qui aspire à l'agrégation? Naturellement, on lui demande de montrer qu'il y a en lui l'étoffe d'un professeur, puisqu'un professeur est fait, ordinairement, de bois d'agrégé.

Le professeur d'une Faculté doit être un homme instruit, mais par-dessus tout un homme sachant enseigner. La leçon que nous apprécions a été préparée par les candidats pendant 24 heures, à leur guise, dans leur propre domicile; libres de puiser les documents dans tout ce qui a été écrit; libres, d'une manière absolue, de toute surveillance. Dans ces conditions, il est certain que la question d'érudition est primée par la question d'exposition. C'est donc dans cette épreuve qu'on demande aux concurrents de montrer leur aptitude à professer.

Nous avons l'extrême regret de l'avouer, nous n'avons pas été satisfait de cette séance. M. Legros est assurément un homme de science, un travailleur infatigable, c'est de notoriété publique; mais il n'est pas professeur. Non-seulement M. Legros n'a pas la parole facile, mais il manque de méthode et de tact professoral, et, selon nous, il faut un certain tact à un professeur pour savoir quel temps il doit accorder à telle ou telle partie de la question à exposer.

Lorsqu'on doit traiter en une heure *du testicule au point de vue anatomique et physiologique*, il n'est pas admissible qu'on accorde 20 minutes au développement de cet organe, d'autant mieux qu'en prenant la question au pied de la lettre, on pourrait soutenir qu'elle était uniquement anatomique et physiologique. En passant rapidement sur cette question de l'évolution du testicule, le candidat aurait eu plus de temps pour la partie vraiment intéressante du sujet. Du reste, ce premier début a été embarrassé et dépourvu de clarté. Au lieu de nous apprendre que l'éléphant a ses testicules dans le ventre, nous eussions mieux aimé voir M. Legros passer moins rapidement sur l'anatomie qu'il n'a fait qu'effleurer en parlant de la forme, du volume et de la consistance du testicule, ce qui ne l'a pas empêché de donner à ces organes une direction qu'ils n'ont pas. Au lieu d'être parallèles et dirigé en arrière et en bas, comme l'a dit M. Legros, ils sont, de plus, rapprochés par leur extrémité postérieure. Pourquoi avoir mentionné le *corps de Giraldès* et les *hydatides de Morgagni*, sans parler du *vas aberrans* de Haller? Pourquoi avoir aussi passé sous silence ce petit repli si singulier, *meso-testis*, qui unit le testicule au corps de l'épididyme? Pourquoi enfin n'avoir pas décrit le feuillet viscéral de la tunique vaginale comme partie intégrante du testicule?

Toute la leçon s'est ressentie du manque de méthode, M. Legros ne s'est fait comprendre que de ceux qui connaissaient à fond cette question.

Lorsqu'il a parlé du développement des spermatozoïdes, par exemple, il a fait intervenir l'*ovule mâle* de M. Robin, sans expliquer ce que c'est que l'ovule mâle.

Ce ne sont pas là certainement des qualités professorales, et malgré la sympathie que nous avons personnellement pour M. Legros, nous devons à la vérité de dire qu'il n'a aucune des qualités qu'on est en droit d'exiger d'un professeur.

M. Farabeuf a un avantage sur son concurrent; il parle plus correctement; il est clair et méthodique; il captive l'attention de l'auditoire.

Nous nous arrêtons là en ce qui concerne les éloges, et nous adresserons à ce candidat les mêmes reproches que la première fois. Il a encore parlé avec précipitation, et son langage a parfois laissé à désirer.

Peut-on, du haut d'une chaire, dire à son auditoire : *Il faut vous fourrer cela dans la tête?*

La question à traiter était aussi belle que celle de M. Legros. Certainement le sujet était vaste et aurait exigé quatre leçons; mais le vrai talent du professeur est de savoir tout dire dans le temps voulu, avec calme, avec lenteur; enfin, il faut savoir choisir parmi la quantité de faits qu'on aurait à exposer.

Nous aurions vu avec plaisir M. Farabeuf glisser légèrement sur la conformation extérieure du foie pour s'appesantir sur la structure et les fonctions de cet organe.

En décrivant avec soin la structure du lobule, ce candidat aurait pu développer ce vrai talent qu'il possède de faire toucher du doigt, pour ainsi dire, les détails les plus minutieux. Mais le temps pressait, et le lobule du foie a été assez peu orné. Ce qui nous donne à penser que notre appréciation est assez juste, c'est que ce manque de temps a fait commettre à M. Farabeuf une erreur regrettable; il a répété que la *capsule de Glisson* est l'enveloppe fibreuse du foie envoyant des cloisons dans l'épaisseur du tissu hépatique. C'est regrettable, dis-je, car de la sorte l'auditoire n'a pas compris la capsule de Glisson qui est située, au contraire, à l'intérieur du foie, faisant suite à l'enveloppe fibreuse extérieure, et se continuant sous forme de canaux ramifiés à l'intérieur de la glande de la même manière que les ramifications bronchiques se divisent à l'intérieur du poumon.

Nous aurions désiré entendre quelques mots de l'opinion de M. Sappey sur la structure du foie, sur la structure des acini de M. Robin, du mécanisme intime de la bile et du rôle que jouent les cellules hépatiques dans la formation de ce liquide. En sortant de cette leçon on n'avait pas certainement une idée nette de la question, d'autant plus que le candidat a décrit physiologiquement le foie comme formé de deux éléments: élément glande en grappe chargé de secréter la bile et élément glande vasculaire sanguine destiné à la formation du sucre (théorie adopté par Robin), tandis qu'il a fait une description anatomique différente, venue de l'Allemagne, description qui consiste à faire du foie un amas de cellules épithéliales, dites hépatiques, entourées de capillaires sanguins et de canalicules biliaires.

En somme, cette leçon a été supérieure à la précédente et, malgré les imperfections que nous avons signalées et qu'on peut attribuer à l'émotion, on peut affirmer que M. Farabeuf a encore dépassé son compétiteur en montrant les qualités incontestables d'un bon professeur. Nous lui conseillerons, en terminant, d'être un peu plus Français, de ne pas prendre les Allemands pour des oracles et de chercher à contrôler avec le microscope ce qu'il peut y avoir de fondé dans les assertions de ces savants germaniques, en général pleins d'arrogance.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE.

Ovaire (anatomie et physiologie), par M. Duval;
Cœur (anatomie et physiologie), par M. Gillette.

M. Duval a fait preuve des mêmes qualités professorales que nous avons signalées dans l'épreuve précédente. Tenue irréprochable, langage très-correct, parfois même élégant, instruction solide et profonde, talent de démonstration, ce candidat possède tout, et il continue à se montrer très-supérieur à tous ses compétiteurs.

Ces éloges donnés avec impartialité, nous revenons à notre rôle d'appréciateur critique. D'abord, nous ferons observer que dans la dernière séance, à cause de l'émotion sans doute, M. Duval n'a pas élevé suffisamment la voix. Nous lui signalons ce point faible, dont il tiendra compte sans doute dans les épreuves suivantes; on pourrait supposer que son organe vocal ne suffirait pas à remplir de ses notes le grand amphithéâtre.

Nous sommes le premier à reconnaître que le sujet à traiter était vaste et plein de faits intéressants; mais il faut avoir le talent de se limiter, et, sous ce rapport, nous adresserons au candidat le reproche d'avoir donné trop de détails circonstanciés sur la forme, le volume, la situation et les rapports de l'ovaire, ce qui a pris de quinze à vingt minutes, au détriment de la structure et de la physiologie, les deux points certainement les plus importants de la question.

Voulant dire tout en une heure, M. Duval s'est un peu hâté, et son exposition a été précipitée; aussi cette leçon a-t-elle été un peu

inférieure à celle qu'il a faite si parfaitement sur le système lymphatique. Il y a eu un peu de précipitation, ce qui a entraîné à un certain moment un peu de désordre dans la description de la structure de l'ovaire, ainsi que quelques lapsus; ovaire pour ovule, ovule pour ovisac, etc.

Malgré cette critique, nous reconnaissons, avec le nombreux auditoire qui a salué M. Duval par des applaudissements répétés, que la leçon sur l'ovaire a été des plus intéressantes; le candidat a réussi à la traiter complétement. Néanmoins, nous persistons à croire qu'elle eût été meilleure si M. Duval avait moins insisté sur certains points peu importants concernant la structure de l'ovule, du corps jaune, etc.

Pourquoi avoir cherché à démontrer une différence entre la *turgescence* et l'*érection* de l'ovaire? Je veux bien qu'il y ait une certaine distinction anatomique à faire, mais physiologiquement le phénomène étant le même, rétention du sang dans les veines du tissu de l'ovaire par des fibres musculaires comprimant ces vaisseaux, il me paraît plus juste et plus simple de dire, comme M. Rouget, *érection* dans tous les cas.

M. Sappey a certainement beaucoup contribué à l'étude de la structure de l'ovaire, mais il faut faire à chacun la part qui lui revient et les candidats ont souvent le tort de la faire trop grande à leurs juges. Si M. Sappey a étudié la couche superficielle ou ovigène de l'ovaire de la femme, il faut reconnaître que l'éminent professeur avait pu être guidé dans ses recherches par celles que le docteur Otto Schron, de Naples, avait faites auparavant sur les mammifères, et si M. Sappey a pu arriver par le calcul à démontrer qu'une jeune fille a dans son ovaire assez d'ovules pour donner naissance à un nombre d'individus égal à la population de Marseille, de Bordeaux et de Rouen, il n'en est pas moins vrai qu'on pouvait arriver à la même conclusion en citant les travaux d'Otto Schron, attendu qu'en matière d'*ovarisme*, qu'on nous pardonne l'expression, on peut appliquer à la femme ce qui se passe chez les animaux.

M. Gillette a fait, après M. Duval, sa leçon sur le *cœur*. Eh bien! en toute conscience, notre impartialité nous force à dire que M. Gillette n'a pas fait une leçon digne d'un concurrent à l'agrégation. C'était, au plus, une composition d'externat. En entendant cette leçon, nous avons regretté d'avoir pris l'engagement de rendre compte de ce concours; nous aurions désiré n'avoir que des éloges à adresser à tous les compétiteurs. Evidemment, M. Gillette a mal compris la question lorsqu'il nous a parlé, pendant 47 minutes sur 60, de la conformation extérieure et des rapports du cœur; lorsqu'il a placé l'orifice de l'artère pulmonaire en avant de l'orifice aortique, tandis qu'il est à gauche; lorsqu'il a décrit le sillon interventriculaire postérieur sur le côté gauche du cœur (tandis qu'il se montre exactement au milieu), etc., etc., etc. Nous ne pouvons comprendre que M. Gillette, ayant à traiter l'anatomie et la physiologie du cœur, soit venu dire à son maigre auditoire: « Messieurs, étudions la conformation extérieure du cœur. Cet organe offre une face antérieure, une face postérieure, un bord droit, un bord gauche, une base et un sommet. 1° Face antérieure, etc. » En un mot, c'était là une leçon d'anatomie descriptive et de physiologie à l'usage des gens de monde. Nous n'insisterons pas davantage sur ce point.

Nous avons été frappé d'une chose, c'est que cette leçon a été, pour chaque candidat en particulier, de beaucoup inférieure à la première, quoiqu'il ait eu vingt-quatre heures pour la préparer. Il paraît, au dire des juges, qu'il en est de même dans tous les concours.

Continuant la tâche que nous nous sommes imposée, et devant classer les candidats selon notre appréciation personnelle, nous proposerions la liste suivante :

1° M. Duval;
4° M. Farabeuf;
5° M. Legros;
7° M. Gillette.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(7e liste.)

Total des listes précédentes		1,762 fr.
MM.	Viguès	10 fr.
	Bergeron	20
	Doyon	20
	A. Coizeau	5
Total		1,817 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Dans la séance de l'Assemblée nationale de mardi dernier, M. Jules Simon a déposé des projets de loi ayant pour objet : 1° l'ouverture d'un crédit additionnel de 24,000 fr. pour subvenir aux dépenses de laboratoires et annexes au service des cliniques de la Faculté de médecine de Paris; 2° l'ouverture d'un crédit de 30,000 fr. pour subvenir aux dépenses de l'Académie de médecine.

— *Concours de l'externat.* — La question du 3 décembre a été : *Vaccine et vaccination.*

Celle du 5 a été : *Ventouses et leurs indications.*

— M. le professeur Chauffard ouvrira prochainement un cours d'introduction à l'étude de la médecine, à l'École libre des hautes études, rue Madame, 31.

S'adresser pour les renseignements, à M. l'abbé Hulst, 90, rue de Varennes, le mercredi et le vendredi, de neuf à dix heures du matin.

— *Salles du Progrès.* — Samedi 7 décembre : La loi de l'harmonie illustrée, par M. Miquel-Jolly. — Cours illustré d'astronomie, par M. André : la planète Jupiter.

Dimanche 8 décembre : Les Harmonies de la nature, par M. l'abbé Moigno. — Venise illustrée, causerie de M. l'abbé Soldat. — Cours illustré d'Histoire universelle, par M. l'abbé Regnaud.

Lundi 9 décembre : Causerie et expériences de navigation aérienne : plus lourd et plus léger que l'air. M. Vert. — Cours illustré de géographie. M. Joran : La Suisse physique et pittoresque.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PENDANT L'ANNÉE 1872.

372. Le Gall. De la phlegmatia alba dolens.
373. Despeyroux. Etude sur les ulcérations du col de la matrice.
374. Piotrowski. Du catarrhe utérin dans les pelvi-péritonites et de son traitement.
375. D'Hubert. De l'obstruction de la trompe d'Eustache.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie. Tome XXII de la collection (année 1870). — 1 vol. in-8° avec planches lithographiées. Prix : 7 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Hygiène des Européens dans les climats tropicaux, des créoles et des races colorées dans les pays tempérés,

par le docteur SAINT-VEL, ancien médecin civil à la Martinique. — 1 vol. in-12. Prix : 3 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

De la fièvre dans les maladies des voies urinaires. Recherches sur ses rapports avec les affections du rein, par le docteur Albert MALHERBE. — In 8° avec nombreuses courbes thermiques. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux, par le docteur BOURNEVILLE. 1er fascicule (hémorrhagies et ramollissement du cerveau). — 1 vol. in-8° avec 22 figures. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Adrien Delahaye.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux, par le docteur Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — 1 vol. in-8°. Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Album illustré représentant la topographie névro musculaire ou les points d'élection pour la pratique de la thérapie galvano-faradique, par le docteur CÉSAR BRUNELLI, directeur de la clinique électro-thérapeutique de l'hôpital du Saint-Esprit (de Rome). — Prix : 15 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, par L. GOSSELIN, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris. — Tome Ier. 1 vol. in-8° de XI-720 pages, avec figures intercalées dans le texte (tome II payé à l'avance). Prix : 24 francs. — Paris, 1872, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

N° 143. — MARDI 10 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 10 DÉCEMBRE 1872. — N° 143.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier).— Ovariotomie. Trois mois après grossesse gémellaire. Accouchement à terme de deux garçons très-bien développés (M. d'Olier, d'Orléans). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles.

Paris, le 9 décembre 1872.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Après la discussion qui s'était élevée, dans une des séances précédentes, entre M. Bouillaud et M. Cl. Bernard, à propos de la chaleur animale, nous devions nous attendre à un discours de M. Bouillaud. Nous l'avons eu lundi dernier. L'éminent clinicien a cru devoir rééditer, devant l'Institut, les travaux de Lavoisier sur l'oxydation; il a ainsi prouvé que l'illustre chimiste plaçait le foyer principal de la chaleur animale dans le poumon; et, bien que cette théorie ne présente que des probabilités et des vraisemblances, « notre esprit, dit il, par je ne sais quelle illumination soudaine, lui donne son acquiescement, sans toutefois oublier ce qu'il reste à faire pour transformer cette vraisemblance et cette probabilité en vérité et en certitude. » Cette manière sentimentale de traiter les questions scientifiques est fort commode assurément, et nous regrettons que M. Cl. Bernard laisse passer des occasions si propices pour développer les grands principes de physiologie générale qui doivent présider à la pratique et à l'interprétation des expériences qu'il oppose brutalement à M. Bouillaud. Ne pourrait-on pas, par exemple, demander à M. Bouillaud ce qu'il entend par fonction? Et, après cela, ne pourrait-on pas le prier d'énumérer les éléments qui entrent dans la fonction pulmonaire? Ces questions élémentaires nous amèneraient à lui demander, en dernier lieu, si la fonction du poumon consiste à envoyer de la chaleur dans tout le corps, ou bien si, plus modeste, l'organe de la respiration se borne à fournir aux organes un sang *oxygéné*, c'est-à-dire capable de donner aux organes de la vie un aliment plus complet que celui que le sang veineux pourrait leur offrir.

Ces questions, il faut l'avouer, peuvent paraître indiscrètes, aux uns et aux autres, et nous résumerons cette discussion en répétant ce que nous disions dans notre précédent compte-rendu: *La chaleur animale se développe à l'occasion des modifications chimiques ou physiques que provoquent les divers actes de la vie.*

— Par suite de la séance annuelle qui a eu lieu le lundi précédent, les communications abondent dans la séance du 2 décembre; les correspondances foisonnent; nous sommes sous une étoile *de pluies* : la Seine monte, la Loire déborde et M. Leverrier fait trembler l'auditoire au récit du déluge d'étoiles filantes que ses correspondants ont observé le 27 novembre. Heureusement la pluie a cessé.

MM. Rabuteau et Papillon présentent un résumé de leurs expériences sur les effets physiologiques du silicate de soude. Méfiez-vous de ce sel administré à l'intérieur; il tue un chien à la dose de 1 ou 2 grammes en cinq ou dix jours. Mais administré à l'extérieur, sur les surfaces où la vie sécrète la mort, sur les surfaces purulentes, gangrenées et autres, le silicate fait merveille. Si vous voulez en essayer, faites dissoudre 50 centigrammes de silicate dans 100 grammes d'eau, et appliquez cette solution sur les surfaces malades ou bien en injection.

M. Picot, de Tours, a, lui aussi, expérimenté l'aciton antiputride ou antifermentescible du silicate, mais dans des cas spéciaux : dans l'uréthrite blennorrhagique chez la femme. M. Picot a guéri cinq fois l'uréthrite dans un intervalle de cinq à dix jours, avec une injection de 2 grammes de silicate pour 100 grammes d'eau répétée une fois tous les jours. Beaucoup de praticiens diront sans doute qu'ils n'ont pas attendu le silicate pour obtenir ces résultats.

— De tout temps les chimistes ont prétendu, plus ou moins, *chimiatriser* la médecine. C'est pourquoi leurs disputes ne nous sont pas indifférentes. Entre M. Pasteur, qui prétend préparer, grâce à ses expériences sur la possibilité ou la non possibilité des générations spontanées « un avenir nouveau à la médecine », et M. Béchamp, de Montpellier, qui prétend, lui aussi « préparer un avenir nouveau à l'art de guérir, » notre rôle n'est pas difficile : laissons-les plaider, et ne payons pas surtout la plaidoirie. Cependant nous devons, au nom de la justice, approuver M. Béchamp d'avoir revendiqué contre M. Pasteur la priorité d'une théorie sur les ferments, qui nous paraît pleine d'avenir. M. Béchamp avait professé et publié dès 1858, sur des vues formulées en 1844 par M. Dumas, que les phénomènes de fermentation sont essentiellement des *actes de nutrition*. Cette idée avait été le point de départ de ses études sur les microzymas en général et sur leurs fonctions. M. Pasteur qui, à cette époque, était l'adversaire de M. Béchamp, adopte pleinement aujourd'hui ses idées; mais dans ses récentes communications à l'Institut sur cette question, il avait oublié les travaux de ce dernier. De là la juste et légitime revendication de M. Béchamp.

— M. Ém. Blanchard présente, au nom de M. A. Villot, une note fort intéressante *sur la forme larvaire des Dragonneaux*. D'après l'auteur, les larves des *Gordius* vivent et se développent, à l'éta

normal, dans le corps de certains poissons qui pullulent dans tous nos ruisseaux (chez le *Cobitis barbatula* et le *Phoxinus lævis*) et non, comme on le croyait, dans le corps des insectes. L'embryon des Dragonneaux, il est vrai, s'enkyste d'abord dans les larves des (*Chironomites*; mais les poissons avalent ces dernières et une fois dans l'intestin, le kyste se dissout et l'embryon du filaire, mis à nu, établit sa nouvelle demeure dans les membranes de l'intestin du poisson pour s'y transformer en larve. Plus tard, il sort de l'intestin à l'état d'animal parfait, cessant ainsi d'être parasite pour devenir un ver fluviatile.

Dans la correspondance nous avons remarqué l'envoi du beau travail de M. Bouchut sur l'*Histoire de la médecine et des doctrines médicales*, dont nous rendrons compte un jour à nos lecteurs. Nous avons remarqué aussi une lettre de M. le Dr Prunières, dans laquelle l'auteur résume ses belles recherches sur le lac Saint-Andéol (Lozère). M. Prunières a découvert que la prétendue ville dont on croyait voir encore les fondations sur pilotis n'est autre chose qu'une réunion de cabanes bâties autrefois par des castors vivant en société sur le lac Saint-Andéol, comme ils vivent encore dans quelques solitudes de l'Amérique du Nord. Voilà un nouvel horizon ouvert aux inventeurs de cités lacustres.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

(Leçon recueillie par H. Liouville, chef de clinique, et Landrieux, ancien interne).

Aux cinq exemples que je viens de rapporter, il convient d'ajouter quatre observations de M. Castiaux, qui a retiré de 400 à 2,400 grammes de liquide, et sept observations de M. Regnard, qui a extrait de la poitrine, à l'aide de l'aspiration, de quelques grammes à 3,000 grammes de sérosité. Par ce procédé, 19 paracentèses et l'évacuation d'une hydarthrose ont été, en outre, pratiquées devant différents médecins des hôpitaux de Paris.

S'il fallait vous faire l'histoire de la thoracentèse, il me faudrait remonter assez loin dans les annales de la science, mais n'ayez aucune crainte de cette longue énumération, messieurs; je me contenterai de vous parler des modifications diverses qui lui ont été imprimées dans ces trente dernières années.

M. Cruveilhier, il y a déjà quelques années, avait cherché à faire revivre l'emploi de cette opération; mais les indications restaient, ce me semble, assez vagues dans son esprit, car, à propos d'un de mes amis atteint d'un épanchement abondant du côté gauche, il disait, dans une consultation avec MM. Andral, Chomel et Louis : « L'opération ne réussira pas. Je serais désolé, pour le succès futur de ce procédé de guérison qu'on y songeât ici; cependant, je le mettrais en pratique comme dernière ressource. » C'était là une conclusion peu encourageante. Le malade, hélas! succomba sans qu'on tentât la thoracentèse.

Messieurs, cette opération resta assez longtemps dans le domaine de la science pure. On ne la pratiquait que fort rarement, sans grande efficacité, comme sans grand entrain, car les indications et les préceptes étaient peu précis. L'entrée de l'air dans la cavité pleurale était surtout un accident très-redouté, sur lequel on insistait beaucoup. Reybard, le premier, publia, en 1841, un mémoire dans la *Gazette médicale de Paris* (1), dans lequel il proposait, pour s'opposer à cette entrée de l'air dans la plèvre, l'usage de l'enveloppe de baudruche, que vous voyez employer chaque jour, et dont je vous ai parlé en grand détail dans une leçon précédente.

Malgré ce travail et malgré tout le mérite de l'auteur, ce moyen de traitement restait peu employé, lorsque Trousseau s'en déclara partisan et en préconisa l'emploi. C'est dans cet amphithéâtre, dont les échos ont si souvent retenti sous l'éloquente parole de Trousseau, qu'il convient de rappeler l'emploi de cette méthode comme un éternel titre de gloire qui (avec la vulgarisation de la trachéotomie) signalera le nom de mon illustre prédécesseur à la reconnaissance de l'humanité.

Le procédé de Reybard, si souvent employé sans le moindre inconvénient par Trousseau et depuis lui par beaucoup d'autres, comme par moi-même, pour les épanchements considérables, permet d'éviter l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. C'est là, à mon sens, pour les épanchements pleurétiques aigus et séreux, une condition qu'il est utile de maintenir et qui doit être observée. Cependant il faut bien savoir que plusieurs auteurs ont avancé qu'il n'y avait aucun inconvénient à laisser l'air s'introduire dans la poitrine. Je vous citerai, entre autres, Weisbrod et Winter de Munich, qui, en 1837, soutiennent que l'air est innocent. En 1839, Heyfelder; en 1852, Budd et Spencer Wells se montrent partisans de la même opinion. En France, vous savez que M. Gendrin, dans sa pratique, ne redoutait nullement cette pénétration de l'air.

Il y a, en effet, dans la science, plusieurs exemples dans lesquels l'air est entré dans la cavité pleurale atteinte d'inflammation aiguë, sans qu'il y ait eu à la suite aucune conséquence funeste.

La femme qui était couchée au numéro 23, salle Saint-Antoine, dont je vous rappelais tout à l'heure l'observation, semblerait être un exemple de ce genre, puisque, par une erreur opératoire, elle reçut, sans inconvénient aucun, immédiat ou éloigné, une injection considérable d'air dans la cavité pleurale. Certes, le fait est intéressant en lui-même; mais laissez-moi vous faire remarquer que le contact de cette collection d'air fut bien peu prolongé dans ce cas, puisqu'il fut immédiatement, chez cette malade, procédé à une aspiration méthodique, qui amena pêle-mêle l'air injecté et l'épanchement séreux.

Dans les épanchements purulents, sachez-le bien, messieurs, l'introduction de l'air dans la cavité pleurale ne doit pas être redoutée, quel que soit le procédé employé (et je ne veux rien dire ici sur ce côté de la question), si on a soin de traiter la plèvre comme il convient et par des moyens que je vous indiquerai à l'occasion. Mais dans les épanchements récents et séreux, l'innocuité de l'introduction de l'air me paraît jusqu'ici moins nettement établie. Il est prudent, à mon sens, d'éviter cette introduction qui, malgré les faits plus ou moins heureux que je rappelais tout à l'heure, pourrait bien favoriser la conversion purulente de l'épanchement séreux, lequel, dans un certain nombre de cas, a grande tendance à une semblable conversion, ainsi que vous l'a montré l'examen microscopique qu'a fait M. Liouville, de la sérosité retirée de la poitrine chez le malade couché au n° 31 de la salle Sainte-Jeanne, dont je vous rappelais l'histoire tout à l'heure. D'ailleurs, remarquez-le, messieurs, en supposant qu'il soit exact qu'il n'y ait pas d'inconvénient à laisser pénétrer l'air dans la poitrine, il n'y a assurément

(1) Suite. — Voir les numéros des 2-5, 7, 12 novembre et 3 décembre 1872.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1841, p. 38, 52 et 218.

aucun inconvénient, aucun danger à empêcher cette introduction. Cela ne complique pas notablement les procédés opératoires à mettre en usage, et le praticien n'en est que plus tranquille en observant cette précaution si facile. Voilà pourquoi M. Blachez a proposé de conserver même, lors de l'emploi du trocart capillaire qu'il a préconisé, l'usage de l'enveloppe de baudruche, destinée à faire soupape et à empêcher l'entrée de l'air dans la cavité pleurale.

Lorsque mon honorable ami M. Blachez a proposé le trocart capillaire que je vous ai montré à la fin d'une des dernières leçons, il voulait surtout remplir une indication qu'il croit fort avantageuse, savoir : procéder à l'évacuation du liquide plus lentement qu'on ne le fait avec le gros trocart ordinaire. Le but à atteindre, selon cette opinion, c'est de permettre au poumon, comprimé jusque-là par les néo-membranes, une dilatation plus graduelle et plus mesurée (une ampliation plus rapide, paraissant aux personnes qui, comme M. Blachez, recherchent cette lenteur de l'évacuation, une circonstance fâcheuse et peut être même nuisible). Ces personnes redoutent, en pareil cas, une congestion pulmonaire, des quintes de toux, etc.

J'avoue bien sincèrement, messieurs, qu'après avoir pratiqué fréquemment la thoracentèse avec le trocart ordinaire, je suis encore à chercher un exemple dans lequel ces accidents aient été constatés légitimement. Ce que mon collègue M. Blachez se propose d'obtenir ne me touche donc que fort peu, mais l'emploi d'un trocart capillaire me semble très-utile pour les épanchements peu considérables, en ce qu'il diminue les dangers de la blessure du poumon, si par malheur on arrivait jusqu'à cet organe. Toutefois, si les trocarts capillaires ont cet avantage, ils ont, remarquez-le bien, deux inconvénients sur lesquels j'appellerai spécialement votre attention. D'abord, et c'est là un point auquel on peut quelquefois difficilement remédier, ils sont plus capables d'être bouchés par des débris néo-membraneux, ce qui nécessite des précautions opératoires particulières. Mais c'est là un point médiocrement important d'ordinaire. Ce qui est plus sérieux, selon moi, c'est que l'évacuation du liquide est moins complète et moins facile par ces sortes de trocarts employés seuls. En effet, lorsque l'on pratique la thoracentèse, même avec le trocart ordinaire garni de baudruche, on n'obtient l'évacuation que de la sérosité qui sort spontanément. Elle n'est évacuée avec cette spontanéité que sous l'influence de certaines forces, savoir : 1° le retour, par le fait de leur élasticité, des parois de la cavité thoracique distendues jusque-là par l'épanchement ; 2° la dilatation du poumon qui, d'abord comprimé, reprend un volume plus ou moins normal sous l'influence de l'introduction de l'air arrivant dans les bronches et dans les trabécules pulmonaires par l'inspiration, à mesure que la compression, que cause la quantité de l'épanchement, diminue.

3° Enfin, il convient d'ajouter à ces deux influences, l'action des muscles inspirateurs et expirateurs qui trouvent, par le fait de l'évacuation du liquide, à exercer plus complétement leurs fonctions, et par cela même aident plus efficacement à chasser l'épanchement en favorisant la dilatation du poumon lors de l'inspiration, d'où une pression plus forte sur la collection liquide et qui, par le resserrement de la paroi thoracique lors de l'expiration, pressent également cette collection et la précipitent ainsi vers l'ouverture de la canule.

Mais, suivant moi, la dilatation pulmonaire a besoin pour se compléter, autant que l'absence d'adhérences pseudo-membraneuses le permet, d'être un peu aidée par une évacuation plus nette et plus complète du liquide. Déjà incomplète lorsqu'on se sert d'un trocart de calibre ordinaire, et s'arrêtant en quelque sorte en chemin, par l'insuffisance notoire des actions que j'indiquais tout à l'heure, cette évacuation est encore plus médiocre si l'on emploie un trocart capillaire dont la lumière restreinte tend à arrêter le liquide, plus lentement et moins facilement écoulé.

Or, selon moi, c'est ici que doit intervenir l'usage des appareils aspirateurs, adjuvants efficaces et indispensables même des trocarts capillaires, surtout quand il s'agit, remarquez-le bien, d'épanchements peu considérables qui, par leur petit volume même, provoquent dans une très-faible mesure les actions que je vous indiquais tout à l'heure comme les seules forces capables de chasser le liquide épanché dans la plèvre. A cette aspiration, on a fait certaines objections ; mais elles prouvent, à mon sens, que ceux qui les ont faites les ont mises en avant par pure théorie et sans avoir regardé un seul moment à la pratique, pour étayer ou contrôler leur dire.

Par l'aspiration, a-t-on dit par exemple, on force le poumon à se dilater violemment, et l'on peut provoquer plusieurs accidents tels que la rupture du poumon ou une congestion violente de cet organe. D'autres ont avancé que, par l'aspiration faite à la surface de la plèvre malade, on provoquait une pluie séreuse ou une pluie séro-sanguinolente, suivant d'autres personnes, pluie qui renouvelait l'épanchement ou augmentait celui qui existait déjà.

Je dois vous avouer, messieurs, que ces objections laissent ma conscience parfaitement tranquille. Vous avez vu que l'aspiration a été pratiquée un certain nombre de fois et dans nos salles avec différents appareils ; rien absolument rien, je ne dirai pas de semblable, mais seulement d'analogue aux gros inconvénients que l'on a formulés tout à l'heure, n'a été observé nulle part. Rien du côté du poumon ; souvent même la toux, si habituellement observée lors de la thoracentèse des grands épanchements par le procédé Reybard ; la toux, dis-je, a complétement manqué. Quant à cette pluie séreuse provoquée, dit-on, par l'aspiration, vous avez pu remarquer dans deux de nos dernières opérations toute l'inanité de ce reproche. En effet, alors que l'écoulement séreux s'était arrêté, nous avons continué, en l'augmentant même, l'aspiration dans notre appareil, et quoique nous soyons resté un temps notable à attendre, il n'est pas venu de nouveau liquide séreux ou sanguinolent. Ce sont là des reproches tout à fait théoriques, de véritables *à priori*, qui sont la conséquence de l'idée fausse et exagérée qu'on se fait de l'aspiration, de sa puissance et de ses conséquences. Non ! les appareils employés ne vont pas si loin et n'exercent pas une telle violence, et je ne voudrais pas même affirmer qu'ils retirent le liquide épanché jusqu'à sa dernière goutte. Ils en retirent la presque totalité et sont plus efficaces à ce point de vue que la thoracentèse ordinaire, mais ils ne sont pas doués d'un pouvoir aussi radicalement absolu. Ils sont surtout, comme je vous le disais tout à l'heure, le complément des trocarts capillaires, qui, sans leur secours, laisseraient selon moi trop de liquide dans la plèvre, dès l'instant qu'ils sont d'un calibre assez petit.

N'ayez donc, messieurs, nul souci de ces objections adressées aux appareils capillaires et aspirateurs par ceux-là surtout qui ne les ont pas appliqués.

(*A suivre.*)

OVARIOTOMIE

Trois mois après grossesse gémellaire. — Accouchement a terme de deux garçons très-bien développés

Par M. le docteur Olier (d'Orléans).

12 septembre 1871. — Me R.., blonde, de petite taille, extrêmement amaigrie, est atteinte d'un kyste de l'ovaire dont l'origine remonte à huit ans. Voici les indications qu'elle donne à ce sujet : première couche le 31 octobre 1861, à la suite de laquelle le ventre resta un peu gonflé. Deuxième couche le 3 août 1863 ; après cet accouchement le ventre resta gros comme chez une femme enceinte de quatre à cinq mois. Elle éprouvait toujours de grandes douleurs dans le côté droit. Une troisième couche eut lieu le 16 avril 1865, cette troisième grossesse fut très-pénible. La tumeur utérine était déjetée à gauche, le kyste à droite ; on pouvait croire à une grossesse double. Ce kyste augmenta notablement, ce qui nécessita une première ponction le 28 juillet 1866. Cette ponction donna issue à 13 litres d'un liquide séreux transparent, citrin, inodore, trois mois après, quatrième grossesse et accouchement le 11 août 1867. Le ventre reste gros, puis augmente tellement qu'une deuxième ponction devient nécessaire le 16 avril 1868. En avril 1870 une troisième ponction donne encore issue à 14 litres de liquide et au mois de septembre 1871 le kyste s'est de nouveau rempli.

Les parois abdominales ont été tellement distendues par le kyste et les grossesses concomitantes, et la malade est si maigre qu'après chaque ponction la peau est molle, flasque, ridée, et peut se prendre à pleines mains comme un linge ; on peut alors apprécier l'état du kyste ovarique dont on sent les parois fort épaisses appliquées face à face ; on peut déplacer le kyste dans tous les sens ; on le repousse à volonté d'une fosse iliaque dans l'autre et réciproquement ; on l'amène en avant, en passant presque la main en arrière, tant est amincie la peau du ventre, avons-nous dit ; et on en tire cette conclusion que le kyste n'a vraisemblablement aucune adhérence avec la paroi abdominale. L'épaisseur de ses parois, sa grande étendue, son ancienneté, la rapidité avec laquelle il s'est rempli, ne permettent pas de s'arrêter à l'idée d'une injection iodée.

L'ovariotomie est donc proposée et acceptée, puis pratiquée le 12 septembre en présence et avec le concours des honorables confrères MM. les docteurs Lenormant, Bézard, Lepage, Verdureau et Chipault.

Le chloroforme est administré, et quand l'insensibilité est absolue, la vessie étant vidée, la peau est incisée sur la ligne moyenne, depuis l'ombilic jusqu'à 0,03 au dessus du pubis ; puis le tissu cellulaire est divisé couche par couche et la ligne blanche avec une précaution extrême dans une étendue de 0,08. Dès que le kyste apparut, une sonde cannelée est introduite entre le kyste et la ligne blanche, et celle-ci est divisée jusqu'en bas ; aucun vaisseau ne se présente à lier.

Le kyste se montre à l'ouverture sous forme d'une grosse tumeur molle, fluctuante, d'un rouge bleuâtre. Un gros trocart y est plongé et donne issue, comme dans les ponctions précédentes, à 12 litres d'un liquide jaune citrin, transparent.

Dès que le liquide fut évacué, le kyste fut attiré doucement au dehors à l'aide de pinces de Muzeux. Il n'était retenu par aucune adhérence, pas même dans les endroits où il avait été trois fois ponctionné.

Pendant que cette énorme poche était étalée entre les cuisses de la femme, on fit rapidement l'examen de la cavité abdominale ; les intestins petits et comme atrophiés étaient refoulés sur les parties latérales, l'ovaire et le ligament gauche étaient sains ; la surface extérieure de l'utérus, lisse et arrondie, ne présentait aucune irrégularité ; le pédicule de l'ovaire malade avait 4 centimètres de longueur, il était formé par tout le ligament large. Il fut plissé et rassemblé dans un clamp, et vigoureusement serré à 0,02 au-dessous de la paroi du kyste, et celui-ci séparé à l'aide d'un bistouri à 2 centimètres en dehors du clamp ; à ce moment aucun vaisseau ne donnait ; on s'occupa de la réunion.

Le pédicule fut placé dans l'angle inférieur de l'incision. Une première épingle longue et solide fut placée à 0,01 au-dessus du clamp, traversant la peau à 0,03 en dehors de l'incision et reportant du côté opposé à une distance égale ; dans son trajet, cette épingle traverse le pédicule de façon à en empêcher le retrait dans le cas où le clamp serait enlevé trop tôt : un fil très-solide jeté autour de l'épingle rapproche les bords de la plaie. Disons tout de suite que toutes les épingles qui ont servi à la suture ont été introduites immédiatement entre la paroi abdominale et le péritoine, de telle sorte que les bords de la séreuse ont été juxta-posés et non adossés.

8 épingles placées à 0,03 de distance les unes des autres et entourées d'un gros fil de soie ciré suffirent pour opérer la réunion de cette longue plaie.

Un peu de charpie, une compresse de flanelle et un bandage de corps légèrement serré constituèrent tout le pansement.

L'opération avait duré trois quarts d'heure, il n'y avait pas eu de perte de sang ; l'insensibilité avait été complète ; au réveil le pouls était à 65. Il survint alors quelques vomissements chloroformiques, la malade fut maintenue sur son lit d'opération pour éviter toute secousse.

Une demi-heure après l'opération, l'examen du pédicule fit reconnaître qu'une petite hémorrhagie se faisait en avant du clamp. A l'aide d'un ténaculum deux petites artérioles furent saisies et liées et toute perte de sang fut définitivement arrêtée. En somme la malade n'avait pas perdu quatre cuillerées de sang, et pas une goutte de liquide du kyste n'était tombée dans la cavité abdominale.

Après que les vomissements furent arrêtés la malade prit quelques cuillerées de vin vieux, puis du bouillon ; le soir le pouls se maintenait à 65, la peau bonne, le calme est parfait ; il n'y a plus de vomissements et pas d'autre douleur que celle de la cuisson de la plaie.

Examen de la tumeur :

C'est une énorme poche fibreuse, blanchâtre, très résistante, épaisse de $0{,}001^{m}$. ; sur sa surface externe, qui est parfaitement lisse. et unie, se voit la trompe de Fallope très-allongée et mesurant à peu près 0,20 de longueur depuis l'extrémité flottante de son pavillon jusqu'à l'endroit où la section a été opérée. La surface interne de cette vaste poche contient 50 petits kystes disséminés partout, les uns gros comme des grains de blé, d'autres comme des grains de raisin, d'autres comme des œufs de pigeon. Ils contiennent tous un liquide séreux, jaunâtre ; dans quelques-uns, le liquide est plus épais et un peu filant comme de l'huile ou une solution gommense.

Ces petits kystes secondaires n'ont pas été reconnus lors de la dernière ponction, c'est-à-dire un an auparavant. Il est probable cependant qu'ils étaient déjà en voie de formation. Ils démontrent qu'une injection iodée, dans cette circonstance, n'aurait pas réussi.

13 septembre. — L'opérée est dans les meilleures conditions : pouls, 65 ; langue rosée, molle, humide ; peau sans chaleur ; soif modérée ; estomac bon. Peu de sommeil pendant la nuit, parce que le lit n'ayant pas été changé et la malade s'étant fait un devoir de ne pas bouger se trouve fatiguée de son immobilité.

Le pansement consiste à changer la charpie, qui est légèrement tachée de sang et de sérosité provenant du pédicule.

La malade est transportée dans un autre lit : bouillon, tapioca, vin.

La journée se passe sans douleur et sans agitation. La nuit est bonne. Plusieurs heures de sommeil.

14 septembre. — Visage gai ; pouls à 70 ; peau bonne, soif modérée ; aucune douleur ; appétit.

Bouillon, potages légers, viande, vin.

Le soir, pansement à la charpie pour absorber la sérosité qui suinte du pédicule. Le ventre est très-souple, peu douloureux à la pression. La paroi abdominale est si flasque qu'elle repose im-

médiatement sur la colonne vertébrale et est soulevée par chaque battement de l'aorte.

15 septembre. — Le visage est calme et rayonnant. Pas de douleur, pas de soif; pouls 70; sommeil de la nuit paisible; langue belle; appétit. Toute la partie du pédicule qui dépasse le clamp est mortifiée et est enlevée pour supprimer toute cause d'odeur et de suintement.

Le pansement consiste en un petit linge cératé passé entre le clamp et la peau et un peu de charpie sèche, le tout maintenu par une compresse et un bandage de corps. Toute la plaie est réunie par première intention.

Café au lait, potages, bouillon, viande, vin.

Soir. — Journée très-bonne; gaîté; conversation animée; pouls à 70; les petits repas se prennent avec plaisir. Mêmes pansements avec le linge cératé et la charpie.

16 septembre. — Nuit bonne; pouls à 70; aucune douleur; appétit.

4 épingles sont enlevées de 2 en 2, et les plis sont maintenus en place.

Le pourtour du pédicule est lavé à l'eau tiède et couvert d'un tissu cératé; charpie, compresse, bandage de corps.

17 septembre. — Le clamp est enlevé; le pédicule est en partie sphacélé. Il ressemble à un gros marron ou à un champignon dont la tige est fortement resserrée entre les téguments réunis, et très-fortement déprimés en ce point, en forme d'entonnoir.

L'état général est très-satisfaisant; appétit, sommeil. 2 épingles sont enlevées.

18 septembre. — 2 épingles sont enlevées. La plaie abdominale est réunie par première intention d'une manière absolue dans toute son étendue. Il n'y a ni rougeur, ni suppuration.

L'état général est des plus satisfaisants. Le lit est fait tous les jours.

19 septembre. — Depuis que le clamp est enlevé, le pourtour du pédicule se sphacèle; on en détache tous les jours des lambeaux infects; les lavages se font avec soin; linge cératé, charpie; apparition des règles qui viennent 5 jours en avance et dureront 3 jours, suivant les dispositions ordinaires de l'opérée.

21 septembre. — La partie cutanée située au-dessous du pédicule à droite est rouge et douloureuse, un petit abcès s'y prépare; cataplasmes pendant 2 jours, le pédicule fait une saillie grosse comme un marron dinde, la plaie cutanée s'écarte un peu, le pédicule rentre lentement dans la cavité abdominale, de sorte que le 24 septembre il n'y a plus qu'un petit bourgeon charnu, rouge, gros comme une cerise, qui continue à s'enfoncer et à disparaître, pendant que les bords de l'incision se rapprochent et vont bientôt se réunir. L'état général est parfait. La malade voudrait se lever, mais la prudence commande de la maintenir dans son lit jusqu'à cicatrisation complète et solide de la plaie.

28 septembre. — Il n'y a plus qu'un petit tubercule gros comme un haricot rouge au fond d'un entonnoir qui ressemble à un deuxième ombilic; la suppuration est insignifiante.

La malade se lève et se promène dans sa chambre.

2 octobre. — L'état général est tout à fait bon. La plaie est cicatrisée. Un bandage de corps constitue tout le pansement; c'est plutôt une mesure de précaution qu'une nécessité.

11 octobre. — La malade tout à fait bien se promène au dehors; mange bien, et engraisse d'une façon notable. . . . .

. . . .

ses règles se suppriment au bout de trois mois; une cinquième grossesse se développe, son ventre se prête à la distention sans difficulté; au bout de 9 mois elle accouche de deux jumeaux magnifiques; n'ayant pas assez de lait pour les nourrir, elle les élève à boire. Les suites de couches sont des plus heureuses. Au bout de quinze jours l'accouchée se promène et reprend ses occupations; la paroi abdominale n'a pas souffert de la grossesse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

RAPPORT

Névralgie de la face avec glaucôme. — M. DOLBEAU. Le docteur Abadie vous a fait connaître la relation d'un fait assez vulgaire auquel il a su donner un réel intérêt, en l'entourant de considérations à la fois ingénieuses et contestables. Ce sera, je le crois, rendre hommage au zèle de M. Abadie que de soumettre son travail à une critique approfondie.

Une femme âgée de 66 ans était atteinte d'un tic douloureux au côté gauche de la face; la névralgie remontait à 8 ans, lorsque M. Abadie fut appelé à donner des soins à la malade. En outre de cette atroce névralgie, la malheureuse femme était affligée d'une perte absolue de la vision : l'œil droit était réduit à l'état de moignon, l'œil gauche offrait tous les caractères d'un glaucôme avec destruction des éléments sensoriels et conducteurs de la rétine.

Les antécédents de la malade, recueillis avec soin par M. Abadie, semblent établir que la névralgie avait débuté la première et que les troubles de la vision n'ont été que consécutifs. L'auteur, qui s'occupe avec succès des études ophthlmologiques, a cru trouver dans cette observation une nouvelle démonstration de l'opinion soutenue par deux expérimentateurs, MM. Hippel et Grünliagen, à savoir que c'est l'irritation des branches du trijumeau et non celle du sympathique qui produit l'augmentation de la tension intra-oculaire. Ainsi, suivant M. Abadie, le glaucôme de l'œil gauche serait, chez sa malade, consécutif à la névralgie faciale. Je veux bien accepter cette interprétation, elle paraît en effet conforme aux antécédents pathologiques qu'on a pu recueillir, les troubles de la vision n'ayant été reconnus que trois ans après l'apparition de la névralgie.

Je fais néanmoins la remarque suivante : la malade a perdu l'œil droit d'une attaque de glaucôme aigu; cette perte de l'œil droit n'aurait-elle pas été l'occasion de constater l'existence d'un glaucôme chronique à gauche, affection indolente qui jusque-là avait passé inaperçue.

Ce qui doit surtout vous intéresser, messieurs, dans l'observation de M. Abadie, c'est la guérison d'une névralgie rebelle, remontant à 8 ans, par une opération d'ailleurs peu importante. M. Abadie a sectionné le nerf sous-orbitaire, et depuis plus d'un an la guérison du tic douloureux paraît complète.

Cette cure sera-t-elle définitive? on pourrait en douter, puisque le nerf conducteur a été seulement coupé et qu'il y a lieu d'admettre comme possible le rétablissement du tronc nerveux. Mais supposons que la guérison soit absolue, ce ne sera qu'un exemple de plus à enregistrer d'une cure de la névralgie tri-faciale, du tic douloureux par la section du nerf sous-orbitaire.

Vous connaissez comme moi, messieurs, les faits de cette nature, et vous savez que jusqu'ici la science reste muette quand il faut expliquer pourquoi ces guérisons sont ordinairement temporaires, de 2 à 6 mois, et pourquoi elles sont parfois si prolongées qu'on peut les considérer comme définitives.

Il faut dans les sciences d'observation se bien garder de conclure d'un fait particulier, cette faute est cependant commise tous les jours, et je crains bien que, dans l'espèce, M. Abadie n'ait pas su éviter l'écueil. Cette remarque s'applique à certains commentaires dont le présentateur a fait suivre la relation du fait qu'il a si bien analysé.

M. Abadie ayant fait la remarque que toutes les fois qu'il touchait la peau au voisinage de l'aile du nez, ou bien encore vers la partie médiane de la lèvre supérieure, sa malade était prise d'un accès plus violent, il en conclut que chez cette femme il existe sur les téguments de la face une zone de sensibilité anormale qu'il suffit de toucher pour provoquer les crises douloureuses; cette zone,

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 décembre.

M. Abadie la baptiste de suite, du nom de zone épileptogène insensible, faisant ainsi allusion à des recherches intéressantes auxquelles restera attaché le nom de M. Brown Sequart.

M. Abadie a coupé le sous-orbitaire, il a rendu ainsi la zone épileptogène insensible; les accès névralgiques ont cessé depuis plusieurs mois. Jusqu'ici tout est parfaitement logique, mais voici le point où l'auteur cesse d'être inexpugnable dans son raisonnement; vous allez en juger.

M. Abadie remarque qu'il y a des névralgies de la face dans lesquelles l'observation attentive démontre la présence sur les téguments d'une véritable zone épileptogène; d'autres fois, dit l'auteur, la zone d'irritation fait absolument défaut. Conséquemment il y aurait lieu, selon M. Abadie, de diviser les névralgies de la face en deux catégories, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de zone épileptogène.

Les premières, celles où la zone peut être reconnue, seraient dites de cause périphérique et seraient curables par la section du nerf correspondant. Les autres seraient des névralgies centrales et, par suite, des tics qui échapperaient à l'intervention chirurgicale.

Voici, messieurs, quelle est la théorie de M. Abadie; elle est basée sur une seule observation. Il est évident que le succès obtenu a fait sortir l'auteur des bornes de la prudence scientifique; ses conclusions ne sont pas justifiées par la clinique.

Il suffit, en effet, de lire les nombreux faits relatés dans nos recueils périodiques, pour voir que la zone douloureuse n'avait pas, ainsi que semble le croire M. Abadie, échappé à la plupart des observateurs. Il suffit surtout de rechercher quels ont été les résultats de la névrotomie, dans les affections douloureuses du trijumeau, pour voir que la distinction entre les névralgies de causes centrales et des névralgies de causes périphériques reste absolument impossible. Certes, la distinction serait facile si les faits concordaient avec l'ingénieuse hypothèse de M. Abadie, mais l'observation clinique démontre que des sections, des résections de nerfs ont été inutiles ou insuffisantes dans plusieurs cas où la zone douloureuse, épileptogène, comme l'appelle M. Abadie, avait été rendue insensible par suite de l'opération.

Je ne puis discuter ici les indications de l'intervention chirurgicale dans les cas de tics douloureux de la face; toutefois je ne crains pas d'affirmer que jusqu'ici nous sommes dans l'impossibilité d'expliquer les résultats si variables et en apparence contradictoires de la névrotomie.

Néanmoins, messieurs, la communication de M. Abadie conserve tout son intérêt, j'ai essayé d'accentuer les points en litige, j'ai critiqué parfois un peu vigoureusement l'auteur, mais j'étais à l'aise : la plupart de vous connaissent M. Abadie, il a été mon interne et je suis resté de ses amis.

Je vous propose, messieurs, d'adresser des remercîments à M. Abadie, et je vous demande de renvoyer au comité de publication l'intéressante observation qu'il vous a fait parvenir.

(*A. suivre*).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 6 décembre 1872, ont été nommés ou promus dans l'Ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. le professeur Béhier.

Au grade de chevalier : MM. les docteurs Prévost et Clérembault, médecins à l'hôpital d'Alençon.

— Par décret en date du 3 décembre 1872, M. le docteur Huchard, attaché à l'ambulance militaire des Magasins-Réunis pendant le siége de Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Un incident fort touchant a marqué ce matin lundi la fin de la visite des malades à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui suivent le cours de M. le professeur Béhier ont prié le plus ancien d'entre eux d'offrir à leur maître une croix de la Légion d'honneur, accompagnée d'une lettre revêtue, pendant la visite, d'un nombre considérable de signatures, et où se lisaient ces lignes simples et significatives :

« Les élèves de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (année 1872
« sont heureux d'offrir à M. le professeur Béhier leurs respectueux
« compliments et un témoignage de reconnaissance pour la direc-
« tion qu'il donne à leurs études. »

M. Béhier a répondu par quelques mots très-affectueux à cette marque de délicate attention, qui honore à la fois le professeur et les élèves.

— *Concours de l'externat.* — La question traitée le 7 décembre a été : *Hémorrhagies traumatiques; moyens hémostatiques.*

— *Concours de l'internat.* — La question traitée le 6 décembre a été : *Prostate; symptôme et diagnostic des calculs vésicaux.*

— Le concours des prix à décerner aux internes des hôpitaux vient d'être terminé.

La médaille d'or a été obtenue par M. Pozzi; M. Campenon a la médaille d'argent.

Les accessits de la première division (médaille d'or) ont été donnés à MM. Richelet, Rendu, Labadie-Lagrave; ceux de la deuxième division (médaille d'argent), à MM. Homolle, Danlos et Reclus.

Composition du jury : MM. Briquet, Descroizilles, Gosselin, Lancereaux, Le Fort, Polaillon.

Épreuves des candidats de la 1re division :

1° *Épreuve écrite* : Tissu cartilagineux; anatomie pathologique de l'enchondrome.

2° *Épreuve orale*. (Pathologie externe) : Infiltration urineuse.

3° *Épreuve orale*. (Pathologie interne) : Valeur séméïologique de l'hémoptysie.

Épreuve des candidats de la 2e division :

1° *Épreuve écrite* : Glandes intestinales; valeur séméïologique de la diarrhée.

2° *Épreuve orale*. La moitié des candidats a eu à traiter la question suivante : Fractures du maxillaire inférieur. On a donné aux autres : la Luxation traumatique du coude en arrière.

3° *Épreuve orale*. Diagnostic des épanchements pleuraux.

— Le concours des prosecteurs des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Marchand et Senillon :

Les membres du jury étaient : MM. Broca, Guyot, Maisonneuve, Mauriac, Tillot, Verneuil.

Nature des épreuves : 1° *Pièces sèches*. Les candidats ont eu à préparer, comme pièce générale : les Vaisseaux du cou. Les pièces particulières à préparer étaient : Prostate, Cæcum, Uréthères, Trompes utérines, Vésicules séminales.

2° *Épreuve orale d'anatomie*. Les candidats ont été divisés en deux séries pour traiter les questions suivantes : Nerf maxillaire inférieur; Nerfs de l'orbite.

3° *Epreuve orale de physiologie* : Du Cœur, du foie.

4° *Epreuve orale de pathologie externe* : Tumeurs hémorrhoïdales, Cancer du larynx.

5° *Epreuve écrite* : Anatomie pathologique des kystes en général

6° *Epreuve de dissection* : Région de la nuque.

7° *Epreuve de médecine opératoire* : Ligature de la fémorale au sommet du triangle de Scarpa; Désarticulation du poignet.

— *Hôpital Saint-André, de Bordeaux.* — A la suite de divers concours, ont été nommés :

1er *interne* : M. Piéchaud. — *Internes* : MM. Testut, Charrier, Arnozan, Dubourg et Boursier. — *Internes-adjoints* : MM. Castex, Jardel, Lalesque, de Lagoanère, Lagrolet, Madevay, Philippeaux, Moreau, Lefour, Donnay, Périneau, Pousson, Laurand, Faure-La caussade.

— *Ecole de médecine de Bordeaux.* — Le nombre des inscription prises pour le trimestre actuel (novembre 1872), a été de 325.

— Les sciences naturelles viennent de faire une perte considérable en la personne de M. Pouchet, le savant directeur du muséum de Rouen, si connu par ses travaux sur l'ovulation, la génération spontanée, etc.

— M. B. Ball, agrégé de la Faculté, commencera mercredi prochain, le 11 courant, à huit heures du soir, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine, sa conférence sur les maladies de la moelle épinière, et les continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— Le docteur Galezowski commencera un cours public sur les maladies des yeux le jeudi 12 décembre 1872, à l'amphithéâtre nº 1 de l'Ecole pratique, à huit heures du soir, et le continuera les mardis et les jeudis de chaque semaine.

Consultations cliniques tous les jours à midi et demie, 26, rue Dauphine.

— Le jeudi 19 décembre 1872, et les deux jours suivants, aura lieu rue des Bons-Enfants, 28 (maison Sylvestre), salle nº 1, la vente de la bibliothèque de M. le professeur Denonvilliers.

Le Catalogue est en distribution chez M. Labitte, 4, rue de Lille

— *Salle du Progrès.* — Mardi 10 décembre. — Les auxiliaires de la Salle du Progrès : Calorifère français de MM. Geneste et Herscher. — La machine à vapeur inexplosible de M. Belleville. — La machine magnéto-électrique de la compagnie *l'Alliance.* — Le régulateur de lumière électrique de M. Serrin. — Le poêle ventilateur à gaz de M. Jacquet. — Cours illustré d'Histoire naturelle, M. Oustalet.

Mercredi 11. — Electricité appliquée : les inventions de M. Trouvé. Pile de poche ; bijoux électriques, télégraphe portatif ; chercheur de balle. — Cours de mnémotechnie : l'art merveilleux par excellence ; science toute faite ; par M. l'abbé Moigno.

Jeudi 12. — Cours de Sténographie illustré, par M. l'abbé Duployé. — Cours de Chimie générale illustré, par M. Maumené.

Le Directeur : Dr E. Le Soupd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Eaux minérales de Vals acidules.

Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par. O. Henri.

Thermalit 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre...	1 425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux....	0.310	0.259	0.630	0.571	0.520
— de magnésie.	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	1.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
odure alcal. arsenic lit...	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.248

Ces eaux sont *très-agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques-magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, une bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux* : SAINT-JEAN, maladie des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, maladies de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre............		1.33
Silicate acide	sesqui-oxyde de fer	0.44
Arséniate »		
Phosphate »		
Sulfate »		
— de chaux..........................		
Chlorure de sodium....................		
Matières organiques....................		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération ; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 8,80 c. la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

MÉDECINE NOIRE EN CAPSULES

Préparée par J.-P. LAROZE, pharmacien,
2, *rue des Lions-Saint-Paul, à Paris.*

Six capsules représentent la médecine noire du *Codex*, et sont prises avec facilité. Elles purgent abondamment, toujours sans coliques, sont préférables aux purgatifs salins, qui ne produisent que des évacuations aqueuses, et surtout aux drastiques, en ce qu'elles n'irritent jamais. Elles contiennent, sous forme d'extrait, le principe actif des substances qui composent cette médecine, et la manne, *d'un effet si douteux*, y est remplacée par l'huile douce de ricin. D'après les médecins qui en font usage, c'est le purgatif le plus sûr, le plus doux, le plus facile à prendre et le mieux supporté.

Dépôt à Paris, 26, rue Neuve-des-Petits-Champs.

PAPIER RIGOLLOT

POUR SINAPISMES

Adopté par les Hôpitaux de Paris, les Ambulances et Hôpitaux militaires, et par les Marines française et anglaise.

26, rue Vieille-du-Temple, à Paris, et dans toutes les pharmacies.

AULUS (Ariége)

Eau minérale laxative, diurétique, dépurative, antisyphilitique, combat très-avantageusement les **maladies de l'estomac, des intestins, des reins et de la vessie, la gravelle, la goutte, la constipation, la diarrhée chronique.** Par son action dépurative, elle agit merveilleusement contre les **maladies de la peau.**
Paris, 18, rue Saint-Martin.

ERGOTINE

DRAGÉES D'ERGOTINE DE BONJEAN

(Médaille d'or de la Société de pharmacie de Paris.)

D'après les plus illustres médecins, les Dragées d'Ergotine sont employées avec le plus grand succès pour faciliter le travail de l'accouchement, contre les hémorrhagies utérines, les engorgements de l'utérus, les métrorrhagies, l'épistaxis, les dysenteries et diarrhées chroniques, etc., et la solution d'ergotine au 10e (Ergotine, 10 grammes ; eau, 100 grammes) est un des précieux hémostatiques que possède la médecine.

Dépôt général : à la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

HUILE DE HOGG

(DE FOIES FRAIS DE MORUE)

Maladies de poitrine, affections scrofuleuses, dartres, maigreur des enfants, affaiblissement général. — *Douce et facile à prendre.* — Mention honor. 2, rue Castiglione, Paris.

SIROP MINÉRAL SULFUREUX CROSNIER

Ce sirop, résultat de la combinaison intime du goudron de Norwége et du monosulfure de sodium inaltérable, est, en raison de sa puissance modificatrice des muqueuses, prescrit avec succès dans les *bronchites aiguës et chroniques* et dans la *tuberculose* quand l'expectoration est très-abondante. Il remplace avec avantage, sans en présenter les inconvénients, l'huile de foie de morue et les Eaux-Bonnes naturelles. Il est journellement ordonné pour combattre les *maladies* de peau.

Pharm. CROSNIER, 7, r. des Filles-St-Thomas.

HÉMATOSINE

De **TABOURIN**, chev. de la Légion d'honneur et **LEMAIRE**, chimiste.

FERRUGINEUX PHYSIOLOGIQUE, ASSIMILABLE

L'Hématosine assure une guérison complète et prompte de toutes les maladies causées par l'appauvrissement du sang.

Chlorose, anémie, scrofule, lymphatisme des enfants, leucorrhée (*flueurs blanches*), **aménorrhée, maigreur excessive, faiblesse générale, épuisement, convalescences longues et difficiles, etc., etc.**

L'Hématosine est parfaitement supportée par les estomacs les plus délicats ; elle ne constipe pas ; elle passe très-bien sans amener ni fatigue, ni dégoût, ni accidents d'aucune sorte.

Vente en gros chez DESNOIX et Ce, 22, rue du Temple, à Paris. Au détail, chez tous les pharm.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Le meilleur complément de l'alimentation *mixte* maternelle ; assimilable dès les premiers jours de la naissance, elle est le plus sûr aliment **unique** qui permet de se passer de nourrices mercenaires, et enfin facilite le sevrage. — Dépôt central chez E. CHRISTEN, 31, rue du Caire

VÉRITABLE

EMPLATRE RÉVULSIF DE THAPSIA

Le Perdriel-Reboulleau.

54, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie, 54, Paris.

Vingt années de succès de ce révulsif ont fait naître beaucoup de similaires. La Maison LE PERDRIEL, ne pouvant assumer d'autre responsabilité que celle de sa préparation, croit devoir porter à la connaissance de MM. les médecins la disposition de son Thapsia.

Le véritable Thapsia Le Perdriel-Reboulleau est sparadrapé sur calicot couleur chamois. Chaque bande de de 1 mètre de longueur sur 20 centimètres de largeur est divisée en vingt carrés de 10 centimètres. — La signature des auteurs est placée en diagonale dans chaque décimètre carré.

Nous tenons à la disposition de MM. les médecins des échantillons qui leur permettront l'expérimentation de notre emplâtre.

Détail ; Pharmacie, 70, rue du Faub. Montmartre.

EPILEPSIE

HYSTERIE — NÉVROSES

Le Sirop de Henry Mure, **au bromure de potassium** (exempt d'iodure), dont l'usage est aujourd'hui universellement répandu, a déterminé un nombre considérable de guérisons publiées dans les recueils scientifiques.

Chaque cuillerée de Sirop de Henry Mure contient 2 grammes de **bromure de potassium** d'une pureté chimique irréprochable.

PRIX DU FLACON : 5 francs.

Vente au détail. — A Paris, 16, rue de Richelieu, pharmacie Lebrou.

Vente en gros. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien, à Pont-Saint-Esprit (Gard).

MÉDAILLE D'OR ET PRIX DE 16,600 FRANCS

QUINA LAROCHE élixir tonique

RECONSTITUANT et FÉBRIFUGE

Extrait complet des 3 écorces de quinquina (rouge, jaune et gris).

Paris, r. Drouot 22, et dans les pharmacies. — Laroche

EXPOSITION DE 1867

La seule et unique Médaille pour la Pepsine, en récompense de la supériorité de fabrication constatée après expériences faites par les membres du Jury de l'Exposition 1867, MM. Felhing (de Stuttgart), Fritsche (de Saint-Pétersbourg), a été accordée exclusivement à la

Pepsine de Boudault, seul fabricant et fournisseur de la Pepsine dans les hôpitaux de Paris depuis 1854.

Quinze années de fabrication supérieure.

Elle est employée dans les *dyspepsies légères et rebelles, gastrites, gastralgies, dans les vomissements incoercibles de la grossesse, la lienterie des enfants, et autres affections des organes digestifs*, sous forme de vin, Elixir, Prises, Pastilles et Dragées. *Se méfier des contrefaçons.*

Pharmacie Hottot, 24, rue des Lombards, Paris.

MALADIES DE LA SAISON

TRAITÉES PAR LES EAUX SULFURÉES SODIQUES
DE SAINT-HONORÉ-LES BAINS

Admises dans les hôpitaux : maladies du larynx, bronchites, catarrhes, asthme, phthisie, affections nerveuses et cutanées. — VENTE dans toutes les pharmacies. DÉPOT, 60, rue Caumartin, à Paris.

SIROP ET DRAGÉES DE DESPINOY

Les Dragées et le Sirop de Despinoy, préparés avec les principes extraits directement du foie de morue, sont les succédanés naturels de l'huile, dont la saveur répugnante est souvent intolérable pour les malades.

Un rapport fait à l'Académie de médecine de Paris, après dix-huit mois d'expériences dans les hôpitaux St-Louis et Ste-Eugénie, par une commission composée de MM. Bouillaud, Poggiale et Devergie, rapporteur, constate l'efficacité des préparations de Despinoy dans la phthisie, la scrofule, le rachitis, la chloro-anémie, les bronchites chroniques, la débilité qui accompagne les longues convalescences, etc.

Dépôt général : A la pharmacie, rue d'Aboukir, 99 (place du Caire), à Paris, et dans les principales pharmacies de chaque ville.

VIN DE QUINQUINA FERRUGINEUX DE MOITIER

Au Maloga et au Pyrophosphate de fer.

Ce Vin a été vanté par toute la presse médicale comme le plus puissant tonique employé pour guérir la chlorose, l'anémie et la pauvreté du sang. — Dépôt général à Paris, chez LAURENCEL, pharm., *rue des Lombards*, 44, et dans les pharm. de France et de l'étranger. — Remise, 30 p. 100.

N° 144. — JEUDI 12 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 12 DÉCEMBRE 1872. — N° 144.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL [illegible] acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3 [illegible] pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés [illegible] un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Mé[illegible] Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16	—
Un an. . . .	30	—

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — ACADÉMIE ET FACULTÉ DE MÉDECINE. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS : Concours de l'agrégation en anatomie. — VARIÉTÉS : Physiologie. — Nouvelles.

Paris, le 11 décembre 1872.

ACADÉMIE ET FACULTÉ DE MÉDECINE

La question du seigle ergoté n'est pas encore résolue à l'Académie de médecine. M. Bouchardat, dans une excellente improvisation de quelques minutes, a très-bien indiqué le point de science médicale qu'il s'agissait d'élucider.

Il répondait à M. Gobley qui venait de formuler une proposition semblable à celle de M. Devergie, sauf une affirmation beaucoup plus accentuée des vertus du seigle ergoté dans la pratique obstétricale.

Le reste de la séance a été rempli par deux rapports et une élection.

— A propos d'élections nous devons mentionner trois nominations de professeurs qui vont avoir lieu à la Faculté de médecine.

Il s'agissait de remplir trois chaires : celle d'anatomie pathologique, vacante par la permutation de M. Vulpian, celle de pathologie chirurgicale, vacante par la permutation de M. Verneuil, et celle d'histoire de la médecine, vacante par la mort de M. Daremberg.

Pour la première on n'avait qu'à choisir entre les sujets les plus méritants : je citerai M. Charcot, M. Laboulbène, M. Lancereau, M. Cornil.

M. Charcot, qui a fondé dans un hôpital excentrique toute une école d'anatomo-pathologistes et de cliniciens, qui a su attirer à la Salpêtrière, par la solidité de son enseignement, l'auditoire le plus sérieux et le plus attentif, M. Charcot est aujourd'hui, pour la jeune génération des médecins français, un des maîtres, et ils sont peu, dont elle puisse se faire gloire.

M. Laboulbène a eu l'honneur de lui disputer la première place. Il doit entrer, lui aussi, tôt ou tard, à la Faculté, où sans doute il sera suivi par M. Lancereau et par M. Cornil.

Pour la chaire de pathologie chirurgicale, la présentation de M. Le Fort était nettement indiquée, du moment où M. Tillaux, dont l'enseignement dans l'amphithéâtre de Clamart a tant d'éclat, n'avait pas pour lui les chances d'un concours, qui aurait pu peut-être l'imposer aux juges grâce à la foule impressionnable des médecins qui vont s'y presser, auditeurs compétents, passionnés, assidus, lorsqu'il s'agit, non pas seulement d'une désignation d'agrégé, mais d'une place de professeur.

Si tous les actes de la Faculté étaient de ce genre, il n'y aurait rien à en dire. Mais jeudi prochain, le jour même où va paraître ce journal, doit se faire une présentation qui, en dévoilant un coin du tableau, force à réfléchir.

La chaire d'*histoire de la médecine* peut être beaucoup, ou n'être rien, au point de vue utilitaire : c'est-à-dire qu'elle peut puissamment contribuer à préparer des médecins sagaces, dont l'esprit se soit habitué à accepter les théories sous bénéfice d'inventaire pour en extraire la vérité, sans devenir systématique ; ou au contraire, cette histoire médicale peut être une compilation sans intérêt et sans portée, propre plutôt à éteindre le goût des recherches savantes qu'à élever et affiner l'intelligence.

Pour que les élèves pussent y trouver un enseignement utile, il faudrait que le titulaire en remplît bien les conditions. Il faudrait qu'il fût praticien, à proprement parler, car le praticien seul connaît assez bien les maladies sous toutes les formes pour être capable de se retrouver au milieu de descriptions où dominent toujours les préoccupations de chaque époque. Il faudrait qu'il eût étudié de longue date l'évolution de l'esprit humain, qu'il eût vécu comme dans le monde ancien par ses lectures que dans le monde moderne par ses observations. Il faudrait qu'il eût pris l'habitude de saisir la vérité, pour ainsi dire au vol ; de voir comment un peu de vrai devient le point de départ de toutes les erreurs ; comment les doctrines se succèdent d'une manière presque fatale, versant d'un côté puis de l'autre ; comment pourtant s'accroît sans cesse la somme des connaissances solides, définitivement acquises, et dès lors au-dessus de toute discussion.

La Faculté de médecine a bien compris combien la réunion de toutes ces qualités, de toutes ces conditions intrinsèques et extrinsèques devait être rare. Elle a renoncé à découvrir pour le moment un pareil phénix.

Alors qu'avait-elle donc à faire ? A s'abstenir. Laisser cette chaire vacante jusqu'au moment où, par l'enseignement libre ou par l'enseignement officiel de ses suppléants, un candidat sérieux se serait révélé de telle manière qu'il eût forcé ses portes : tel était le devoir, et ceux des professeurs qui font autorité l'avaient parfaitement compris.

Mais n'aurait-ce pas été s'exposer aux critiques de ceux qui la voudraient plus prospère qu'elle n'est ? Ne l'accuse-t-on pas déjà d'être un peu cause du déclin des connaissances médicales, de la rareté toujours plus grande des personnalités saillantes dans la jeune génération ? Ne dit-on pas que la manière dont se font les présentations pour les places de professeurs éteint toute émulation noble parmi les futurs candidats, et a dégoûté du travail vraiment sérieux, efficace ? Laisser une chaire vacante

faute de sujet convenable pour la remplir, n'était-ce pas ouvrir un champ encore plus vaste à tous ces propos?

Les actes de virilité conviennent aux institutions dont la prospérité est reconnue par tous. Les corps qui ont la réputation, à tort ou à raison, d'être en pleine décadence, y mettent de la modestie.

On s'est donc bien gardé de faire reculer la déclaration de vacance.

D'ailleurs, on avait un agrégé, qui ne s'était jamais, en aucune manière, senti pratiquement attiré vers l'*histoire de la médecine*, du moins on ne le supposait pas; qui ne s'était jamais donné pour praticien, cela on le savait; qui avait toujours vu, dans la clinique, un simple prétexte à des problèmes de mathématique, de physique et de chimie expérimentales : mais qui était, cela n'est pas douteux et n'est contesté par personne, un travailleur méritant, un savant de cabinet, qui aspirrait à une chaire parce qu'il y voyait l'occasion de n'avoir plus à s'inquiéter dès lors d'observation clinique et des soins ennuyeux de pratique médicale.

D'ailleurs, il s'était préparé pour une autre chaire. Cette autre chaire, il aurait pu l'attendre longtemps, car le titulaire est plein de vie et peu disposé à la lui céder.

N'était-ce pas plus qu'il n'en fallait pour que la Faculté, aimant ce galant homme, eût hâte de formuler cette présentation avant toute éventualité de concurrence s'affirmant ou de concours aléatoire?

Le concours vous donne souvent des hommes que vous n'aimez pas. Combien il est plus agréable de présenter des amis laborieux, consciencieux, prêts à étudier, peut-être avec un zèle d'autant plus soutenu que toutes ces questions seront pour eux nouvelles, ce qu'ils sont appelés à les professer à d'autres!

D'ailleurs, un homme intelligent et rompu au professorat sait toujours se tirer d'affaire.

Jules Janin, jeune, se vantait de pouvoir, étant averti du sujet seulement quelques heures à l'avance, improviser une bonne leçon sur ce qu'on voudrait, fût-ce même la langue chinoise ou japonaise, ou le calcul différentiel.

— Mais croit-on que si la Faculté avait à côté d'elle une faculté rivale, produit de l'enseignement libre, si elle eût été stimulée par la bienfaisante émulation de la concurrence, elle eût surtout prêté l'oreille à des sympathies personnelles, et se fût contentée aussi facilement de cette pensée consolante : « Après tout, à quoi bon connaître les questions dont on doit traiter, quand on est maître de régler comme on l'entendra son programme? »

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

(Leçons recueillies par H. Liouville, chef de clinique, et Landrieux, ancien interne).

Il est encore un détail sur lequel votre attention doit être appelée. Quand, sous l'influence de l'aspiration, vous avez vu affluer dans le récipient de l'appareil la sérosité qui sortait de la plèvre, vous avez remarqué qu'une quantité assez considérable de bulles très-fines et assez pressées les unes contre les autres venaient se former à la surface du liquide. Quelques-uns de ceux qui étaient présents avaient même craint que ce ne fût là de l'air sortant du poumon déchiré ou lésé par le trocart. Il n'en est rien. Si ces bulles étaient produites par de l'air échappé du poumon, elles seraient plus volumineuses, seraient moins uniformément régulières dans leur développement, elles se produiraient par bouffées, par saccades. Non; le phénomène a été observé il y a déjà longtemps, et ces bulles ne sont autre chose que le résultat de l'évaporation des gaz contenus dans la sérosité évaporatrice que le vide sollicite, comme vous le voyez pour l'eau placée sous le récipient de la machine pneumatique. Il n'y a donc là rien qui doive vous alarmer.

Ainsi, messieurs, il demeure établi que les *appareils aspirateurs* sont le complément nécessaire de la ponction capillaire pratiquée pour remédier aux petits épanchements pleurétiques. Je vous ai déjà parlé un peu de ces appareils lorsque, dans une de nos précédentes séances, j'ai mentionné ceux de MM. Laugier et Dieulafoy. Je veux aujourd'hui examiner avec plus de détail ces divers instruments, en faire une étude plus suivie; en un mot, vous faire passer en revue les appareils aspirateurs successivement préconisés. Cela vous mettra à même, par votre connaissance propre, de choisir entre tous.

Mais avant d'entreprendre cette étude, soyez bien assurés, messieurs, que je suis dominé par un sentiment supérieur à toutes les questions personnelles. Aussi, pour éviter toute revendication intéressée, j'indiquerai, autant que possible, les dates précises d'apparition des divers instruments ou de leurs modifications; je désire, en un mot, et j'entends ne provoquer aucune discussion ultérieure, car je ne sache pas que l'honneur de notre profession ait jamais retiré aucun avantage des disputes de ce genre, qui devraient à tout jamais être bannies du seuil de la science.

Mais il convient, pour vous mettre mieux en demeure d'apprécier la valeur des appareils aspirateurs dans leur application à la thoracentèse, de bien fixer les diverses conditions qu'on doit rechercher pour un appareil de cette sorte. Voici, selon moi, et très-brièvement, celles que tout appareil bien fait devra réunir. Il faudra d'abord que le vide puisse être fait dans l'appareil préalablement, au moment où le récipient sera mis en contact avec l'épanchement qu'il s'agit d'aspirer, afin d'éviter toute erreur dans les manœuvres, d'être bien sûr que c'est l'aspiration que l'on pratique et afin d'éviter au malade certains mouvements pénibles que nécessite le jeu de quelques appareils. Il est indispensable aussi que le vide puisse être renouvelé à volonté pendant l'opération, sans qu'on soit obligé de déranger ou de transporter l'appareil. Ceux qui ont pratiqué l'opération savent, en effet, qu'il est nécessaire de faire de nouveau le vide à plusieurs reprises, parce que les gaz qui s'échappent de la sérosité sous forme de bulles, comme je vous le disais, tendent à remplir une partie de la cavité et rendent nécessaire ce renouvellement du vide. Et ceux-là seuls aussi qui ont manié les instruments savent la facilité avec laquelle, dans les premières fois surtout, on se trompe sur le jeu de telle ou telle canule, faute de sang-froid et de l'habitude nécessaire. Ils connaissent par conséquent aussi tous les retards et tous les petits mécomptes qui peuvent survenir quand les appareils doivent être déplacés. Il faut donc que la manœuvre des instruments soit extrêmement facile et à la portée de tous les praticiens, même les moins expérimentés. Enfin il faut que l'appareil réunisse encore deux conditions, auxquelles j'attache aussi une grande importance pour la vulgarisation de l'opération; je veux un appareil solide, qui présente peu

(1) Suite. — Voir les numéros des 3 et 10 décembre 1872.

de chances d'avarie, qui se répare facilement et sans l'intervention nécessaire de fabricants spéciaux ; enfin il faut encore qu'il soit d'un prix peu élevé, accessible à toutes les bourses. Nous verrons tout à l'heure s'il est un appareil qui réunisse à la fois toutes ces conditions.

L'usage en médecine et en chirurgie des appareils aspirateurs remonte déjà à une époque assez éloignée : un des plus anciens est celui qui date à peu près de l'année 1833, et qui est même peut-être antérieur, c'est l'appareil qui, sous le nom de Iluiduc, fait partie du matériel employé dans la médecine militaire : un grand ballon de verre dans lequel plonge un tuyau flexible et dans lequel on produit à volonté le vide ou la compression. Pour cela, un même corps de pompe porte trois ajutages : l'un est destiné à supporter un tuyau par lequel s'exécute l'action soit comprimante soit aspiratrice de l'appareil. Les deux autres ajutages portent deux soupapes à effets différents. Si vous vissez le corps de pompe verticalement sur le ballon et que vous fassiez jouer le piston, vous accumulez l'air dans le récipient, ce qui sert à en chasser le liquide par le tube de décharge. Si, au contraire, ce même corps de pompe est vissé sur le ballon par l'ajutage latéral muni d'une soupape qui opère en sens inverse de la première, le jeu du piston produit le vide dans l'appareil et le tube d'émergence opère l'aspiration, adaptée à tel ou tel usage, selon la nature de l'appareil qui le termine. C'est même une ventouse qui y est adaptée le plus souvent dans l'usage militaire. On pourrait, comme vous voyez, l'utiliser pour la thoracentèse capillaire en mettant méthodiquement le tube en rapport avec la collection pleurale qu'il pourrait aspirer. C'est un appareil qui fonctionne bien, et qu'on peut considérer comme le modèle de beaucoup de ceux qui ont été proposés depuis ; mais il présente certains inconvénients : d'abord, le goulot qui supporte la pompe est soudé au ballon, et je sais par expérience que cet ajutage se détraque facilement ; il faut alors avoir recours à un ouvrier spécial.

En outre, il n'a pas de tube central comme ceux que vous allez voir tout à l'heure, et par conséquent il ne peut servir à faire des injections. M. Charrière, vers 1834, avait, il est vrai, remédié à ce point en plaçant un robinet au-dessous du niveau du liquide, ce qui permettait une propulsion très-puissante. Mais c'était une ouverture soudée de plus, et j'ai employé à cette époque l'appareil pour des douches ascendantes. Mais, promptement abîmé au niveau des jonctions, il est resté inutile en mes mains.

En outre, cet appareil a un autre inconvénient, il est d'un prix assez élevé. Aussi il pèche par ces points : peu de solidité, nécessité d'ouvriers spéciaux pour le réparer et prix trop élevé.

Cependant, rappelez-vous que, avec l'adjonction d'un trocart capillaire convenable et d'un robinet au bout du tube, cet appareil pourrait suffire pour pratiquer la thoracentèse, car le récipient est assez vaste et le vide est facilement renouvelé selon les besoins ; en outre, la manœuvre qu'il nécessite s'opère sans difficulté.

L'idée de pratiquer le vide préalable à l'opération qu'on se propose d'exécuter est, du reste, plus ancienne encore, car on la retrouve dans l'appareil qui porte le nom de *sangsue artificielle de Knüsmann*; cet appareil, de dimension très-petite, n'est nullement applicable dans l'espèce.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 décembre 1872. — Présidence de M. BARTH.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements des Alpes-Maritimes, de la Gironde, et du Tarn. (Commiss. des épidémies);

2° Les rapports sur le service des eaux minérales de Sail-sous-Couzan (Loire), par M. le docteur Gilbert, et de l'hôpital thermal militaire d'Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).

M. le ministre de l'instruction publique informe l'Académie que, pour satisfaire aux conclusions adoptées par elle, il a décidé que les *Études sur la matière médicale des Chinois*, de MM. Soubeyran et Dabry de Thiersant, seraient publiées très-prochainement dans les *Archives des missions*.

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre du docteur Beaunis, accompagnant l'envoi d'une note imprimée sur l'application des injections interstitielles à l'étude des fonctions des centres nerveux ;

2° Une lettre de candidature de M. Magnin, pour une place de correspondant dans la section de médecine vétérinaire.

M. BÉCLARD signale, parmi les pièces de la correspondance, un album de photographies représentant des pièces d'anatomie et d'histologie, tant normales que pathologiques.

M. LARREY dépose sur le bureau un mémoire sur une épidémie de dysentérie observée au 8e dragons, par M. le docteur Debosseaux.

M. BÉHIER présente, de la part de M. le docteur Jaccoud, un volume intitulé *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière*.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section d'anatomie et physiologie.

La commission présente en première ligne, M. Moreau; en deuxième ligne, M. Luys ; en troisième ligne, M. Philippeaux. Le nombre des votants étant de 78, majorité 40. Au premier tour de scrutin :

M. Moreau obtient.	43	suffrages
Luys.	31	—
Philippeaux.	4	—

En conséquence, M. Moreau est proclamé membre de l'Académie.

RAPPORTS

M. TARDIEU, au nom de la commission du prix Orfila, lit le rapport sur les mémoires reçus pour le concours de 1872.

M. VERNOIS, au nom de la commission des épidémies, lit quelques fragments du rapport général sur les épidémies qui ont régné pendant l'année 1871.

Les conclusions de ces deux rapports doivent être discutées en comité secret.

Suite de la discussion sur le seigle ergoté.

M. GOBLEY, partant de ce principe que l'emploi du seigle ergoté est indispensable aux sages-femmes pour la pratique des accouchements, pense que, si le législateur n'a pas permis aux pharmaciens de le délivrer sur leur ordonnance, ce doit être par simple oubli. Il ne croit pas que cet oubli ait été réparé par la jurisprudence de la cour suprême, comme le prétend M. Tardieu; en conséquence il propose à l'Académie d'émettre le vœu que cet oubli soit réparé le plus tôt possible, car il y a urgence, par un règlement ministériel.

M. BOUCHARDAT. Il est évident qu'il ne s'agit pas pour l'Académie d'interpréter la loi, ni même d'indiquer au préfet de police le moyen de la corriger si elle est mauvaise. M. le préfet de police est légiste lui-même et est entouré de légistes. Il a consulté l'Académie sur un point de sa compétence, un point de science médi-

cale, et sa question revient au fond à celle-ci : « Serait-il bon de mettre entre les mains des sages-femmes le seigle ergoté, en le leur faisant délivrer sur leur ordonnance » ? M. Blot est le seul orateur qui ait abordé jusqu'ici la question comme elle devait l'être.

Cette question, en effet, est double : on peut songer à administrer le seigle ergoté, soit pendant le travail pour le hâter, soit après l'accouchement en cas d'hémorrhagie.

Pendant le travail, il est rarement utile et très-souvent funeste de vouloir le hâter au moyen de l'ergot de seigle. Tous les grands accoucheurs sont d'accord sur ce point. Moreau disait : « La première qualité de l'accoucheur c'est de savoir attendre. » Telle est aussi l'opinion de Dagneau. Mais les sages-femmes ne savent pas attendre, elles donnent le seigle ergoté presque toujours à tort et à travers, et M. Tarnier vous a dit combien d'accidents en résultent.

Sur ce premier point, je suis donc absolument d'accord avec M. Blot. Il n'est pas bon que les sages-femmes puissent avoir l'ergot de seigle à leur libre disposition pendant la durée du travail.

Mais dans les cas d'hémorrhagie post-puerpérale, je regarde le seigle ergoté comme à peu près indispensable. Ce n'est pas alors qu'il sera possible d'attendre patiemment l'arrivée d'un docteur. La femme se meurt, il faut se hâter. Il faut permettre à la sage-femme de demander du seigle ergoté et d'en obtenir sur son ordonnance.

En un mot, il faudrait, peu importe le mode, que le pharmacien n'eût jamais le droit de donner du seigle ergoté à la sage-femme qui en veut pendant la durée du travail, mais qu'il reçût l'autorisation d'en délivrer sur une ordonnance signée, datée et indiquant expressément que la signataire, sage-femme, veut recourir à ce médicament pour mettre fin à une hémorrhagie post-puerpérale inquiétante.

La suite de la discussion est remise à mardi prochain.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour voter sur les conclusions de la commission du prix Orfila et de la commission des épidémies.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

Du traitement des rétrécissements du rectum par la rectotomie externe. — M. PANAS lit le travail suivant :

Un fait qui ressort clairement de l'étude anatomo-pathologique des coarctations du rectum, est que le siége généralement superficiel du rétrécissement permet d'attaquer celui-ci par des moyens chirurgicaux directs.

C'est ainsi que, d'après H. Smith, chirurgien de « Kings collége Hospital, » près de la moitié des rétrécissements siégeraient à *un pouce* seulement de l'anus et ne dépasseraient pas un pouce et demi pour le grand nombre.

Perret, dans sa thèse inaugurale de 1855, ayant rassemblé un total de 58 cas, en a trouvé 38 siégeant à *six centimètres* de profondeur et en deçà.

Un autre fait anatomique, non moins important que le précédent, est que ces rétrécissements sont généralement *uniques*. Ainsi Perret, sur un ensemble de 59 cas, en a relevé 55 où le rétrécissement était solitaire.

Les fistules, comme le faisait observer dernièrement notre collègue M. Verneuil, compliquent assez souvent les rétrécissements qui nous occupent. Ces fistules aboutissent tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, au dessus de la coarctation, et d'autres fois au-dessous de celle-ci. Dans le premier cas, on est tenté de les attribuer au rétrécissement, tandis que, dans le dernier cas, il est plus rationnel de les considérer comme résultant d'abcès de voisinage, ainsi que le veut Syme, d'Édimbourg.

Ici, comme pour les rétrécissements de l'urèthre, la dilatation constitue la méthode thérapeutique par excellence, soit comme moyen principal, soit comme adjuvant d'un autre mode de traitement. Mais il est une classe de rétrécissements rebelles à tout procédé de dilatation et qui exigent d'emblée la diérèse, soit parce qu'ils sont trop résistants et trop épais pour céder autrement, soit parce qu'ils sont trop sensibles pour pouvoir être soumis à une dilatation prolongée et souvent renouvelée. Nous ne nous occuperons ici que de ces derniers et de l'opération qu'ils réclament, à savoir de la *rectotomie*.

L'incision de l'intestin, en pareil cas, a été et est généralement considérée comme grave; aussi nous voyons les auteurs qui s'en sont occupés, la réserver pour certains cas donnés, en même temps qu'ils conseillent de ne pas la faire trop profonde.

C'est ainsi que H. Smith n'admet cette opération que comme moyen adjuvant de la dilatation, et qu'il se borne à des scarifications multiples de l'anneau, pratiquées à l'aide d'un bistouri boutonné conduit sur l'index gauche, préalablement introduit dans le rectum jusqu'au rétrécissement.

Tel était pareillement l'avis de Hawkins, qui l'a vu employer ou qui l'a pratiquée lui-même à l'hôpital Saint-Georges, pendant vingt ans, en la combinant à la dilatation, et cela avec un succès à peu près constant.

Nélaton, chez une femme qu'il a opérée à la Clinique, fit, à l'aide d'un bistouri boutonné, deux incisions, une à droite et l'autre à gauche, et guérit sa malade. Pour lui, l'incision n'est indiquée que dans les cas où le rétrécissement n'offre pas une épaisseur considérable, ce qui suppose des incisions peu profondes.

Velpeau réserve aussi cette opération pour les brides, et l'emploie seulement pour favoriser l'action des moyens dilatants.

Sédillot professe une opinion analogue, et Malgaigne n'est pas d'un avis différent.

Tous ces conseils de prudence seront parfaitement compris, en se rappelant la gravité de la rectotomie interne, toutes les fois que l'incision dépasse une certaine profondeur. Les dangers dérivent alors d'une *infiltration des matières* jusque dans le tissu cellulaire pelvien, d'où phlegmon grave, péritonite et abcès du petit bassin, ou bien encore, mais ce qui est beaucoup plus rare, d'une *hémorrhagie interne grave* par blessure de l'une des artères hémorrhoïdales.

Que si l'on réfléchit bien aux conditions anatomiques et physiologiques qui entrent ici en jeu, on se convaincra que l'infiltration de matières septiques est éminemment ici à craindre, puisqu'on a, d'une part, les contractions de l'intestin, et, d'autre part, la résistance qu'oppose à la sortie des matières (fèces ou pus) le sphincter anal non divisé.

Cette considération du rôle fâcheux joué par le sphincter nous a conduit, il y a quelques années déjà, à donner la préférence à la rectotomie à ciel ouvert, et qui consiste à inciser invariablement en même temps que le rétrécissement le sphincter lui-même.

Les autres avantages de cette méthode sont : de voir exactement ce qu'on fait, puisqu'on arrive à avoir le rétrécissement sous les yeux; de couper juste ce que l'on veut et à la place que l'on veut; enfin, de parer sûrement à toute hémorrhagie primitive ou consécutive, soit par la ligature, soit par tout autre moyen hémostatique direct.

Avant de parler du procédé opératoire que nous suivons en pareil cas, qu'il nous soit permis d'en rappeler l'origine.

Stafford, le premier, publia en 1838, deux observations de rétrécissement où il fit l'incision antéro-postérieure du rectum. L'un des malades fut beaucoup soulagé, eut de la diarrhée et mourut trois semaines après d'un érysipèle intercurrent de la face. Son second opéré eut pareillement de la diarrhée, et finit par guérir complétement. Dans l'un et l'autre cas, la perte de sang a été peu abondante.

En 1865, ayant eu à traiter en ville avec M. Nélaton un rétré-

(1) Suite. — Voir les numéros des 7 et 10 décembre.

eissement de nature fibro-plastique, entourant l'intestin tout autour et offrant 3 centimètres de hauteur, nous vîmes notre maître porter hardiment le bistouri sur la ligne médiane postérieure du rectum, et couper du même coup le rétrécissement et le sphincter anal jusqu'à la pointe du coccyx. Après quoi, une forte canule en caoutchouc vulcanisé fut placée en permanence jusqu'à cicatrisation des lèvres de la plaie, maintenues, par ce moyen, écartées l'une de l'autre.

La dame qui fait l'objet de cette observation, après bien des péripéties, dont fut en partie témoin notre collègue M. Guyon, finit par quitter Paris dans un état très-satisfaisant.

J'ai su depuis qu'elle a succombé dix-huit mois plus tard à la suite des progrès du néoplasme, lequel avait rempli toute l'excavation pelvienne et avait entraîné une cachexie incurable.

Je me rappelais ce fait lorsque j'ai reçu, le 2 décembre 1867, la nommée G... (Herminie), âgée de 33 ans, atteinte qu'elle était d'un rétrécissement extrêmement dense et très-douloureux du rectum, d'origine probablement syphilitique.

Cette malade, pâle, amaigrie, et offrant une teinte jaune paille de la peau, raconte que les premières difficultés pour aller à la selle remontaient à 8 ans; mais que déjà 4 ans auparavant elle était sujette à un écoulement muco-purulent et parfois sanguinolent de l'anus. Elle ajoute qu'une année avant cela, il lui était survenu une éruption de boutons aux parties génitales.

Par l'exploration directe on trouve l'orifice anal couvert d'espèces d'excroissances fournies par l'hypertrophie éléphantiasique des plis rayonnés de l'anus, et à trois centimètres au-dessus, un retrécissement fibreux impossible à franchir et qui ne laisse passer qu'une sonde de femme en argent.

Après quelques tentatives de dilatation qui sont restées sans effet, nous procédons, le 26 du même mois, à l'opération de la façon suivante :

La malade étant chloroformée et couchée sur le dos, on ramène le bassin sur le bord de la table d'opération, et l'on confie les cuisses, préalablement fléchies sur le bassin, à deux aides; l'index de la main gauche est alors introduit dans le rectum jusqu'au rétrécissement, et sert de guide à un bistouri boutonné qu'on introduit à plat et qui est ensuite tourné avec le tranchant en arrière à l'effet de diviser, aussi exactement que possible, sur la ligne médiane, toutes les parties molles. L'incision ainsi faite fut d'autant plus profonde qu'on s'approchait davantage de la peau, de façon à représenter un large canal infundibuliforme, dont le sommet correspond au rétrécissement désormais rendu visible surtout en faisant tirer, par les aides, les lèvres de la plaie en bas et en dehors. Rien de plus facile alors que d'introduire le bistouri dans le rétrécissement, qu'on incise également en arrière de la quantité exactement voulue pour y passer librement le doigt d'abord, et une canule de deux centimètres de diamètre ensuite, qu'on laisse en place le plus longtemps possible.

Pour arrêter la très-petite hémorrhagie en nappe qui provenait de vaisseaux d'un petit calibre, nous avons bourré légèrement la plaie avec quelques boulettes de charpie trempées dans le perchlorure de fer et exprimées au point qu'il n'en restait qu'à peine; sans cela l'on risquerait d'y provoquer un mouvement phlegmoneux parfois grave.

Il va sans dire que les chose étant disposées de la sorte, on n'a point à craindre d'infiltration des matières, nul obstacle physiologique ou autre ne s'opposant plus à l'issue facile de celles-ci au dehors.

Une bonne précaution consiste à se servir d'une canule percée au centre, pour laisser passer les gaz qui incommodent fortement les malades.

Voici maintenant quelles en ont été les suites :

Débâcle, sous forme de diarrhée, d'une grande quantité de matières fécales et fièvre.

L'état continue le même jusqu'au 27.

Le 28, le pouls baisse à 104 et va ainsi en descendant jusqu'à 90 pulsations, qu'il a atteint le onzième jour de l'opération.

Le 11 janvier, on administre de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, et, à partir du 12, on fait chaque jour par la canule, qu'on ne fait plus garder que deux heures dans la journée, une injection détersive et antiseptique d'iode pour enlever la sanie extrêmement fétide qui s'écoule constamment par l'anus, et qui provient, comme on sait, en pareil cas, de la portion dilatée et exulcérée du rectum, placée au-dessus du rétrécissement.

Le 4 mars, la diarrhée ayant cessé complétement, on laisse de nouveau la canule en place, et l'on passe chaque jour dans l'intestin une injection détersive et modificatrice d'eau et d'extrait de ratanhia.

Le 13, les règles, qui avaient disparu depuis six mois, réapparaissent et continuent régulièrement.

Le 26 avril, l'état de la malade est très-satisfaisant, bien que la diarrhée revienne encore de temps à autre. La canule n'est plus laissée que deux heures par jour, et l'on pratique des injections avec une solution au trentième de nitrate d'argent, en vue de modifier favorablement la surface malade.

Le 10 juin, la malade part pour le Vésinet.

Je l'ai revue à dix-huit mois de là, et la guérison se maintenait, quoique la malade eût négligé de se passer la sonde, ainsi que je le lui avais recommandé.

(*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Concours de l'agrégation en Anatomie.

La quatrième épreuve du concours d'Anatomie a eu lieu le vendredi 6 décembre. Cette épreuve pratique a été la même pour tous les concurrents :

1° *Dissection de la portion cervicale du nerf pneumogastrique;*

2° *Montrer au microscope :* a; *des fibres élastiques:* b ; *des vaisseaux capillaires.*

Les compétiteurs ont eu par conséquent une épreuve pratique d'anatomie et une épreuve pratique d'histologie pour lesquelles il leur a été accordé cinq heures.

Ce n'est qu'avec réserve que nous formulons ici notre jugement; il est difficile, en effet, d'apprécier exactement en un court espace de temps la valeur réelle de ces préparations qu'il faudrait voir plusieurs fois et comparer entre elles. L'opinion que nous allons exprimer est à peu près, nous en avons la certitude, celle des assistants qui jugent la chose avec impartialité, et, nous l'espérons, celle de la plupart des juges.

Ces réserves étant faites, disons que, pour nous, cette épreuve pratique, en général bien faite, ne change que fort peu le classement que les candidats nous paraissent avoir mérité par leurs trois premières épreuves.

Les meilleures dissections sont celles de MM. Duval et Farabeuf ; celles de MM. Legros et Gillette sont un peu moins parfaites.

Les préparations miscroscopiques ont été réussies par tous les candidats; chacun a montré des fibres élastiques et des vaisseaux capillaires.

Jugeant par comparaison, nous n'hésitons pas à placer au premier rang les préparations de M. Legros qui offraient toute la netteté désirable. Celles de MM. Duval et Farabeuf étaient également bonnes.

C'est, dit-on, la première fois que les candidats au concours d'agrégation en anatomie ont à présenter des préparations microscopiques Une idée vient naturellement à notre esprit, comme elle est venue sans doute à celui du premier venu : puisqu'il y a une chaire d'anatomie et une d'histologie, pourquoi n'y a t-il pas d'agrégé en histologie? C'est là une lacune. S'il en était ainsi, les compétiteurs en histologie ne se verraient pas dans la cruelle nécessité de disséquer un pneumogastrique dont ils ne connaissent peut-être que les fibres et les cellules.

Dans le concours actuel d'*anatomie*, il nous paraît évident que la

question d'anatomie doit être plus importante que celle d'histologie, qui, il faut bien le dire, offrait moins de difficulté.

Les deux préparations qui montraient le plus complétement le nerf pneumogastrique, c'est-à-dire celles de MM. Duval et Farabeuf, étaient faites sur le côté gauche du cou. Celle de M. Duval était nette; c'est par des coupes successives habilement pratiquées qu'on découvrait le nerf à la partie supérieure du cou, au-dessous du crâne. On pouvait voir par cette préparation, qui montrait toutes les branches cervicales sans exception, que le préparateur est un anatomiste consommé. Nous ne pouvons, toutefois, nous empêcher de dire que M. Duval a, pour ainsi dire, trop dégagé son nerf; il aurait pu, ce nous semble, conserver plus de rapports. Il aurait pu également aller à la recherche du rameau auriculaire du pneumogastrique qui se porte vers la membrane du tympan et le conduit auditif externe.

Nous accordons une certaine préférence à la préparation de M. Farabeuf, qui montrait, non-seulement les nerfs *pharyngien, laryngé supérieur* et *laryngé inférieur,* l'anastomose du pneumogastrique avec la branche interne du spinal, mais aussi les rapports complets, l'origine du nerf et ses rapports dans le trou déchiré postérieur. M. Farabeuf n'a pas pu, faute de temps, arriver à travers les os de la base du crâne jusqu'au *filet auriculaire,* mais les coupes qu'il a faites dans l'os temporal, dans le but de le rechercher, étaient bien combinées. L'ensemble de cette dissection dénotait que le scalpel avait été dirigé par un habile anatomiste.

La liste que nous avons impartialement dressée dès la première épreuve serait donc peu modifiée :

1° M. Duval;
3° M. Farabeuf;
4° M. Legros;
6° M. Gillette.

VARIÉTÉS

Physiologie.

Avant de publier ses *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau,* M. Édouard Fournier, médecin à l'Institut des sourds-muets, nous communique quelques pages qui nous ont paru devoir intéresser nos lecteurs (1).

Périphérie corticale. — Pour bien saisir la portée de ces expériences, il ne faut point perdre de vue la distinction essentielle que nous avons établie entre la perception simple dans les couches optiques et la perception distincte et distinguée de toute autre. Celle-ci est le résultat d'une expérience acquise, d'une comparaison antérieure entre deux perceptions; elle renferme, en un mot, un peu plus qu'une perception simple; elle a aussi une provenance différente: la perception simple nous est fournie par un objet impressionnant qui est venu affecter un nerf sensitif (les objets impressionnants ne sauraient fournir autre chose); la perception distinguée nous est fournie par un élément cérébral qui a conservé la marque, la trace du travail que l'esprit a effectué jadis, en comparant deux perceptions simples. Cet élément est représenté par les milliers de cellules qui sont disséminées à la périphérie corticale du cerveau et où elles constituent la couche de substance grise. Ces cellules ne perçoivent rien par elles-mêmes, contrairement à l'opinion de quelques physiologistes, et de M. Luys en particulier; elles représentent en puissance un mouvement dynamique qui seul est capable de réveiller dans les couches optiques, *centre unique de perception,* une perception distinguée de toute autre, ou, autrement dit, *une notion acquise.* Cette distinction essentielle que nous venons d'établir nous donne la clef de l'explication de la mémoire et permet d'en montrer le mécanisme, tant au point de vue théorique qu'au point de vue expérimental et organique. Se rappeler, en effet, c'est constater qu'on est impressionné autrement qu'on ne le fut, et pour constater qu'on est impressionné autrement qu'on ne le fut, il faut que le cerveau ait conservé en un de ses points la trace de l'impression antérieure, de telle façon que celle ci puisse réveiller de nouveau le centre de perception.

Si l'on se rappelle la place que nous avons donnée au phénomène perception dans le classement des phénomènes de la vie, on admettra avec nous que sentir simplement, c'est vivre, et que sentir avec connaissance, c'est fonctionner cérébralement parlant. Cabanis disait à tort que vivre c'est sentir. On peut vivre sans sentir pendant un certain temps, tandis que sentir c'est vivre d'une certaine façon.

Les notions acquises se trouvent donc représentées par les éléments cellulo-impressionneurs qui sont disséminés à la périphérie corticale du cerveau; là, elles sont classées organiquement, sans que la volonté intervienne dans ce classement; elles sont unies, associées les unes aux autres par les prolongements des cellules, de manière à pouvoir réveiller mutuellement leur propre activité et à se montrer successivement dans le centre de perception par l'excitation des couches optiques. Cette manière de voir, qui jette, à notre avis, une si grande lumière aussi bien sur les opérations de la pensée que sur les troubles psychiques désignés sous les noms d'*hallucination, manie,* etc., etc., nous a été inspirée par la saine interprétation des phénomènes de la vie et par l'observation pathologique. Les résultats de l'expérimentation sur les animaux ne lui sont pas contraires, comme on va le voir :

1° *Lésions du sentiment et de la connaissance.* — Sur huit expériences, il y en a sept qui ont porté sur les deux hémisphères à la fois; par conséquent elles sont aussi complètes que possible. Le siége de l'injection a été très-variable, mais nous avons opéré régulièrement soit sur la région antérieure, soit sur la région latérale et moyenne, soit sur la région postérieure. En aucun cas le phénomène perception simple n'a été aboli : les animaux ont toujours odoré, senti, vu, goûté, touché; d'où il suit que le phénomène *perception simple* a bien son siége dans les couches optiques. Par contre, l'absence de connaissance et de mémoire, car tout cela se tient, a été constante : les animaux voyaient, mais ils ne se souvenaient pas qu'un mur était un obstacle et un contact douloureux pour leur museau; ils me voyaient approcher l'allumette soufrée et allumée de leur nez, et ils ne détournaient pas la tête, ne se souvenant pas que le soufre irrite douloureusement la membrane olfactive; ils allaient enfin à droite, à gauche, avec l'allure d'animaux qui ne savent ni où ils sont ni ce qu'ils font : c'est que la représentation organique de l'association des notions acquises était détruite; c'est que, par le fait de cette destruction, la mémoire n'était plus possible. Ils sentaient par tous les sens, parce que sentir, c'est vivre d'une certaine façon propre aux couches optiques non lésées; mais ils ne sentaient pas avec connaissance, parce que sentir avec connaissance c'est, pour les couches optiques, sentir sous l'influence d'une excitation spéciale qui provient de la périphérie corticale du cerveau.

Depuis longtemps les observations pathologiques auraient dû faire soupçonner cette manière de voir; mais, assurément, on ne pouvait y être conduit que par l'analyse physiologique, telle que nous l'avons exposée. Que constate-t-on, en effet, chez les déments ?

Les déments sentent de toutes les façons, comme les animaux dans nos expériences; ils odorent, ils goûtent, ils voient, souffrent, etc.; mais ils délirent, ils déraisonnent; il y a chez eux de l'amnésie partielle ou totale. Et que trouve-t-on chez eux à l'autopsie ? On y trouve les mêmes lésions que nous avons produites chez les animaux, c'est-à-dire une lésion de la périphérie corticale.

(*A suivre.*)

(1) 1 vol. in-4° de 96 pages, accompagné de quatre planches renfermant 32 figures coloriées. Prix : 4 francs. — Adrien Delahaye.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— *Concours de l'externat.* — La question du 10 décembre a été : *De l'administration du chloroforme.*

— *Concours de l'internat.* — La question du 9 décembre a été : *Clavicule ; fractures de la clavicule.*

— *Concours d'agrégation.* — L'épreuve pratique des candidats pour l'agrégation en chimie a consisté dans l'analyse du sucre de lait monohydraté.

Les questions de thèse sont les suivantes :

M. Byasson : *Des matières amylacées et sucrées ; leur rôle dans l'économie.* — M. Bouchardat : *Des matières albuminoïdes.*

— *Concours d'agrégation.* — Les sujets de thèse ont été donnés le samedi 7 décembre à tous les candidats.

M. Duval : *Structure et usages de la rétine.* — M. Gillette : *Du tissu conjonctif* (anatomie et physiologie). — M. Farabœuf : *De l'épiderme et des épithéliums* (anatomie et physiologie). — M. Legros : *Des nerfs vaso-moteurs* (anatomie et physiologie).

— *Concours d'agrégation.* — Les thèses doivent être remises le 22 décembre, à midi précis.

Les argumentations auront lieu dans l'ordre suivant :

Le mercredi 25, *à* 5 *heures.* M. Byasson sera argumenté par MM. Bouchardat et Legros.

Le vendredi 27. M. Duval, par MM. Gillette et Farabeuf.

Le lundi 30. M. Bouchardat, par MM. Byasson et Farabeuf.

Le mercredi 1er *janvier.* M. Farabeuf, par MM. Duval et Gillette.

Le vendredi 3 *janvier.* M. Legros, par MM. Duval et Gillette.

— A céder, à 10 lieues de Paris, clientèle rapportant 9,000 fr.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Peres, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS
Trois mois. . 8 fr. 50 c.
Six mois. . . 16 —
Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE : Des indications fournies par la température dans un cas d'éclampsie. — Fièvres intermittentes pneumoniques ou pneumonies pernicieuses. — Note sur la composition de l'urine de la fièvre bilieuse dite hématurique (MM. BÉRENGER-FÉRAUD et TROUETTE). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS : Physiologie. — Une Faculté de médecine à Genève. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

REVUE CLINIQUE HEBDOMADAIRE

Des indications fournies par la température dans un cas d'éclampsie.

Une des affections qui offrent le plus de désidérata est certainement l'éclampsie puerpérale. Si les symptômes de cette maladie sont bien connus, sa nature n'est pas encore élucidée, son pronostic est souvent incertain, et le meilleur mode de traitement à diriger contre elle varie avec chaque accoucheur.

M. Bourneville (1), étudiant comparativement la température dans l'urémie et dans l'éclampsie, a montré que, avec le thermomètre, on observait, dans les deux cas, des résultats tout à fait différents. Tandis que dans l'urémie on trouve un abaissement considérable et progressif de la température, abaissement qui s'accuse de plus en plus à mesure que la maladie approche d'une terminaison fatale, dans l'éclampsie, au contraire, la température s'élève dès le début. Si l'état du mal éclamptique doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter graduellement et parvient à un chiffre très-élevé. Si au contraire les accès disparaissent, si le coma diminue ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse alors progressivement et revient au chiffre normal.

En ce qui concerne l'éclampsie, cette loi ne s'appuyait, lorsqu'elle a été formulée, que sur six cas dans lesquels la température avait été prise.

M. Budin, interne du service de M. Tarnier, à la Maternité, avait eu l'occasion d'observer, dans ce service, trois faits qui lui avaient permis de vérifier constamment la justesse des assertions de M. Bourneville (2).

M. Budin s'était demandé si la marche de la température ne pourrait, dans certains cas, rendre le pronostic moins douteux et guider le traitement, lorsqu'un nouveau fait s'est présenté il y a quelques jours à son observation. Voici ce fait, qu'il a bien voulu nous communiquer :

La nommée B..., primipare, d'une bonne constitution, était admise à la Maternité le 7 octobre 1872. La dernière apparition des règles avait eu lieu du 20 au 24 janvier. Malgré l'existence d'un peu d'œdème aux membres inférieurs, cette malade fut envoyée dans le service des femmes enceintes.

Le 19 octobre, à 9 heures 30 du matin, elle entrait à la salle d'accouchement. Présentation du sommet en O. I. G. A. Col effacé, orifice dilaté offrant le diamètre d'une pièce de 50 centimes ; membranes intactes ; œdème des membres inférieurs et de la région sus-pubienne ; les urines sont fortement albumineuses. Bien qu'il n'y ait pas de céphalalgie, la malade est attentivement surveillée. Les contractions étaient faibles et éloignées, la dilatation se faisait lentement lorsque le lendemain 20 octobre, à 4 heures du matin, survint un accès d'éclampsie nettement caractérisé. Pouls 96.

A 4 h. 20, 2e accès ; à 5 h. 55, 3e accès. P. 108. A 6 h. 26, 4e accès.

Nous voyons la malade à 8 h. 30 ; il y avait eu huit accès. La poche des eaux s'était rompue spontanément, la dilatation était plus grande que la paume de la main. Température vaginale, 39°8, P. 120.

A 8 h. 45, 9e accès. A 9 h , arrivée de MM. Tarnier, chirurgien en chef, et B. Anger, chirurgien adjoint de la Maternité. L'urine, examinée de nouveau, contenait une quantité considérable d'albumine. Une application de forceps est décidée. A 9 h. 20, inhalations de chloroforme ; extraction de l'enfant, qui est vivant, du sexe masculin, et pèse 3,800 grammes.

M. Tarnier prescrit l'expectation. La malade sera attentivement surveillée ; si les accès se renouvellent, si la température s'élève, une large saignée sera faite.

A 9 h. 45, P. 120, T. V. 40. A 10 h., 10e accès. A 10 h. 20, délivrance naturelle, A 10 h. 30, 11e accès. A 11 h. 10, 12e accès. Ces deux derniers ayant été très-violents, la face demeurant bleuâtre, le pouls marquant 140, la température 40°,2, on fait une saignée de 500 grammes.

A 11 h. 40, après la saignée, la malade est pâle et plongée dans le coma ; elle n'est plus agitée comme précédemment. A ce moment, on trouve encore, P. 140, T. V. 40°,2.

A 11 h. 50, la malade est transportée à l'infirmerie (service de M. Hervieux).

Vers 1 h., on lui donnera 2 grammes de chloral et 2 autres grammes vers trois heures, mais seulement s'il survient de nouveaux accès.

(1) *Société de biologie*, 1871 et 1872, et le *Mouvement médical*, 1871-1872.
(2) Bourneville, *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.*

A partir de cette époque, il n'y eut plus d'attaques. A 2 h., la température vaginale est 40°,1. A 4 h., TV. 40°. A 6 h., TV. 39°,8. La malade a en partie repris connaissance. A 11 h., T.V. 38°3.

Le 21 octobre, à 6 h. du matin, T. V. 38°. La malade va de mieux en mieux.

L urine, examinée avec soin, ne renferme plus la moindre trace d'albumine.

Soir. 6 h., TV. 38°,3.

22 octobre. État général bon. Une portion. Pas d'albumine.

Matin. 7 h., T. V. 38°,2.

Aucun incident pendant les suites de couches.

26 octobre. Matin, TV. 38°.

28 octobre. La malade va tout à fait bien, se lève dans la journée.

2 novembre. Guérison complète. Exeat.

Ainsi, dans cette observation, à 8 h. 30 du matin, 4 heures et demie après la première attaque, la température avait déjà atteint 39°,8. A 11 h., malgré l'extraction de l'enfant, malgré la délivrance, il y avait eu de nouveaux accès, et le thermomètre marquait 40°,2.

La saignée faite, tout paraît rentrer dans l'ordre. Il n'y a plus d'accès; la température cesse de s'élever, reste stationnaire, puis descend, lentement d'abord, très-rapidement ensuite, et douze heures après la dernière attaque, elle avait baissé de 1°9 (près de 2°).

Dans d'autres faits, qu'il est inutile de rappeler ici, tout s'était passé de même.

Lors donc que la température cesse de s'élever, ne pourrait-on pas supposer un pronostic favorable, pronostic qui serait confirmé par la suspension des accès et par la descente progressive de la colonne mercurielle ?

La température continuant au contraire à s'accroître, ne pourrait-on pas juger du moment où il serait opportun d'intervenir ? Pour notre part, dit M. Budin, dans un cas où, malgré cinq accès survenus en trois heures, le thermomètre ne dépassait pas 37°,9, nous avons cru inutile d'agir, et la malade a guéri.

En un mot, l'étude de la température venant s'ajouter, bien entendu, à celle du pouls et des autres symptômes, ne pourrait-on pas, non-seulement permettre de préciser le diagnostic, comme l'a montré M. Bourneville, mais encore faire mieux, juger du pronostic et du moment où l'intervention devient nécessaire.

En comparant la marche de la colonne mercurielle après les différents traitements (saignée simple, saignées multiples, accouchement prématuré, chloroforme, chloral etc.), on pourait peut-être aussi parvenir à déterminer le moyen le plus efficace.

Loin de nous l'intention de tirer des conclusions hâtives de faits trop peu nombreux encore. Nous les signalons cependant dès maintenant, et nous appelons sur eux l'attention. Il importe d'infirmer ou de confirmer ces premières données par de nouvelles et nombreuses recherches, la science et surtout la pratique ayant intérêt à ce que cette question de l'éclampsie soit autant que possible élucidée.

Délire mélancolique, consécutif à une fièvre intermittente ortiée.

La fièvre intermittente ortiée exerce sur le système nerveux une très-puissante action. Les auteurs classiques n'ont pas manqué de la mentionner. On trouve même, dans la seconde édition des *Leçons cliniques de Trousseau*, tome I, page 203, le fait d'une jeune femme qui, à la suite d'une maladie de cette nature, tomba dans la stupeur et fut paralysée des extrémités. Mais, malgré de nombreuses recherches, il nous a été impossible de rien découvrir qui ait de la similitude, soit au point de vue de l'étiologie, soit au point de vue de la pathogénie, avec le cas suivant qui a été recueilli dans le service de M. Berthier, à l'asile d'aliénés de Bicêtre, par M. E. Calmette, à qui nous en devons la communication.

V..., âgé de 50 ans, ne porte pas d'antécédents héréditaires fâcheux ; nous savons seulement qu'il a été délicat pendant son enfance. La scrofule ou le rachitisme ont-ils joué un rôle dans les manifestations morbides qu'il a offertes? Certains maux d'yeux qui lui sont survenus à l'âge de 5 ans, les nodosités des membres qui ont retenu sa taille au-dessous de la moyenne, sembleraient donner prise à cette hypothèse. Cependant ses parents, très-vieux, jouissent d'une très-bonne santé; il a une sœur qui ne se plaint d'aucune infirmité, et son facies indique le tempérament nervoso-bilieux.

Concierge dans un Institut de province, cet homme exerçait en même temps le métier d'ébéniste. Il perdit ses quatre enfants presque coup sur coup, le travail nécessaire à sa subsistance lui manqua, et il fit des dettes : origine de profonds chagrins, qui précédèrent de peu la maladie en question.

Dans les premiers jours de juillet 1871, V... est pris de frisson, de fièvre et de délire; son corps se couvre d'innombrables plaques d'urticaire, localisées principalement sur le front et les tempes, avec prurit intense; une abondante sueur termine l'accès. Le lendemain, les mêmes phénomènes se reproduisent, et dans le même ordre. Le surlendemain, nouvelle crise analogue et accompagnée, cette fois, d'un délire violent avec hallucination : il croit voir un homme qu'il vient de tuer et couper en morceaux; il se hâte de faire disparaître ces lambeaux de chairs palpitantes... la tête, trop dure à diviser, reste là; cette tête sanglante le regarde avec des yeux fixes : il cherche en vain à s'en détourner, elle le suit partout comme pour lui reprocher son forfait. Les préparations de quinquina sont administrées.

Le lendemain, le malade se réveilla sans fièvre, les plaques d'urticaire disparurent rapidement, ainsi que tous les autres symptômes organiques; mais le cauchemar de la veille avait laissé une impression profonde dans l'esprit du malheureux. Le matin, dans la journée, au milieu de ses travaux, il aperçut plus d'une fois la tête menaçante; il en vint à se persuader qu'il avait effectivement commis quelque crime, et, pour ne pas être un sujet de honte et de déshonneur pour les siens, il pensait à en finir avec la vie. Un soir, donc, il s'égara dans la campagne et voulut s'amputer la verge; mais il s'arrêta dans sa tentative, qui se borna à une profonde entaille. Il avait choisi cet organe, parce qu'il se figurait que c'était le canal le plus favorable à l'épuisement du sang. A peine l'opération achevée, V... changea d'idée, et revint à la hâte à son domicile pour se faire soigner.

Depuis cette époque, la tête ne lui apparut plus; mais à plusieurs reprises, le souvenir poignant lui en revint à la mémoire. Au mois de juillet dernier, V.... redoutant le sinistre anniversaire de sa vision, partit subrepticement de son domicile pour venir à Paris. Il voulait changer d'air, revoir une ville où il avait vécu quatorze ans, chercher une place de concierge qu'on lui avait fait espérer. A peine débarqué, V.... court à l'église, et commence une neuvaine : mais, tout à coup, il se ravise, se demande pourquoi il est venu à Paris. Il retourne à l'hôtel pour chercher ses malles et regagner le chemin de fer. Le directeur de l'In-

stitut se présente alors à lui. V..., frappé d'étonnement, fond en larmes...

Que se passa-t-il alors ? c'est ce que nous n'avons pu savoir. Quoi qu'il en soit, son directeur fit des démarches à la préfecture de police pour le faire entrer à Bicêtre. Les médecins du dépôt déclarèrent qu'il était atteint d'accès maniaques, et on ne tarda pas à l'envoyer à Sainte-Anne, où il fut reconnu atteint d'excitation avec idées mélancoliques ; et enfin, le 4 août 1871, il arriva à Bicêtre. Du délire, il ne restait plus que des traces, et on constata un état de calme, de docilité, de raison qui s'est maintenu jusqu'à ce jour.

L'état général du malade est bon ; il s'occupe à l'école, il raconte avec lucidité les accidents bizarres auxquels il a été en proie, les soins qui lui ont été donnés à cette occasion et la crainte que lui inspirait l'éventualité d'une récidive.

Le seul nuage qu'il resterait à dissiper, c'est l'obscurité de la mémoire pour ce qui regarde les causes de sa mise en arrestation, et les détails relatifs à cette même récidive, — dont il ne semble pas avoir conscience.

A quoi avait-on eu affaire ici? Il est impossible de nier la relation de cause à effet, qui a eu lieu dès le début de la fièvre. Si l'affection mentale doit s'expliquer par les seuls chagrins, pourquoi la moitié des hommes ne seraient-ils point fous?

L'inconduite, les écarts de régime, les legs héréditaires, ne sont point en cause.

Force est d'admettre que le délire a été produit par une fièvre ortiée ou pernicieuse, peu importe le nom, — qui aura trouvé un système nerveux préparé, mais purement préparé.

Quant à savoir la raison pour laquelle ce délire a persisté, — en dépit du traitement, — il n'est guère plus aisé de le savoir que s'il se fût agi d'une dothinentérie, d'une rougeole, de l'érysipèle, etc.

Le *Bulletin général de thérapeutique* contient, dans son numéro du 15 octobre 1872, une observation du docteur Guyot, ayant avec celle-ci une grande analogie. Cette observation a pour titre : « *Fièvre ortiée, manifestation d'une fièvre intermittente larvée ; guérison par le sulfate de quinine.* »

Pourquoi M..., le malade de notre confrère, a-t-il guéri, tandis que V... n'a été délivré de sa fièvre que pour devenir fou ? Pourquoi, chez ce dernier, le délire a-t-il persisté sous la forme chronique, quoique tous les deux aient suivi le même traitement?

La pathologie peut-elle expliquer cette différence ? Nous posons la question sans prétendre la résoudre.

NOTE
SUR LA COMPOSITION DE L'URINE DE LA FIÈVRE BILIEUSE
DITE HÉMATURIQUE

Par les docteurs Bérenger-Féraud et Trouette
de la marine militaire.

La fièvre bilieuse dite hématurique est assurément une des maladies les plus intéressantes des pays chauds, tant par sa gravité, la complexité de ses symptômes que par l'obscurité même qui entoure encore les principaux points de son histoire.

Elle présente, on le sait, entre autres caractères, celui de fournir des urines noires ou brunâtres qu'on a comparées avec justesse à la coloration de la décoction de l'infusion de café, de l'encre, du sang veineux, et elle a des reflets rougeâtres tels, suivant l'incidence sous laquelle on l'examine, qu'on dirait parfois que l'on a affaire à un liquide éminemment sanguinolent.

L'illusion est telle, quelquefois, que bon nombre de médecins et que tous les malades ont cru qu'il s'agissait bien dans ces cas d'urines sanglantes, et les noms de fièvre bilieuse hématurique, néphrorrhagique, ictéro-hémorrhagique qui lui ont été imposés sont l'indice de l'opinion générale que l'on a eue jusqu'ici sur la nature des urines dans la maladie qui nous occupe.

Quelques observateurs ont avancé même qu'ils avaient la preuve matérielle que c'était bien à du sang qu'était due cette coloration rouge, et M. Hugoulin (de Bourbon), par exemple (*Archives de médecine navale*, 1865), traitant l'urine par du sulfate de soude, et plaçant quelques gouttes du dépôt sur le porte-objet, dit avoir observé une première fois quelques rares globules soudés entre eux.

Dans une autre expérience, il fut moins heureux, dit-il, mais peut-être était-ce parce que l'alcalinité prononcée de l'urine avait hâté, malgré le peu de temps qui s'était écoulé depuis son émission, la décomposition des globules sanguins.

M. Borie, qui a observé dans le même pays, dit avoir, de son côté, retrouvé sur le champ de son microscope les globules sanguins irréguliers, déchiquetés, perdus pour ainsi dire au milieu des matières amorphes, mais cependant reconnaissables encore, et il n'a pas craint d'avancer que dans la fièvre bilieuse hématurique la coloration des urines est due à une forte proportion de globules contenus dans le liquide.

Enfin, M. Pellarin (*loc. cit.*, p. 233), trouvant que les globules du sang ne peuvent pas toujours être retrouvés au microscope, a cherché à déterminer dans quelles conditions il fallait opérer pour les voir, et il a formulé que : 1° quand la coloration rouge est faible ; 2° quand les urines, bien que fortement colorées en rouge, sont alcalines au moment de l'émission, on ne retrouve pas les globules : dans le premier cas, parce qu'il est possible que l'hématurie seule ait passé avec l'albumine à travers les reins ; dans le second cas, parce que les globules sont rapidement décomposés sous l'influence de l'alcalinité du liquide.

Mais, à côté de ces affirmations, on pourrait citer un nombre considérable d'observateurs qui n'ont jamais été assez heureux pour découvrir rien qui fût comparable à des globules du sang.

Placés par les obligations du service dans un pays où la fièvre bilieuse hématurique est la plus fréquente, il était naturel que cette maladie nous intéressât, et ce symptôme si remarquable des urines sanglantes nous a préoccupé surtout. L'opinion des praticiens était si bien arrêtée sur la nature de ces urines qu'il semblait peut-être inutile de s'en occuper davantage, ce n'est pas ce que nous avons cru, et on va voir, en effet, qu'il y a lieu de s'occuper très-sérieusement de cette question pour arriver à une connaissance satisfaisante des divers éléments de la maladie.

Nous avons observé, soit ensemble, soit séparément, un très-grand nombre de fois l'urine en question au microscope, et quoique nos recherches aient porté sur l'excrétion de plusieurs sujets différents, nous n'y avons jamais constaté aucun globule sanguin ; quelques plaques d'épithélium pavimenteux, quelques tubuli rénaux granuleux ou transparents, voilà les seuls corps que nous ayons jamais distingués dans ce liquide.

Nous nous sommes mis dans les conditions indiquées par les docteurs Hugoulin, Bories et Pellarin sans jamais rencontrer le moindre corpuscule que nous puissions rattacher à un globule de sang, et d'autre part, frappés par la coloration très-analogue des selles des individus atteints de fièvre bilieuse hématuriques, analogie qui est quelquefois telle que l'on ne saurait déterminer à première vue la différence qu'il y a entre la sécrétion alvine et vésicale d'un malade. Nous nous sommes demandé si, par hasard, la coloration rattachée à la présence du sang n'était pas due à la présence de la bile.

Les observateurs qui nous ont précédés ont conclu à l'absence de la bile dans les urines, parce que, traitant les urines par l'acide azotique ou chlorhydrique, ils n'avaient pas obtenu la coloration caractéristique. Nous avons pensé, en faisant les mêmes expériences, que le résultat négatif qu'on obtient peut bien être attribué à ce que l'albumine contenue dans le liquide, et qui est en grande quantité, est coagulée et trouble le milieu au point de ne pas per-

mettre la constatation de la coloration biliaire. On précipite cette matière colorante par le mécanisme de la coagulation si souvent employée dans l'industrie, et nous avons voulu chercher, par une autre voie les principes colorants sur la nature desquels nous voulions être fixés. Pour cela, nous avons choisi une urine émise dans le moment même par un malade atteint de fièvre bilieuse hématurique et qui était d'une couleur rouge, presque noire, analogue à celle du vin de Malaga très-foncé.

Cette urine, dont la densité était de 1,020 au moment de l'émission, a laissé précipiter, presque instantanément, un dépôt floconneux grisâtre qui est devenu peu à peu assez considérable. Le dépôt et le liquide, examinés à plusieurs reprises au microscope, ne nous ont présenté absolument aucun globule de sang.

Une portion de cette urine, traitée par son volume d'alcool à 90°, a donné un précipité abondant. Elle a été filtrée et évaporée à une douce chaleur jusqu'à ce qu'elle fût réduite à un très-petit volume, et il s'est précipité alors une matière d'un brun noirâtre.

Ce précipité, recueilli sur un filtre, a été lavé à l'eau, puis traité par le chloroforme, et on a obtenu alors une liqueur jaune et une partie insoluble.

La solution chloroformique, de couleur jaune, agitée avec une solution de soude caustique, s'est décolorée, et la coloration alcaline s'est alors colorée en jaune, tandis que le chloroforme s'est décoloré.

Cette solution alcaline, additionnée de son volume d'alcool à 90°, puis traitée par l'acide azotique très-concentré et nitreux, s'est colorée en vert, puis en bleu, violet, rouge foncé, et enfin est devenue jaune sale.

Une autre portion de la solution chloroformique évaporée jusqu'à siccité sur un verre de montre, a donné une substance amorphe d'un rouge orangé, sans trace de cicatrisation, même au microscope.

Nous croyons donc pouvoir déduire de ces caractères que nous pouvions avoir affaire à de la *bilirubine*.

Quant au précipité insoluble dans le chloroforme, il a donné avec l'alcool une solution brune; ce précipité s'est dissous aussi dans une solution de soude caustique et dans une solution d'ammoniaque.

La solution sodique a donné avec l'acide chlorhydrique un précipité brun clair tirant un peu sur le jaune.

La solution ammoniacale a donné avec le chlorure de calcium un précipité couleur de houille.

Nous avons cru pouvoir conclure, d'après ces caractères, que cette substance est de la *bilifuscine*.

La présence des acides biliaires a été reconnu de la manière suivante : on a évaporé une certaine quantité d'urine jusqu'à consistance sirupeuse; on l'a reprise par l'alcool à 90° à froid, puis on a filtré. La partie qui avait passé au travers du filtre a été de nouveau évaporée, puis traitée par de l'alcool absolu; filtré de nouveau, l'alcool a été chassé alors par la chaleur et le résidu a été étendu d'un peu d'eau. Versant dans cette liqueur de l'acétate de plomb, on a eu un précipité qui a été recueilli et qu'on a fait bouillir longuement après l'avoir lavé dans une solution de carbonate de soude. La liqueur filtrée alors a été évaporée jusqu'à siccité, et la matière restée dans la capsule a été traitée par de l'alcool, qu on a évaporé ensuite. Le résidu a été repris par l'eau, et traité alors par le réactif Petenkoffer (sucre et acide sulfurique), nous avons obtenu une magnifique coloration violette.

Après avoir obtenu ainsi les divers principes biliaires qui donnent à l'urine de la fièvre bilieuse hématurique la couleur caractéristique, nous avons voulu faire pour ainsi dire la contre-épreuve, c'est-à-dire que nous avons cherché à produire artificiellement de l'urine hématurique, en ajoutant à de l'urine normale des principes de la bile.

Pour cela, nous avons pris une petite quantité d'urine provenant d'un individu parfaitement sain et n'ayant même jamais eu d'accès de fièvre paludéenne. Cette urine était limpide, transparente, de couleur ambrée très-claire.

A l'aide d'une baguette de verre, nous y avons mélangé une petite quantité de bile provenant de la vésicule biliaire d'un individu mort de fièvre bilieuse hématurique, et nous avons obtenu un liquide brunâtre trouble à reflets verdâtres. Ce liquide, additionné d'acide acétique, a pris des reflets jaunâtres sans se modifier d'abord sensiblement d'aspect, puis a laissé précipiter en vert. Au contraire, quand nous avons traité ce liquide par la sonde, nous lui avons vu prendre en quelques instants l'aspect et la coloration de l'urine hématurique, au point qu'il a été bientôt impossible de distinguer l'urine artificiellement colorée de celle rendue par un malade atteint de la maladie qui nous occupe et, chose très-extraordinaire, c'est qu'en laissant cette urine artificielle au repos pendant quelques heures, nous avons vu s'y former un dépôt grisâtre en tout semblable, pour la couleur et l'abondance, au dépôt observé dans la véritable urine de la fièvre bilieuse hématurique.

Il ne nous restait plus, pour entraîner la conviction déjà très-grandement justifiée par les résultats précités, que de retrouver la bile dans le sang des individus atteints de fièvre bilieuse dite hématurique, et pour cela nous avons soumis à l'analyse, le liquide extrait de la veine-cave inférieure au-dessus de la veine-porte d'un sujet qui venait de succomber à la maladie; or, nous devons dire qu'en traitant ce sang de la même manière que l'urine nous avons obtenu exactement les mêmes réactions, d'où nous nous croyons autorisé à conclure que le sang, dans la maladie qui nous occupe, renferme une notable quantité de bile.

Nous continuons nos recherches sur l'urine de la fièvre bilieuse, dite hématurique, et nous comptons en présenter prochainement une analyse complète, mais il nous a semblé que le premier résultat que nous avons obtenu déjà est assez remarquable et important pour justifier la présente communication faite dans le but d'appeler l'attention sur la question à laquelle nous apporterons ultérieurement de nouveaux matériaux, et de notre première série d'expériences nous croyons pouvoir conclure :

1° Que l'urine de la fièvre bilieuse dite hématurique ne contient pas de traces de sang, et que la couleur très-remarquable qu'elle possède est due à la présence d'une forte quantité de matières biliaires.

2° Que les matières colorantes biliaires qu'elle contient en grande quantité, et qui lui donnent cette teinte noirâtre, analogue au vin de Malaga, à l'infusion de café, etc., etc..., sont la bilirubine et la bilifuscine, auxquelles nous devons ajouter les acides biliaires;

3° Que ces matières biliaires se retrouvent aussi dans le sang à la sortie du foie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

La seconde observation se rapporte à une femme de 40 ans, qui avait subi, pour son rétrécissement, diverses opérations dans les hôpitaux de Paris.

Voici cette observation intéressante, recueillie par M. Larrey :

La nommée L... Julie, 40 ans, caissière, tempérament lymphatique, entre dans le service du docteur Panas, pour un rétrécissement du rectus, salle Sainte-Marthe.

Cette malade *paraît* avoir eu la syphilis il y a une quinzaine d'années. Elle restait alors en province et suivit un traitement fort mal ordonné et très-irrégulier. *Environ* cinq ou six ans plus tard, le rétrécissement du rectum dont elle est affectée se manifestait déjà, et provoquait une constipation opiniâtre qu'elle ne pouvait faire céder qu'à l'aide d'une purgation. C'est ainsi qu'à la fin de chaque semaine elle prenait une bouteille de limonade purgative qui lui pro-

(1) Fin. — Voir les numéros des 7, 10 et 12 décembre.

curait de nombreuses évacuations, et qui lui donnait pour quelques jours assez de soulagement pour lui permettre de travailler.

Cependant la constipation allait s'exagérant; la défécation ne s'effectuait qu'avec une difficulté extrême et beaucoup de douleurs. En même temps, des accidents gastro-intestinaux se manifestaient, des nausées, surtout quelques vomissements et coliques, des envies d'aller à la selle qu'elle ne pouvait jamais satisfaire.

En 1867, elle entra à l'hôpital Lariboisière dans le service du docteur Cusco, qui pratiqua l'incision du rétrécissement : l'opération ne fut suivie d'aucune amélioration appréciable.

En 1867, vers la fin de l'année, elle vint à l'hôpital de la Charité, dans le service du docteur Gosselin; ce dernier pratiqua de nouveau l'incision du rétrécissement et tenta ensuite la dilatation avec la sonde en caoutchouc, mais sans grand succès.

En 1868, n'obtenant aucun soulagement, malgré cette double opération, la malade entra à l'hôpital de Lourcine, dans le service du docteur Péan. M. Malassez, interne du service, se chargea tout spécialement des soins à donner à la malade et tenta de réduire le rétrécissement à l'aide de la dilatation, pour laquelle il employait le dilatateur de Charrière. A en croire la malade, l'amélioration obtenue était peu sensible lorsqu'elle quitta l'hospice de Lourcine.

Vers la fin de 1869 et au commencement de 1870, elle vint dans le service du docteur Moutard-Martin, à l'hôpital Beaujon. M. Malassez lui continua ses soins. Il chercha, mais en vain, à obtenir la dilatation du rétrécissement: de sorte que la malade fatiguée de la longueur désespérante du traitement et du peu de succès obtenu retourna chez elle en province; pendant deux ans, elle prit chaque semaine une purgation pour vaincre la constipation qui devenait de plus en plus opiniâtre, lorsqu'elle entra dans le service du docteur Panas, le 6 août 1872.

La malade est faible, — son teint est pâle, — son ventre est ballonné et distendu par les anses de l'intestin, dilatées par des gaz et des matières fécales. Il s'ensuit que les digestions sont très difficiles ; d'ailleurs, elle ne peut manger beaucoup sans s'exposer à augmenter l'état de gène dans lequel elle se trouve et sans provoquer des coliques et des envies d'aller à la selle qu'elle ne peut mettre à exécution.

Le développement du ventre a d'ailleurs une autre cause: la malade est affectée d'un kyste de l'ovaire, à gauche, dont la principale manifestation a été de troubler la régularité des règles.

Lorsqu'on examina le rétrécissement, on constata qu'il était situé à 5 centimètres environ de l'orifice anal. Le simple toucher rectal est fort douloureux et si on cherche à forcer le rétrécissement avec le doigt, on s'aperçoit qu'il est infranchissable, qu'il permet à peine le passage d'un petit tuyau de plume, et puis d'ailleurs ces tentatives font pousser des cris à la malade.

Après un examen de la lésion plusieurs fois répété, M. Panas propose l'opération qui est acceptée. La malade est purgée sans résultat les 21, 22, 23 août, et, le 24, on pratique la rectotomie externe.

La malade est chloroformée au préalable; le doigt indicateur gauche est introduit dans le rectum jusqu'au rétrécissement et aussi loin que possible, à l'aide d'un bistouri qui glisse le long du doigt indicateur, on incise l'anus en arrière, puis avec un bistouri boutonné on poussait la même incision dans le rétrécissement qui s'étend ainsi jusqu'au sommet du coccyx, et qui intéresse du dedans, au dehors toute la paroi rectale.

Aucune hémorrhagie n'eut lieu. Le rétrécissement se laisse alors facilement franchir par le doigt et on introduit dans le rectum une canule en caoutchouc dont la circonférence mesure 8 centimètres. Une fois la canule mise en place, on tamponne la plaie avec de petits morceaux d'amadou perchloruré et on termine par un pansement approprié.

Dans l'après-midi du jour de l'opération, la malade rend par ses canules une quantité considérable de matières fécales liquides. Cette évacuation se continua pendant la nuit et les jours suivants; la malade est soulagée. En même temps la plaie rectale est bourgeonnante et ne semble pas irritée par la matière fécale.

La malade garda la canule jusque vers le 10 septembre; mais depuis l'opération la diarrhée, les coliques, les nausées, les vomissements n'ont pas cessé, malgré toutes les tentatives faites pour y arriver. On retire la canule, mais les accidents gastro-intestinaux persistent; la malade s'affaiblit lentement. Au bout de dix mois, la canule était introduite de nouveau dans le rectum tout aussi facilement qu'après l'opération. Le rétrécissement ne tend pas à se rétablir. Cependant la malade vomit les moindres aliments qu'elle peut prendre; elle s'épuise en même temps que la diarrhée persiste plus opiniâtre que jamais.

Sous l'influence du mauvais état général, une phlegmatia alba dolens se développe dans le membre inférieur gauche ; la malade meurt le 4 novembre.

La pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter ici montre les traces de l'opération, qui a parfaitement réussi et le tissu induré et comme fibreux que le bistouri a dû diviser. Il n'y avait autour aucune fusée purulente, et si la malade avait subi l'opération avant l'épuisement complet de ses forces, nous ne doutons pas que le dénouement aurait été tout autre.

En résumé, la rectotomie externe nous paraît constituer une opération réellement efficace et relativement peu grave, double avantage qu'elle a sur la rectotomie interne. Je conviens toutefois que le nombre des observations n'est pas encore suffisant pour juger la question en dernier ressort, et à cet égard les résultats fournis à notre collègue, M. Verneuil, par l'incision du rétrécissement à l'aide de l'écraseur, plaident en faveur de la méthode opératoire que nous défendons ici.

A 4 heures 3/4 la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

Séance du 4 décembre 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux*; — l'*Union médicale*; — la *Gazette hebdomadaire*; — les *Archives générales de médecine et de chirurgie*; — le *Bulletin général de thérapeutique*; — le *Marseille médical*; — le *Montpellier médical*; — le *Bordeaux médical*; — la *Revue médicale de Limoges*; — le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique* (3e fe, t. VI, no 8); — le cinquième fascicule des *Mémoires couronnés par l'Académie royale de Belgique*, contenant un mémoire sur la *fièvre vituleuse*, par M. Contamine.

M. LE FORT offre, de la part de M. Brochin, les articles : CATAPLASMES et MATERNITÉS, extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

RAPPORT

Traitement de la syphilis; de la valeur des différentes manières d'administrer le mercure. — M. DUPLAY lit un rapport sur un travail de M. le docteur Spillmann relatif à ce sujet. L'auteur, résumant 110 observations, concluait que de toutes les manières d'administrer le mercure, les préparations préférables étaient les médications internes et ensuite les frictions, et enfin les injections hypodermiques, qui devaient être reléguées pour les cas spéciaux.

Le rapporteur conclut dans le même sens, mais il pense que pour formuler un jugement définitif, il faudrait avoir un nombre égal de faits observés pendant le même temps et suivis plusieurs années après les différentes sortes de traitement.

Le rapporteur conclut, en outre, au renvoi du travail de M. Spillmann au comité de publication et à l'inscription de l'auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant (adopté); le

renvoi du rapport au comité est également voté par la Société.

M. PANAS. M. Duplay a jugé avec rigueur les frictions mercurielles; elles sont à mon avis la meilleure manière d'administrer le mercure, elles agissent en moyenne au bout de 40 jours. Je n'ai jamais nié que la méthode pût échouer, mais je la crois bien meilleure que ne l'a dit le rapporteur. Selon moi, elle a une grande activité, puisque c'est elle qui provoque le plus vite la salivation. Cette salivation est-elle considérée comme un désavantage? Je dis qu'on peut l'éviter en faisant faire usage préventivement de gargarismes astringents.

Les syphilis sont moins rebelles aux frictions qu'aux autres modes d'appliquer le mercure; une syphilide qui a résisté aux autres préparations mercurielles guérit souvent par l'application des frictions. Celles-ci constituent une méthode active qui raccourcit le traitement de la syphilis.

D'un autre côté les médications internes se transforment dans l'estomac de mille manières et aboutissent toutes à se transformer en colomel ou en sublimé corrosif. C'est le sublimé qui est absorbé en quantité variable. On purge le malade ou on ne sait pas ce que l'on administre. Au milieu de ces incertitudes il y a un fait qui domine, c'est la fatigue de l'estomac; puis le mercure administré passe par le foie, a une singulière affinité pour cet organe, et c'est à un tel point qu'on y retrouve le mercure alors que les autres organes n'en contiennent plus.

Il y a aussi des syphilis qu'on ne guérit pas par le mercure seul, et s'il faut donner de l'iode, au lieu d'administrer le bi-iodure qui est, selon moi, une très-mauvaise préparation, il est très-profitable de ne pas fatiguer l'estomac, de donner le mercure à l'extérieur et l'iode à l'intérieur. Dans le cas où il faut tonifier le malade, comme le recommande M. Després, l'estomac doit être respecté.

On dose mieux le mercure administré en frictions que par la voie gastrique, et on doit employer le premier mode de préférence. J'ai vu, étant encore élève, un jeune homme qui est mort de la syphilis parce qu'une gastralgie s'opposait à ce qu'on lui administrât les mercuriaux. Si l'on avait su alors employer les frictions, je suis sûr que le malade aurait guéri. J'ajoute que la syphilis des enfants ne peut être traitée que par les frictions et qu'elles sont ici préférables à tout autre moyen, elles ne causent même pas la salivation.

M. DESPRÉS. La méthode des injections sous-cutanées dont l'excellence avait été admise ici, est aujourd'hui jugée moins favorable. Les frictions, qui un an avant avaient été déclarées excellentes, sont critiquées par M. Spillmann. Il faudrait pourtant que les partisans du mercure s'entendissent.

Mais qu'on nous montre donc une action sur les cas graves, sur ceux qui, dit-on, résistent au mercure. C'est là, qu'est la question. Me sera-t-il permis de dire que 110 observations constituent un chiffre bien minime; la société ne peut être édifiée sur un pareil chiffre, quand elle a dit que je n'avais pas assez de malades, quand je lui en présentais 1,200.

M. PERRIN. J'étais partisan des frictions mercurielles lors de la discussion à la Société de chirurgie. Je n'ai point changé d'opinion et je ne redoute point le danger de la salivation, car on peut la prévenir par les gargarismes. Comme M. Panas, je crois les onctions mercurielles préférables à la médication interne, qui fatigue l'estomac. Je pratique, pour ma part, les onctions mercurielles sur une petite surface, et lorsque le traitement est bien fait, je ne redoute aucun accident.

M. LARREY. Les frictions mercurielles ont toujours été pratiquées par les chirurgiens militaires contre la syphilis. Je dis les chirurgiens, parce que, dans l'armée, ce sont les chirurgiens et non les médecins qui traitent la syphilis. L'abus des frictions seul avait causé une réaction et avait fait naître le traitement de la syphilis sans mercure, d'après le système de physiologie de Broussais; mais on est revenu aux frictions. Ceci a été discuté à l'occasion des communications de M. Després.

M. DUPLAY. M. Spillmann n'a pas rejeté les frictions; il leur donne seulement le second rang et les réserve pour les cas où il veut obtenir une action rapide. J'ai abondé dans le sens de M. Spillmann, non pas à cause du danger de la salivation, mais parce que les frictions ont causé des dyspepsies, des congestions pulmonaires et même cérébrales qui ont obligé le chirurgien à suspendre l'emploi des mercuriaux.

(*A suivre*).

VARIÉTÉS

Physiologie (1).

Que constate-t-on encore chez les malades atteints de méningite? Les malades sentent de toutes les façons, excepté à la dernière période, lorsque le coma est profond; mais ils délirent, ils déraisonnent, ils ne *connaissent plus*. Et que trouve-t-on chez eux à l'autopsie? On trouve une altération de la région corticale, absolument comme les lésions que nous avons provoquées chez les animaux.

Que constate-t-on enfin chez les malades qui ont eu une hémorrhagie en un point quelconque de circonvolutions? On constate qu'ils ont conservé le sentiment intact, mais qu'ils ont perdu la connaissance et la mémoire sur certains points.

Tous ces phénomènes morbides qui se chargent de diviser ce que l'on confondait jusqu'ici, qui montrent jusqu'à l'évidence ce que c'est qu'une perception simple et ce que c'est qu'une perception distinguée de toute autre, ou, autrement dit, une notion acquise, viennent compléter les enseignements des recherches expérimentales, et nous sommes autorisé à conclure que le siége organique de toutes les perceptions est dans la couche optique tandis qu'à la périphérie corticale se trouvent classées et associées, sous forme de modalité dynamique possible, toutes les *notions acquises*.

2° *Lésions de la motilité.* — Chez tous les animaux sur lesquels nous avons expérimenté, nous avons constaté deux périodes bien distinctes : 1° une période d'excitation qui les poussait à marcher, à courir, soit en avant, soit sur le côté, ou en cercle; 2° une période de prostration et parfois de paralysie lorsque les centres blancs étaient eux-mêmes intéressés. La première période correspondait évidemment à l'action simplement excitatrice du caustique, et la seconde, à la destruction des tissus par ce dernier. Il est impossible de ne point voir dans cette succession de phénomènes l'image d'une méningite profonde dont l'évolution serait excessivement rapide.

Dans ces expériences, nous avons cherché à déterminer les différentes pièces du mécanisme qui concourent à la détermination des mouvements; mais, tout en constatant qu'elles existent, nous ne saurions dire formellement quelle est la partie qui concourt à l'excitation de tel ou tel autre mouvement. Nous ne doutons pas que des expériences plus multipliées ne nous dévoilent plus tard ce mystérieux mécanisme ; mais, pour le moment, il est sage de dire avec M. Andral : « Les différents faits que nous venons d'analyser dans le but de découvrir quelles sont les lésions qui, dans le cas de méningite, coïncident avec les diverses altérations de la motilité, nous conduisent à une singulière conséquence : c'est qu'avec des lésions semblables sur le cadavre coïncident pendant la vie les désordres les plus variés de la motilité; dans le plus grand nombre de cas, qu'il y ait convulsion ou paralysie, après la mort la lésion sera la même (2). » Les faits que renferme cette conséquence sont vrais; mais nous aimons à ajouter que dans cette confusion apparente, il y a une logique, un ordre nécessaire que des investigations ultérieures nous feront découvrir. M. Andral lui-même nous indique cette voie en disant un peu plus loin : « En face de tant de faits qui nons montrent sans cesse, dans des altérations du cerveau, les siéges les plus divers, pour expliquer le trouble d'une même fonction, nierons-nous que certaines parties de l'encéphale sont spécialement destinées à l'accomplissement de certains actes?

---

(1) Fin. — Voir le dernier numéro.

(2) Andral, *Clinique médicale*, t. V, p. 195.

Nous n'en aurions pas le droit; car il est vraisemblable que certains points du cerveau ont entre eux un rapport tel, que la lésion de tel d'entre eux va spécialement retentir sur tel autre; et ce pourra être l'altération secondaire de celui-ci, inappréciable par le scalpel, qui produira la spécialité du désordre fonctionnel. »....

Salle du Progrès. — Samedi, 14 décembre. — Le Monde microscopique illustré, cinquante tableaux, par M. le docteur Gustave Le Bon. — Cours illustré d'Astronomie, par M. André: le Soleil, sa constitution intime et les phénomènes de sa surface, d'après les observations et les théories les plus modernes, avec de nombreux tableaux.

Dimanche 15. — Piano, quatuor de M. Baudet, joué par M. Possien fils. — Les Harmonies de la nature; le Jour et la Nuit, par M. Paulin Teulières. — L'homme de la Révélation conforme à l'homme de la science la plus avancée, par M. l'abbé Moigno. — Causerie illustrée sur Venise, avec de nombreuses photographies, par M. l'abbé Soldat.

Lundi 16. — Cours illustré de Géographie: la Suisse physique et pittoresque, par M. Joran. — Seconde leçon de Mnémotechnie: l'art merveilleux de la mémoire, par M. l'abbé Moigno.

— Le maire de la ville de Bouchain (Nord) nous prie d'annoncer que la ville se trouve en ce moment sans médecin.

Une somme de 1,500 francs environ représente les produits certains fournis annuellement par le bureau de bienfaisance, l'hospice et la garnison.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 146. — MARDI 17 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. MARDI 17 DÉCEMBRE 1872. — N° 146.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr. pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS : Sur la faiblesse congénitale et son traitement (M. Guéniot.) — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier).— Du point apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale (M. Armaingaud). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS : Les établissements hospitaliers de Lisbonne. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Correspondance. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 16 décembre 1872.

Jeudi dernier, la Faculté de médecine de Paris a établi sa liste de présentation pour les trois chaires déclarées vacantes. Elle a présenté en première ligne ;

Chaire d'anatomie pathologique : M. Charcot.

Chaire de pathologie chirurgicale : M. Léon Le Fort.

Chaire d'histoire de la médecine : M. Lorain.

Si nous n'avions qu'à nous occuper des deux premières chaires, nous n'aurions aucune observation critique à présenter.

M. Charcot avait pour concurrents MM. Laboulbène, Cornil et Lancereaux ; et si les travaux de ces derniers les rendent complétement dignes de la robe professorale, on ne peut cependant qu'applaudir au succès du savant qui, depuis tant d'années, professe avec un si légitime succès à la Salpêtrière.

M. Le Fort était naturellement désigné par ses nombreux travaux ; son ambition — et qui l'en blâmerait, — était toute de famille ; gendre de Malgaigne il devait tenir à honneur de continuer le souvenir de cette grande figure professorale. MM. Guyon et Duplay étaient pour lui de dignes concurrents : mais il fallait choisir.

Que ne pouvons-nous en dire autant de la chaire de *l'histoire de la médecine.* Ici les titres n'ont été d'aucun poids dans la balance. M. Lorain avait pour concurrents MM. Bouchut et Raynaud. M. Lorain n'avait aucun titre spécial à cette chaire ; M. Bouchut, qui avait été un concurrent sérieux contre M. Daremberg, professe depuis plusieurs années, avec un très vif succès, l'histoire de la médecine. Nous avons là, sous notre main, son *Histoire de la médecine* (1). M. Maurice Raynaud avait écrit une charmante page de littérature médicale : *Les médecins au temps de Molière.* M. Lorain n'a rien produit pour l'histoire de la médecine ; il a été présenté en première ligne.

Le monde savant pourra s'étonner d'une semblable présentation ; mais qu'importe ! M. Lorain sera un collègue aimable ; M. Bouchut a une personnalité et pourrait ne pas savoir ployer ; M. Rayoaud est assez jeune pour attendre.

Et la Faculté ne s'aperçoit pas que c'est par des votes aussi peu justifiés qu'elle compromet ce qui lui reste de considération.

— La *Gazette médicale de Paris* a publié, samedi dernier, une lettre de M. le professeur Beaunis (de Nancy). Nous ne ferons pas à notre honorable confrère l'injure de reproduire ce document. Nos lecteurs trouveront plus loin, sous le titre de *Correspondance*, une lettre qui leur montrera combien, — dans une question aussi vaine qu'une question de priorité, — M. Fournié s'est conduit en galant homme. M. Beaunis, éclairé par les citations du mémoire de M. Fournié, sera le premier à regretter l'insertion de sa lettre ; et nous croirions nous-mêmes commettre une mauvaise action en profitant de la plus regrettable des erreurs pour publier une pièce qui porte injustement atteinte à l'honneur et à la considération d'un de nos plus estimés confrères.

Dr E. LE SOURD.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. GUÉNIOT

Suppléant M. le professeur DEPAUL.

Sur la faiblesse congénitale et son traitement.

(Leçon recueillie par M. le Dr G. CHANTREUIL, chef de clinique.)

Messieurs, je vous disais, dans une de nos précédentes réunions, que l'accouchement prématuré, ordinairement sans gravité pour la mère, est au contraire le plus souvent fatal à l'enfant. Celui-ci, en effet, pour adapter sa frêle organisation au milieu nouveau dans lequel il se trouve jeté, réclame de toute nécessité une hygiène spéciale, des soins intelligents, minutieux, ininterrompus ; et ces soins, cette hygiène, pour des raisons diverses, lui font généralement défaut.

C'est de ce sujet que je désire aujourd'hui vous entretenir. Nul, à mon avis, n'offre plus d'intérêt pratique.

Les naissances prématurées s'observent partout, dans les châteaux comme dans les chaumières, dans la pratique civile comme dans celle des hôpitaux. Peut-être, pour vos débuts, serez-vous appelés, dans votre propre famille, à diriger l'hygiène d'un cousin, d'un neveu, d'un fils même qui sera né dans ces conditions anormales. Ajoutez que parfois, outre l'intérêt du cœur, il s'attache à ces existences si compromises des intérêts matériels considérables, et vous comprendrez combien il importe, en semblable circonstance, d'avoir sur la question des notions

(1) 2 vol. in-8°, prix : 16 fr. Germer Baillière.

précises en même temps qu'une ligne de conduite pour ainsi dire toute tracée.

Avant d'aborder le traitement que réclament les enfants nés avant terme, laissez-moi d'abord vous parler de leur état organique et fonctionnel, état que l'on désigne sous les noms de *faiblesse congénitale, faiblesse native* ou *originelle*. Ce sera une introduction toute naturelle à l'examen des indications hygiéniques que j'aurai bientôt à formuler.

Quels sont les caractères de la faiblesse congénitale? et à quels signes vous sera-t-il facile de la reconnaître?

Notez en premier lieu cette donnée fondamentale, l'une des plus positives que vous puissiez rechercher (quoique cependant elle ne soit pas infaillible, comme je vous le montrerai ultérieurement) : *l'enfant ne pèse en naissant que* 2,300 *grammes*, 2,000 *grammes*, 1,800 *grammes et même* 1,600 *ou* 1,500 *grammes, sinon un chiffre inférieur encore;* c'est-à-dire que son poids égale à peine les trois quarts, les deux tiers, la moitié ou peut-être les deux cinquièmes d'un enfant ordinaire né à terme.

On remarque, en outre, certains caractères extérieurs qui ne trompent guère un œil exercé et qui permettent d'établir le diagnostic, même avant d'avoir pratiqué la pesée. Chez ces enfants, en effet, les organes sont encore inachevés et les fonctions incomplètes; tout le corps est grêle. La peau, molle et délicate, est d'un rouge vif, uniforme; sa transparence laisse voir parfois les vaisseaux sanguins qui la sillonnent. Les cris, sans vigueur, sont d'ordinaire aigus et monotones; on dirait un piaulement de jeune poussin. La respiration est faible, peu sensible; le thorax, pour ainsi dire immobile, ne présente que très-imparfaitement ces alternatives d'élévation et d'affaissement qui la rendent si manifeste chez l'enfant robuste. Aussi, faut-il souvent une réelle attention pour ne la point croire suspendue, et plus d'une fois j'ai constaté, à cet égard, des méprises qui auraient pu devenir promptement fatales.

Pourquoi cette faiblesse respiratoire? La raison en est toute simple : c'est que les muscles préposés au jeu de cette fonction ne sont pas assez développés encore pour soulever les côtes, dilater la poitrine et produire une forte inspiration. C'est surtout grâce aux contractions du diaphragme que la fonction s'exécute.

Parmi les organes musculaires, le cœur est assurément l'un de ceux qui sont les plus aptes à remplir leur office. Il est même le seul qui, chez l'enfant avant terme, réponde d'une façon à peu près complète à sa destination. Ses pulsations restent rapides et fortes comme pendant la vie intra-utérine.

Une telle exception n'a rien qui doive étonner. Dès les premiers mois de la conception, le développement hâtif du cœur se trouve en rapport avec l'importance de la fonction qui lui incombe; c'est en effet l'organe indispensable à la vie, celui qu'on a qualifié de *primum vivens*.

Mais, par contre, voyez l'inertie des muscles extérieurs; c'est à peine s'ils se contractent, et les mouvements des membres sont à la fois rares et sans vigueur. L'enfant, plongé dans une sorte de torpeur, n'a même pas la force de teter. Les muscles de la paroi buccale, ceux de la langue et du voile du palais semblent insuffisants pour opérer la succion; la déglutition elle-même est souvent languissante, fait singulièrement grave, puisque la continuation de la vie n'est possible que par l'accomplissement régulier de cet acte physiologique.

Tels sont, brièvement esquissés, les caractères les plus apparents et les plus accentués de la faiblesse originelle due à une naissance prématurée. Certes, les exemples de ce genre ne sont que trop fréquents sous nos yeux. Pour ne vous rappeler que l'un des plus remarquables, voyez nos deux enfants jumeaux, la petite fille surtout. A sa naissance, le 12 septembre, elle ne pesait que 1,700 grammes; son état de faiblesse et d'engourdissement était tel que les efforts de succion lui furent impossibles. C'est hier seulement, c'est-à-dire au quatrième jour, qu'elle a teté pour la première fois; et encore, croyez bien que, sans les soins exceptionnels dont elle a été l'objet, nous n'aurions pas vu un tel progrès se réaliser.

A côté de cette forme typique de faiblesse native, je dois vous signaler un état originel qui, sous certains rapports, lui est comparable, mais qui, au double point de vue de la cause et du pronostic, en diffère complétement : je veux parler de l'état de ces enfants qui, nés chétifs, maigres, avec un poids de 2,000 à 2,300 grammes, présentent néanmoins une vitalité et une énergie qu'on ne soupçonnerait jamais d'après la simple pesée. Ce sont des enfants nés à terme ou près du terme, mais qui, pendant la vie intra-utérine, n'ont pu se développer assez pour acquérir le poids moyen. Leur nutrition a langui, et leur accroissement a été entravé sous l'influence de causes diverses. Le plus souvent issus de mères qui, pendant le cours de leur grossesse, ont été atteintes soit de fièvre typhoïde ou de phthisie, soit de diarrhée ou de vomissements incoërcibles, ou qui, sans être malades, ont subi des privations de toutes sortes, ces enfants semblent être pressés de réparer leurs pertes ou plutôt de gagner l'appoint qui leur manque. Ils prennent le sein avec avidité et sont comme insatiables; on dirait des convalescents affamés.

D'autres fois, ce ne sont point les souffrances de l'organisme maternel, mais des altérations du placenta qui ont déterminé ce retard dans le développement. Il existe alors, dans cet organe, tantôt une dégénérescence fibro graisseuse, tantôt des foyers apoplectiques, tantôt enfin une autre lésion qui le réduit aux trois quarts et même aux deux tiers de son volume normal. Dans de telles conditions, vous comprenez sans peine comment ces enfants, malgré leur séjour de 9 mois dans l'utérus, ne pèsent pas plus que d'autres nés à 7 mois 1/2 ou 8 mois. Ils semblent avoir été, comme les premiers, insuffisamment nourris; leurs besoins sont vifs, pressants; comme eux, ce sont des affamés.

En fait, les enfants de cette classe n'ont de la faiblesse congénitale pour ainsi dire que l'apparence. Leurs organes, quoique maigres et peu volumineux, ont parcouru toutes les phases de l'évolution intra-utérine, et il est aisé de voir qu'ils sont aptes à fonctionner. (*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

(Leçons recueillies par H. Liouville, chef de clinique, et Landrieux, ancien interne).

Peu après, c'est-à-dire il y a environ vingt-cinq ans, on imagina la *seringue stomacale* que voici, et qui réalise un progrès considérable. Vous pouvez, en effet, déjà noter dans cet instrument certaines dispositions spéciales que vous retrouverez plus tard dans les appareils de MM. J. Guérin et Dieulafoy. C'est, comme vous allez le voir, la possibilité de rejeter latéralement le liquide introduit dans le corps de pompe soit par aspiration faite directement par le jeu du piston, soit même alors

(1) Voir le numéro du 3 décembre 1872.

qu'on a obtenu le vide préalable dans le corps de pompe. Dans la seringue stomacale, dite aussi seringue de Weiss, et qui date de 1835 environ, voici quel est le jeu de l'appareil : soit un corps de pompe terminé par une extrémité, sur laquelle est établi un tube coudé sur un seul côté et qui, par son autre extrémité, reste horizontal. Dans ce tube existe un robinet à double effet, robinet qui est commandé par le piston lui-même.

La partie verticale de l'extrémité coudée est mise en contact bien immédiat avec une sonde œsophagienne introduite dans l'estomac. On élève alors le piston par une traction continue, et le vide produit alors dans le corps, aspire les liquides contenus dans l'estomac et qu'on en veut retirer. Une fois ce corps de pompe rempli par le liquide à extraire, la main de l'opérateur, en faisant exécuter à la poignee du piston un quart de tour, provoque le second effet du robinet et ferme toute communication avec le corps de pompe et l'extrémité stomacale de l'appareil. Par contre, la communication devient facile entre l'extrémité horizontale du tube qui termine le corps de pompe, et le piston repoussé chasse ainsi latéralement le liquide qui remplissait le corps de pompe. Puis le quart de tour étant fait en sens inverse de celui qu'on venait d'opérer, l'appareil rentre en communication possible avec le tube stomacal et peut fonctionner pour une aspiration nouvelle.

Notez que, dans cet appareil, le corps de pompe peut être déchargé du liquide qu'il avait aspiré sans jeu de robinets extérieurs qui demandent l'emploi de la main et permettent l'erreur. Un simple mouvement de la main qui opère peut faire décrire au piston le quart de tour nécessaire pour cette fonction évacuatrice. Mais remarquez-le bien, le vide n'est pas préalablement obtenu par cet appareil, dans lequel il est fait directement.

C'est sur le principe de la pompe stomacale que repose l'appareil que M. Jules Guérin proposa, vers 1835, pour la *ponction des abcès froids;* cet appareil n'exerce pas non plus le vide préalable, mais le vide est opéré par l'ascension même du piston; seulement, au lieu de mettre en jeu le double effet du robinet par la direction modifiée du piston, ce robinet est extérieur et, selon sa direction, il permet d'emplir le corps de pompe du liquide qui est aspiré ; puis ce corps de pompe une fois rempli, on n'a qu'à tourner le robinet pour pouvoir vider la pompe par un orifice latéral; la différence avec la sonde stomacale consiste donc seulement en ceci, que le robinet est extérieur et indépendant du piston.

Du reste, l'instrument de M. J. Guérin est certainement de beaucoup antérieur à l'année 1844, car le robinet qui s'y adapte figure déjà dans le tableau n° 27 de l'arsenal chirurgical de Blasius, qui fut publié à Berlin en 1844.

C'est dans ce même recueil que nous trouvons l'indication de trocarts à canules fendues à pointes spéciales, dits *trocarts anglais*, et dont on a cru dernièrement avoir fait la découverte.

Il y a longtemps, peut-être vers 1834, M. Jules Guérin, dans le but de protéger les moignons et les plaies et de les soustraire tout à la fois au contact de l'air et au séjour du pus à leur surface, imagina un appareil qui, depuis, fut employé par M. Maisonneuve et par d'autres chirurgiens, et que vous retrouverez dans presque tous les hôpitaux. Cet appareil se compose de manchons de caoutchouc de différentes grandeurs dont on entoure les membres amputés. Un tuyau en caoutchouc vulcanisé termine le manchon à l'extrémité opposée à celle qui emboîte et entoure le moignon ou le membre blessé. Ce tube communique avec une carafe ou récipient de verre, dans lequel, à l'aide d'un autre tuyau, une pompe aspirante fait le vide. Le but que se propose M. J. Guérin est de faire affluer dans le récipient, par cette aspiration continue, le pus des plaies à mesure qu'il se produit. Je n'ai pas qualité pour me prononcer sur la valeur de cet appareil quant au but que son auteur se proposait d'atteindre alors qu'il l'a imaginé, mais je vous prie de bien remarquer la façon dont il fonctionne; car ainsi que vous allez le voir, tous ceux qui ont été proposés dans ces derniers temps pour pratiquer la thoracentèse capillaire ne sont pas autre chose que cet appareil de M. Guérin adapté aux usages de cette opération.

En 1851 environ (notez bien cette date), M. Laugier imagina l'appareil qui porte aujourd'hui son nom; il le fit établir pour pratiquer la saignée des os : comme la ventouse de Knussmann, il présente l'avantage de faire le vide préalablement à l'opération qu'on veut accomplir.

L'appareil de M. le professeur Laugier est décrit dans le répertoire de l'Exposition générale de 1867.

(*A suivre.*)

DU POINT APOPHYSAIRE DANS LES NÉVRALGIES ET DE L'IRRITATION SPINALE (1)

Par le docteur ARMAINGAUD

Conclusions pratiques. — 1° Un grand nombre de névralgies présentent, indépendamment des points douloureux déterminés par Valleix, un point douloureux fixe que cet auteur n'a point décrit, siégeant au niveau d'une ou de plusieurs apophyses épineuses des vertèbres.

On constate l'existence de ce point douloureux en pressant successivement sur toutes les apophyses épineuses, à partir de la première vertèbre cervicale.

Ce point douloureux est nettement distinct du *point dorsal* déjà connu de la névralgie intercostale : celui-ci siége dans la gouttière vertébrale, celui là sur les apophyses épineuses;

2° Ce point apophysaire paraît se rencontrer surtout dans les névralgies anciennes, rebelles aux différents traitements ou récidivantes;

3° Lorsque ce point apophysaire existe, les applications révulsives sur la colonne vertébrale (sangsues, vésicatoires, pommade stibiée, etc.) amènent plus sûrement la guérison que les applications faites sur les autres points douloureux et guérissent des névralgies rebelles aux autres modes de traitement;

4° En conséquence, il est aussi utile, au point de vue pratique, de rechercher l'existence de ce point douloureux dans les névralgies, qu'il est intéressant, au point de vue scientifique, d'en rechercher la signification; et je ne saurais trop engager mes confrères à explorer la colonne vertébrale dans tous les cas de névralgie qui s'offriront à leur observation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1872 (2). — Présidence de M. DOLBEAU.

Ponction aspiratrice dans un cas de hernie cœcale étranglée. — M. VERNEUIL fait un rapport verbal sur l'observation suivante, de M. le docteur Follet, et demande le renvoi de cette observation, très-bien discutée, au *Bulletin*. (Adopté.)

J'ai eu tout récemment, dit M. Follet, à l'hôpital Saint-Sauveur, de Lille, dans le service de clinique chirurgicale de l'École de médecine, un cas présentant, avec l'observation publiée par

(1) In-8°. Prix : 2 fr.
(2) Suite. — Voir le numéro du 14 décembre.

M. Richet (*Gaz. d s hôp.*, 27 juillet 1871), des analogies au point de vue du traitement.

Comme dans cette observation, malgré deux piqûres pneumatiques non suivies de tentatives de taxis, l'opération devint indispensable et fut pratiquée le lendemain. Les suites en furent malheureusement fatales, et je pus compléter l'observation par l'examen anatomo-pathologique et juger de l'action qu'exerce une aiguille capillaire sur les parois de l'intestin.

Comme, outre l'intérêt qu'il présente au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, ce fait se rapporte à une espèce de hernie assez rare, la hernie totale du cœcum, j'en soumets à la Société de chirugie la relation détaillée.

Hernie inguinale. — Étranglement. — Tentatives de taxis. — Ponctions aspiratrices. — Opération: hernie cœcale. — Péritonite ; mort. — Autopsie.

Le 4 juillet dernier, entre au nº 9 de la salle Saint-Charles, un homme d'une trentaine d'années, portant une volumineuse hernie inguinale du côté droit, qu'il maintient depuis plusieurs années à l'aide d'un bandage. Lorsqu'il ôte ce bandage, la hernie sort facilement, mais rentre ordinairement de même Plusieurs fois cependant la réduction a été difficile, et il est à plusieurs reprises entré à l'hôpital pour se faire réduire sa hernie, sortie depuis vingt-quatre ou quarante-huit heures sans qu'il pût la faire rentrer lui-même.

La dernière fois que cet accident lui est arrivé, il y a un an à peine, il se produisit des symptômes d'étranglement, et le taxis fut tenté à plusieurs reprises avec l'aide du chloroforme, sans amener aucun résultat. L'opération de la hernie étranglée allait être pratiquée par M. Parise. Le malade était déjà endormi à cet effet, lorsqu'à une dernière tentative faite avant l'incision, pour ainsi dire par acquit de conscience, la hernie rentra. Une pareille leçon ne suffit pas pour persuader ce malheureux de l'absolue nécessité où il était de ne jamais marcher ou travailler sans bandage, et, dans les derniers jours du mois de juin, le ressort de celui qu'il portait s'étant brisé, il négligea d'en venir demander un autre à la consultation gratuite de son quartier.

La hernie sortit et résista à tous les efforts qu'il fit pour la réduire ; des douleurs très-vives se faisaient sentir dans la partie herniée et le malade ne pouvait faire quelques pas que courbé en deux. Bientôt survinrent la constipation et les vomissements. Cet état durait depuis plus de deux jours quand il entra à l'hôpital. La hernie était inguino-scrotale, volumineuse puisqu'elle était à peu près grosse comme le poing; elle était assez douloureuse au toucher. Distendue par des gaz, elle rendait à la percussion un son tympanique.

J'essayai d'abord le taxis sans chloroforme, le malade étant couché sur le dos et tous les muscles en relâchement complet. Après quelques minutes de vaines tentatives, je donnai le chloroforme, et, après avoir obtenu la résolution, je m'efforçai, pendant un quart d'heure environ, de faire rentrer cette volumineuse hernie en l'effilant au niveau du collet pour la faire graduellement repasser par l'anneau. Je n'aboutis à rien. Enfin, j'essayai la bande de caoutchouc enroulée autour de la hernie de façon à exercer une puissante compression du fond vers le collet. Aucun succès. Je laissai le malade se réveiller, je fis appliquer une vessie de glace sur la tumeur, je lui prescrivis de petits morceaux de glace à avaler pour calmer les vomissements, et je recommandai qu'on lui donnât plusieurs lavements purgatifs. Dans la journée, je priai mon ami M, Castiaux, qui se trouvait à Lille, de venir le lendemain matin à l'hôpital muni de son appareil à ponction aspiratrice.

Le 5 au matin, rien n'était changé dans l'état du malade. Il avait encore eu quelques vomissements ; pas de garde-robes. La tumeur était toujours douloureuse et la peau qui la recouvrait un peu rouge, suite évidente des efforts du taxis. La hernie étant toujours distendue par des gaz et peut-être par du liquide, il me semblait très indiqué d'évacuer liquide et gaz au moyen d'une très-fine aiguille creuse mise en communication avec un appareil pneumatique.

M. Castiaux fut de mon avis, et sur-le-champ nous pratiquâmes une piqûre avec son aiguille nº 1 (la plus fine), à la partie moyenne de la face antérieure de la hernie ; puis, le vide étant fait dans le petit récipient et l'aiguille ajustée au tube de communication, nous vîmes, dès que le robinet fut ouvert, se précipiter dans le récipient un liquide dont l'aspect et l'odeur ne laissaient aucun doute sur sa nature stercorale.

Au bout de quelques minutes, l'écoulement ayant cessé et la tumeur n'ayant que peu diminué de volume, une seconde ponction capillaire fut faite en dedans de la première. Elle ne donna issue à aucun liquide ni à aucun gaz. Suivant toute probabilité, nous étions tombés dans le tissu cellulaire péri-herniaire.

Une troisième ponction fut faite sur la même ligne verticale que la première, mais plus haut. Celle-ci livra passage à une grande quantité de gaz et de liquide stercoral. Quand l'écoulement cessa, le récipient renfermait 75 à 100 grammes de liquide, et la tumeur était réduite à la moitié de son volume environ.

A ce moment, devais-je chercher à réduire ? Peut-être aurais-je pu le faire sans trop d'efforts. J'avoue que, pas plus que M. Richet, je n'ai osé presser et malaxer une portion d'intestin qui venait d'être le siége de deux, peut-être de trois piqûres. On dit bien, il est vrai, que les solutions faites au moyen d'une aiguille capillaire ne consistent qu'en une sorte d'écartement des tissus qui reviennent sur eux-mêmes dès que l'on a retiré l'instrument et bouchent si bien l'orifice qu'il ne peut plus donner issue à aucun liquide ni même à aucun gaz. Malgré cela, je n'étais pas alors convaincu que ces acupunctures, quelque capillaires qu'elles fussent, ne laisseraient point sourdre, sous l'influence des efforts de taxis, une certaine quantité de liquide intestinal dont la présence dans le péritoine pouvait avoir de graves danger. Ce mode de traitement n'a point encore été appliqué assez souvent pour m'enlever toute crainte à ce sujet. Je voyais de plus M. Castiaux qui, ayant pratiqué un grand nombre de ponctions pneumatiques, devait nécessairement avoir en cette matière plus de hardiesse que moi, se ranger à l'avis qu'il valait mieux laisser tranquille la hernie dégonflée, dans l'espérance de la voir rentrer spontanément sous l'influence des excitants intestinaux.

En conséquence, je fis replacer de la glace sur la hernie, et je prescrivis quelques verres de limonade Rogé et quelques lavements purgatifs.

La journée fut mauvaise. Aucune réduction n'eut lieu, les vomissements continuèrent, les douleurs reparurent. Le lendemain matin, la hernie avait repris au moins son volume de la veille; la peau de la face antérieure était d'un rouge intense, la moindre palpitation très-douloureuse. Pouls petit et rapide, face grippée, etc.

Je jugeai l'opération urgente et je la pratiquai sur-le-champ. M. Castiaux, qui était présent, voulut bien m'aider.

Le malade étant chloroformé, après avoir incisé successivement, et couches par couches, la peau et plusieurs plans aponévrotiques lamellés, je vis, par une petite ouverture faite en décollant un feuillet qui faisait le fond de la plaie, sortir une ou deux gouttes de liquide jaunâtre, j'incisai sur la sonde cannelée; j'étais sur l'intestin.

Cet intestin, c'était le cœcum, en totalité, avec son appendice vermiculaire très-distinct et quelques centimètres de la portion terminale de l'iléon. Il n'existait pas de sac herniaire proprement dit. A la partie entéro-supérieure de la tumeur herniaire seulement, on trouvait un feuillet péritonéal que l'organe avait entraîné en se déplaçant; sur les parties latérales, postérieure, inférieure, la hernie était en rapport avec le tissu cellulaire, et, en la soulevant, on apercevait parfaitement sous elle le cordon spermatique.

Cette locomotion par entraînement et cette disposition tangentielle du péritoine dans les hernies cœcales sont la règle; aussi quelques auteurs ont-ils pensé que, dans les cas où les chirurgiens ont trouvé la hernie du cœcum complétement dépourvue d'enve-

loppe séreuse, l'opérateur avait pratiqué l'incision en dehors de ce sac herniaire rudimentaire.

J'introduisis le petit doigt de la main gauche dans l'anneau inguinal, et, glissant sur ce conducteur un bistouri boutonné courbe, je pratiquai deux débridements, l'un directement en haut, l'autre en haut et un peu en dedans.

Nous examinâmes avec beaucoup de soin l'intestin, nous ne trouvâmes d'autres traces des piqûres de la veille qu'une sorte de petite élevure blanchâtre qui nous *parut* être la trace de l'une des deux ponctions. En un autre point se voyait une petite tache violacée. L'intestin était parfaitement intact au niveau de la constriction. Je procédai à la réduction, qui ne fut pas tout à fait facile; il fallut faire rentrer peu à peu cette volumineuse hernie.

Je plaçai un point de suture à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'incision, et je couvris le reste de charpie. Je ne cherchai pas à provoquer immédiatement les selles par l'administration d'un purgatif. Presque toujours la levée de l'étranglement suffit à faire cesser les accidents, avant qu'il y ait eu des évacuations, et alors même que ces évacuations n'arrivent que trois, quatre jours et plus après l'opération. Je crois que les symptômes de l'étranglement tiennent plutôt à la compression de l'intestin qu'à la rétention des matières stercorales. Cette pathogénie est mise clairement en évidence dans les cas où des phénomènes graves et même mortels qui accompagnent l'étranglement d'un organe dont la striction n'interrompe point le cours des matières, l'appendice iléo-cœcal par exemple. Il me paraît, en conséquence, inutile de exciter par un purgatif la contraction et le déplacement d'une portion du tube intestinal qui vient de subir un étranglement prolongé. Les phénomènes phlegmasiques dont il pourrait devenir le siége ou le point de départ ont beaucoup moins de chances de se développer si l'organe reste en complet repos dans l'endroit du ventre où l'aura replacé la réduction.

Je donnai donc à mon malade quelques pilules d'extrait thébaïque, du bouillon et du vin.

7 juillet. Les vomissements ont cessé, la face est meilleure, le pouls est encore à 104. Le ventre n'est pas douloureux, si ce n'est dans la fosse iliaque droite.

Le 8 juillet, même état; la douleur dans la fosse iliaque droite a augmenté; le pouls est toujours assez élevé.

Le 9 juillet, la peau de la face iliaque droite est rouge, on sent à ce niveau une fluctuation manifeste; c'est une fusée purulente souscutanée partant de l'extrémité supérieure de la plaie. Je pratique une contre-ouverture. Le lendemain, le malade est agité; il se plaint de coliques vives, il a eu dans la nuit plusieurs selles diarrhéiques.

Enfin dans la nuit du quatrième au cinquième jour, au moment où on pouvait concevoir l'espoir d'éviter la péritonite généralisée, plusieurs frissons éclatent, des douleurs abdominales aiguës se montrent, le ventre se ballonne, des vomissements bilieux incessants s'établissent, le pouls s'accélère et se serre, la face se grippe, et le malade meurt le 11 juillet, cinq jours après l'opération.

(*A suivre.*)

VARIÉTÉS

Les établissements hospitaliers de Lisbonne.

Le Portugal est peut-être un des pays que nous connaissons le moins.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que les établissements médicaux de Lisbonne n'aient jamais fourni un sujet d'étude aux écrivains français, même spéciaux. Sauf quelques lignes dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, lesquelles s'appliquent, d'ailleurs, aux hôpitaux d'Italie et d'Espagne, en même temps qu'à ceux du Portugal, nos recherches dans les différents journaux et revues français de statistique et de médecine sont restées infructueuses. Ce n'est qu'en compulsant les publications anglaises (notamment la *Lancet*) et portugaises que nous avons pu trouver quelques renseignements qui nous ont permis de jeter un coup d'œil rapide sur les hôpitaux de Lisbonne.

L'hôpital civil de Lisbonne est connu sous le nom d'hôpital San José. C'est un bâtiment irrégulier, à deux étages, situé au sommet d'une des sept collines sur lesquelles est bâtie cette métropole, dans la partie ancienne de la ville, celle qui a relativement peu souffert des effets du tremblement de terre de 1755. C'est un ancien couvent de jésuites approprié à son usage actuel lors de la suppression de cet ordre, en 1755. Bien que l'on voie au-dessus de la principale entrée la date de 1723, l'église incendiée, dont les ruines dépendent de l'établissement, remonte à 1655; de plus, la chronique fixe à 1593 la fondation du plus ancien des bâtiments conventuels de San José.

Ce couvent, transformé en hôpital, contient environ 800 lits. Il se compose d'un long et large corridor central sur lequel s'ouvrent de chaque côté les salles, qui sont de dimensions variables : les unes ne pouvant contenir que 30 malades, tandis que d'autres en peuvent recevoir près de 70. En général, elles sont en forme de chapelle; c'est-à-dire, elles se composent d'une nef centrale séparée au moyen d'une colonnade ogivale de deux ailes latérales dans lesquelles se trouvent les lits.

Comme nous venons de le faire observer, ces salles sont de dimensions fort variables. La plus grande, renfermant 67 lits, a 64 mètres 94 de longueur sur 14 mètres 15 de largeur et 5 mètres 30 de hauteur, ce qui attribue à chaque lit un espace de 72 mètres cubes 68 c. Ce volume d'air suffit amplement, même dans un climat aussi chaud que celui de Lisbonne. Mais la moyenne par lit n'est que 51 mètres cubes 89, le maximum étant de 91 mètres cubes 64, et le minimum de 19 mètres cubes 81. Ce dernier espace serait de beaucoup trop restreint, même dans un pays plus septentrional.

Ce défaut est d'autant plus sérieux que les fenêtres sont fort peu nombreuses dans la plupart des salles. Dans celle dont j'ai parlé plus haut, contenant 67 lits, il n'y a que 14 fenêtres. D'autres en ont 7 pour 49 lits, tandis que quelques-unes en possèdent 22 pour 34 lits.

Par suite du manque d'aération qui résulte de cette disposition vicieuse, on a proposé, malgré la grandeur suffisante de beaucoup de salles, de réduire le nombre de lits de 800 à 600, et de faire construire une succursale dans un autre quartier de la ville. Cette mesure serait utile, vu l'étendue de Lisbonne, qui a près de cinq kilomètres de longueur.

Les corridors de San José sont carrelés et les salles planchéiées. Les murs des corridors, des escaliers, des salles et des vestibules sont revêtus jusqu'à une hauteur de 1 mètre 50 d'*azulejos*, espèce de dalles en porcelaine ornées de sujets bibliques ou de paysages peints en bleu. Ces *azulejos*, très-agréables à l'œil, éveillent dans l'esprit des malades des images fraîches et douces, bien propres à les distraire du sentiment de leur situation. Les lits sont en fer, et, contrairement aux habitudes méridionales, la propreté y est soigneusement entretenue.

On n'admet pas de sœurs de charité ni de religieuses d'aucun ordre dans les hôpitaux du Portugal. Les soins y sont donnés aux hommes par des infirmiers, qui tous reçoivent un salaire proportionnel.

Les salles de clinique sont un peu plus petites que les autres; elles sont destinées spécialement aux cas choisis pour les démonstrations de l'École de médecine attenante à l'hôpital.

Enfin, il existe également quelques chambres particulières, contenant deux ou trois lits chacune, pour lesquels l'administration perçoit une rétribution journalière de 800 à 1,600 reis, soit 4 fr. 30 à 8 fr. 60 de notre monnaie.

D'après le tableau statistique rédigé tous les dix ans par l'administration, il résulte que la mortalité moyenne de la période de 1852 à 1862 a été de 6,2 p. 100. La moyenne annuelle des malades qui reçoivent des soins est d'environ 12,000.

Les services domestiques de San José sont fort intelligents. Derrière l'hôpital se trouve un vaste bâtiment renfermant plusieurs

citernes en pierre remplies d'eau. Les linges salis par les malades sont d'abord trempés dans un réservoir plein d'un mélange désinfectant, d'où ils sont transportés dans un cylindre mû par la vapeur, puis on les fait séjourner dans une citerne pleine d'eau pure et ensuite on les lave au savon. Cette opération terminée, ils sont introduits dans une machine à sécher centrifuge, puis étendus dans une salle chauffée à la vapeur d'eau et bien ventilée. On les repasse ensuite et les porte dans une salle adjacente pour être examinés et réparés, s'il y a lieu, avant d'être replacés dans la lingerie.

Derrière l'hôpital se trouve également un bâtiment à plusieurs compartiments, destiné à recevoir les cadavres enlevés des salles. Il est essentiel, en effet, pour éviter les suites funestes que pourrait entraîner pour les autres malades la décomposition si rapide dans un pareil climat, que l'on fasse évacuer les salles aussitôt la terminaison fatale de la maladie. Pour éviter les erreurs possibles résultant de cette nécessaire précipitation, on a imaginé un système de sonnerie disposé de façon à être mis en jeu par le moindre mouvement fait par un malade qu'on aurait prématurément cru mort.

L'école de médecine de Lisbonne dépend de l'hôpital San José. Elle est installée dans une série de salles, d'un étage pour la plupart. Il y a trois amphithéâtres, dont un pour les cours de médecine et de matière médicale, un pour les cours d'anatomie, et le troisième exclusivement réservé aux examens et autres séances publiques. La salle des dissections et des autopsies est grande et bien aérée; les tables sont en marbre et pourvues chacune d'un robinet d'eau froide : la propreté la plus grande y règne. Auprès se trouvent les salles à injections, le laboratoire à l'usage du professeur de chimie et le musée d'anatomie. Au-dessus du musée se trouve la bibliothèque, qui renferme un nombre considérable d'ouvrages. La plupart des œuvres de nos professeurs modernes y figurent, ainsi que celles de plusieurs auteurs anglais et allemands, et quelques périodiques en différentes langues.

A proximité de l'hôpital San José se trouve celui de San Lazaro, exclusivement réservé aux lépreux. Car la lèpre, cette affreuse maladie heureusement inconnue en France, est assez commune à Lisbonne pour exiger un établissement spécial. Cet hôpital renferme quarante lits disposés en quatre salles, dont trois pour les hommes et une pour les femmes; le tout est placé sous la direction d'un des médecins de San José.

La ville de Lisbonne possède également un hôpital militaire (*do exercito*), un hôpital de la marine (*da marinha*) et un hôpital spécial pour les maladies vénériennes (*do desterro*) contenant deux cents lits.

En outre de ces établissements d'ordre purement médical, Lisbonne compte plusieurs institutions de bienfaisance où la médecine ne joue qu'un rôle secondaire. D'abord, l'asile des aliénés (*de alienados em rilhafolhes*), qui compte de 400 à 500 pensionnaires. C'est aussi un ancien couvent transformé en hospice : le système adopté est celui de nos établissements des pays septentrionaux. Il y a une salle de bains fort bien installée, un grand jardin à l'usage des malades et même un petit théâtre pour les distraire. En somme, on paraît avoir cherché par tous les moyens possibles à alléger la situation si pénible des aliénés, et l'établissement *de alienados em rilhafolhes* de Lisbonne ne ressemble en rien à une maison de détention, ce que, par malheur, on ne saurait dire d'un grand nombre d'établissements du même genre des autres pays d'Europe et surtout d'Angleterre.

L'hospice des enfants trouvés (la *Santa casa de Misericordia*) est également un couvent converti en établissement public de bienfaisance; l'église San Roque en était autrefois la chapelle. Le système des tours y a été maintenu, et il ne se passe guère de jour où un nombre plus ou moins grand d'enfants n'arrivent pas par cette voie, sans compter ceux que des parents dénaturés abandonnent sur la voie publique. Au bout de quelques jours, les enfants sont envoyés à la campagne et confiés aux soins de nourrices choisies par l'administration.

(*A suivre.*)

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(8e liste.)

Total des listes précédentes	. . . . .	1,817 fr.
MM. Machelard.	. . . .	10 fr.
Bourguet (de Graissessac)	. . . .	5
Total.	. . . .	1,832 fr.

CORRESPONDANCE

Paris, le 15 décembre 1872.

A M. Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Monsieur et très-honoré confrère,

Mardi dernier, à l'issue de la séance de l'Académie de médecine, en présence de M. Révillout de la *Gazette des hôpitaux*, de MM. Tartivel et Garnier de l'*Union médicale*, de M. Linas de la *Gazette hebdomadaire*, M. le docteur de Ranse, rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris*, m'annonça qu'il avait reçu de M. le docteur Beaunis, de Nancy, une lettre très-vive contre moi. Cette lettre faisait allusion à une réclamation de priorité soulevée par M. Beaunis, question pendante devant les Académies des sciences et de médecine.

A cette communication je répondis en plaçant sous les yeux de M. de Ranse le passage suivant que vous trouverez à la page 22 de mon mémoire imprimé et intitulé : *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau* : « Le procédé que nous avons découvert avait été déjà imaginé par M. le docteur Beaunis, professeur de physiologie à Nancy, comme l'a prouvé depuis l'ouverture d'un pli cacheté que l'auteur avait déposé à l'Académie de médecine pour prendre date de son invention. Mais avant l'ouverture de ce pli, avant que le secret de l'inventeur fût publié, nous avons déposé un pli analogue et écrit dans le même but à l'Académie des sciences. »

Et plus loin : « L'ouverture ultérieure du pli de M. Beaunis est venue nous prouver, non pas que la précaution fût inutile, mais que nous avions eu l'honneur de nous rencontrer avec lui sur le même terrain, inspirés tous deux par les mêmes idées. Personnellement, nous ne pouvons que nous en féliciter. »

Malgré cette lecture, qui devait lui ôter toute incertitude sur ma parfaite bonne foi, M. de Ranse a persisté à publier une lettre qui non-seulement n'avait plus de raison d'être, mais, de plus, était injurieuse au premier chef.

Je sais ce qu'il me reste à faire et ne laisse à personne le soin de vider une affaire personnelle. Mais il me serait précieux que la presse scientifique voulût bien reconnaître combien j'ai agi en toute loyauté dans cette affaire, et quelle grave responsabilité M. de Ranse a cru pouvoir assumer en publiant un document aussi injuste que celui de son collaborateur et ami M. Beaunis.

J'attends de votre impartialité, monsieur et très-honoré confrère, l'appui moral que peut toujours invoquer auprès de vous un homme qui ne veut rien devoir qu'à un travail honnête et loyal. Veuillez agréer, en même temps, l'expression de mes sentiments confraternels.

Docteur Edouard Fournié,
Médecin à l'Institut national des sourds-muets.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Par suite du décès de M. Vigla : M. Oulmont passe à l'Hôtel-Dieu; — M. Maurice Raynaud, à Lariboisière; — M. Dumontpallier, à Saint-Antoine; — M. Blachez, à Lourcine; — M. Constantin Paul, à la Direction des nourrices; — M. Descroizilles, à Bicêtre.

— Par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Bazin : M. le docteur Ernest Besnier passe à Saint-Louis ; — M. Féréol, à la Maison de santé ; — M. Peter, à Saint-Antoine ; — M. Molland, à Larochefoucauld.

— Par suite du décès de M. A. Richard, de la mise à la retraite de M. Giraldès, de la retraite qu'a demandée M. Marjolin avant sa limite d'âge, et par suite du passage de M. le professeur Verneuil à la chaire de clinique chirurgicale de la Pitié, les mouvements suivants ont eu lieu dans les services chirurgicaux :

M. Le Fort passe de Lariboisière à l'hôpital Baujon.

M. Panas passe de Saint-Louis à l'hôpital Lariboisière.

M. Tillaux passe de Saint-Louis à l'hôpital Lariboisière.

M. Péan passe de Saint-Antoine à l'hôpital Saint Louis.

M. de Saint-Germain passe de Saint-Antoine à l'hôpital des Enfants malades.

M. M. Sée passe du Midi à l'hôpital Sainte-Eugénie.

M. E. Cruvelhier passe de la Salpêtrière à l'hôpital Saint-Louis.

M. Duplay passe de Lourcine à l'hôpital Saint-Antoine.

M. B. Anger passe de la Maternité à l'hôpital Saint-Antoine.

M. Meunier passe de Bicêtre à la Salpêtrière.

M. Horteloup, chirurgien du Bureau central, est placé au Midi.

M. Lannelongue, chirurgien du Bureau central, est placé à Bicêtre.

M. Dubrueil, chirurgien du Bureau central, est placé à l'hôpital de Lourcine.

M. Polaillon, chirurgien du Bureau central, est placé à la Maternité.

— *Salle du Progrès.* — Mardi 16 décembre. — Causerie sur l'Histoire de France illustrée, par M. l'abbé Bouquet. — Cours d'Histoire naturelle illustrée : les Mammifères, par M. Oustalet.

Mercredi 15 décembre. — Cours de mécanique illustré : la Machine à vapeur, par M. Félix Lucas. — Causerie illustrée sur Rome ancienne et moderne, par M. Crétineau-Joly.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance le vendredi 20 décembre 1872, au *Cercle des sociétés savantes*, 64, rue Neuve-des-Petits-Champs, à 3 heures 1/2 très-précises.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance ; 2° Rapport de M. Aimé Martin sur la candidature de M. le docteur Doyon au titre de membre correspondant ; 3° Vote sur la candidature du docteur Péry (de Bordeaux) ; 4° Discussion sur la péritonite rhumatismale ; 5° Graduation et dosage du courant continu par la combinaison du rhéostat liquide et du voltamètre, par M. Duchenne (de Boulogne).

— Une faute de typographie a dénaturé le nom du nouveau prosecteur des hôpitaux. Il faut lire *Terrillon* et non *Cenillon*.

Résumé d'anatomie, par le docteur Fort. 1 volume in-32 de 500 pages, avec figures. — Prix : 5 fr. *franco*.

Traité élémentaire d'histologie, contenant l'histologie des éléments anatomiques, des tissus et des organes en particulier, d'après les travaux les plus récents, publiés en France et à l'étranger, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique. 1 beau vol. in-8°, avec 522 fig. dans le texte. 2e édition entièrement refondue. — Prix : 14 francs *franco*.

Anatomie descriptive et dissection, contenant un Précis d'embryologie, la structure microscopique des organes et celle des tissus, par le docteur Fort, ancien interne des hôpitaux, professeur d'anatomie à l'École pratique. 2e édition, considérablement augmentée. 3 vol. in-12, avec 662 fig. intercalées dans le texte. — Prix : 25 fr. *franco*.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 147. — JEUDI 19 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI 19 DÉCEMBRE 1872. — N° 147.

Ce journal parait trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		POUR L'ÉTRANGER
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS : La faiblesse congénitale et son traitement (M. Guéniot). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Une Faculté de médecine à Genève. — Correspondance. — Nouvelles.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie en a fini avec la question du seigle ergoté. Les conclusions de la commission ont été votées d'enthousiasme après un discours remarquable de M. Tarnier. Toutes les assemblées ont, à certaines heures, de ces entraînements. L'impression était d'autant plus vive qu'elle était plus inattendue. M. Tarnier prenait la parole pour la première fois dans une discussion ; il n'était monté jusqu'alors à la tribune que pour lire un rapport ; et quand il lit, sa voix peu sonore, peu distincte, manque d'harmonie et semble parfois hésitante. Mais aujourd'hui il parlait d'abondance, et comme orateur, il a déployé des qualités rares.

Dans un discours plein d'habileté et de finesse, passant à propos de la défensive à l'offensive, et sachant aiguiser le trait par des arguments *ad hominem* portant d'autant mieux qu'il les préparait et les dirigeait dans les formes parlementaires les plus exquises, par des récits humoristiques, par des concessions apparentes, par un grand air de bonhomie surtout, il a ramené les esprits aux conclusions de son rapport, que la plupart des orateurs s'étaient attachés à combattre. Ceux même qu'il n'a pas convaincus étaient tellement sous le charme, qu'ils se sont bornés à protester jusqu'à la fin sans soutenir leurs protestations par leurs votes. Et c'est ainsi que les articles les plus importants ont passé devant l'abstention des deux tiers ou des trois quarts des membres présents. C'est là un succès de tribune incontestable. Malheureusement un tel discours n'est pas de ceux qui s'analysent en gardant leur physionomie, et on ne peut que constater l'impression produite et ses résultats.

Deux conclusions sur quatre sont purement juridiques ; elles déclarent que dans les lois examinées à ce propos il existe une autonomie. Un autre établit en principe la nécessité presque indispensable d'employer le seigle ergoté dans certaines éventualités de la pratique obstétricale : celle-ci est vraiment médicale et scientifique à proprement parler. Quant à la dernière, c'est la conséquence des trois précédentes. Elle demande à l'autorité de remédier à l'antinomie, et de faciliter l'emploi du seigle ergoté dans des cas où il peut être indispensable.

M. Jules Guérin avait dit « *qui veut la fin, veut les moyens.* En accordant aux sages-femmes la pratique des accouchements, on leur a, de fait, accordé l'emploi de tout ce qui est nécessaire ou même simplement utile pour cette pratique. » Au fond ceci revient à l'argument du texte de M. Tarnier, qui dans la loi relative à l'enseignement et aux examens des sages-femmes voit pour elles un droit implicite d'appliquer ce qu'on les oblige à étudier.

S'il en est ainsi, et l'Académie paraît, par son vote, se placer à ce point de vue, M. Depaul a bien raison de réclamer comme changement indispensable dans nos lois le changement de ce qui concerne l'enseignement des sages-femmes.

Le temps d'études est insuffisant. Les examens ne sont pas sérieux et ne peuvent pas le devenir dans l'organisation actuelle.

M. Depaul fait un émouvant tableau de ces filles de la campagne, qui presque sans éducation, sans instruction d'aucune sorte, doivent être formées en un an à la pratique obstétricale, et qui, l'esprit fermé, ne parviennent à comprendre à peu près rien, alors même qu'elles finissent par répéter tant bien que mal ce que l'on a dit devant elles.

Et ce sont là ces sages-femmes, que l'on veut traiter en expertes, lorsqu'il s'agira de juger les indications d'un remède qui, employé à contre-temps, peut causer la mort de l'enfant, parfois même celle de la mère ?

La conclusion de M. Depaul s'imposait à tous les esprits, quand M. Tarnier l'a écartée en racontant avec quel soin il remplissait depuis cinq ans ses fonctions de professeur à la Maternité. « Instruisez mieux vos sages-femmes, a-t-il dit ; soyez plus sévères ; je suis parfaitement de votre avis ; admettons donc que les sages-femmes seront sérieusement instruites. »

Soit, admettons-le pour un instant. Il est évident que ce serait ce qu'il y aurait de préférable, si l'on pouvait y parvenir par les seuls efforts des professeurs, examinateurs, de M. Tarnier, de M. Depaul, etc., sans rien changer à la loi qui régit cet enseignement, sans modifier ni les conditions d'admission, ni le temps d'études, ni le programme et le nombre des examens.

Mais alors, si toutes les sages-femmes, ou du moins la plupart pouvaient se rapprocher, par leur savoir et leur habileté, de quelques-unes d'entre elles, malheureusement trop rares jusqu'à présent, si elles étaient au moins égales en connaissances obstétricales à la moyenne des médecins, il ne faudrait pas se borner à mettre à leur disposition le seigle ergoté, mais aussi et surtout l'emploi du forceps, bien moins dangereux et bien plus fréquemment utile.

Si la loi refuse expressément aux sages-femmes le droit d'employer le forceps, c'est qu'il s'agissait de les réduire à un rôle d'observation presque passif.

Partant de ce principe que les accouchements naturels sont les plus fréquents et de beaucoup, on prétendait seulement donner aux sages-femmes des notions suffisantes pour voir si tout se passait bien, comptant qu'elles feraient recourir au médecin, si elles se trouvaient en présence de difficultés insurmontables par les seules forces de la nature. Il fallait donc leur faire connaître les accidents et les moyens d'y remédier, afin qu'elles pussent, dans la pratique, faire prévenir le médecin à temps et lui indiquer les circonstances dans lesquelles étaient la patiente qui nécessitaient, par exemple, l'emploi du forceps.

On faisait ainsi la part des scrupules qu'ont certaines femmes à s'adresser au médecin pour accoucher. On leur fournissait le moyen de réserver son intervention éventuelle pour les circonstances où elle deviendait indispensable.

Dans l'usage, tout a changé. Malgré la loi, beaucoup de sages-femmes, a dit M. Depaul, appliquent le forceps, et à peu près toutes administrent le seigle ergoté.

Elles tendent donc à devenir de véritables accoucheurs, des doctoresses.

Ce serait très-bien si leurs études, leur éducation, leurs examens les rapprochaient en effet des docteurs ; mais ce n'est pas possible en thèse générale, car la profession de sage-femme est trop peu rétribuée pour qu'on puisse espérer en élever de beaucoup le niveau scientifique et intellectuel sans diminuer aussitôt le nombre des aspirantes dans leur proportion considérable.

Tout au plus, serait-il possible d'imaginer un titre supérieur représentant une instruction sérieuse et conférant un plein droit de pratique en ce qui touche les accouchements.

Mais il faudra toujours conserver la sage-femme garde-malade, qu'on trouve dans toutes les campagnes, et qui rend de réels services quand on ne lui permet pas de nuire.

Dr Victor Revillout.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. Guéniot

Suppléant M. le professeur Depaul.

Sur la faiblesse congénitale et son traitement (1).

(Leçon recueillie par M. le Dr G. Chantreuil, chef de clinique.)

Quel est le sort habituel des enfants nés prématurément ou, en d'autres termes, quel est le pronostic de la faiblesse congénitale ?

C'est ici, messieurs, qu'il importe surtout de faire la part des circonstances. Outre l'influence incontestable du poids de naissance et, plus encore, celle de l'âge de conception, les chances de vie ou de mort se montrent, en effet, très-variables suivant les conditions de milieu ou d'existence dans lesquelles les enfants se trouvent placés. Si, dès les premiers jours, ils ne reçoivent tous les soins que leur état exige, on les voit dépérir promptement et leur mort devient presque certaine. La pauvreté, la misère, l'inexpérience, trop souvent le mauvais vouloir, sont les causes ordinaires de cette issue fatale. Et ce n'est pas seulement dans Paris que vous les voyez exercer leur funeste action ; c'est aussi dans les grandes villes et jusque dans les campagnes. Pour nos hôpitaux, jugez vous-mêmes de cette effroyable mortalité.

Un ancien interne de la Maternité, le docteur Bouchaud, a noté dans une thèse très-remarquable (1) que, sur 1,961 enfants nés en 1864 dans cet établissement, 641 étaient issus de couches prématurées, c'est-à-dire plus du tiers du chiffre total ; et que, sur ces 641 enfants, 205 avaient succombé pendant les huit ou quinze premiers jours. Mais cette proportion énorme de morts est loin encore de représenter la réalité ; car vous n'ignorez pas combien, après la sortie des mères de l'hôpital, la misère retentit cruellement sur leur progéniture.

Sans pouvoir préciser le chiffre exact de la mortalité pendant les six premiers mois, je suis convaincu que je ne l'exagère point en le portant à la moitié ou aux deux tiers du nombre primitif.

Ces enfants, au contraire, appartiennent-ils à des familles riches, ou plus exactement, à des familles capables de leur procurer tous les soins que requiert leur état de faiblesse ? Le plus souvent, alors, on parvient à les faire vivre, et bientôt même leur développement rapide efface les imperfections qui résultaient de leur naissance anticipée.

Pour ne vous en citer qu'un exemple fort remarquable, il y a aujourd'hui juste huit ans, — c'était en octobre 1864, — je reçus à sa naissance, avenue de l'Impératrice, une petite fille qui ne comptait que 7 mois 1/2 à 7 mois 20 jours de conception. Elle offrait au plus haut degré la plupart des signes que je vous ai énumérés comme caractérisant la faiblesse congénitale. Son poids était de 1,660 grammes ; sa peau, d'un rouge vif, offrait une minceur et une délicatesse extrêmes.

Une nourrice de choix lui fut immédiatement donnée ; la garde préposée à la surveillance et aux soins était une femme experte, consciencieuse, docile à mes instructions. Bref, les conditions les plus favorables purent être réunies autour de l'enfant. Eh bien, messieurs, cette petite fille si chétive, dont l'existence était si fragile qu'il semblait qu'on tentât l'impossible en cherchant à la lui conserver, cette petite fille, dis-je, commença à croître dès les premiers jours de sa naissance, et son progrès fut tellement constant que, six mois plus tard, elle avait atteint le poids de 6 kilog. 240 grammes. Son embonpoint avait acquis des proportions exceptionnelles ; sa vitalité, son intelligence, son développement physique avaient suivi la même ascension, et aujourd'hui cette enfant, pleine de vie, ne porte plus aucun indice de sa faiblesse originelle.

Voici d'ailleurs, d'après les pesées qui furent pratiquées une fois tous les sept jours, comment cette petite fille progressa en poids pendant les six premiers mois. Dans le cours de la première semaine, elle augmenta, *en moyenne*, de 8 grammes par jour ; dans la deuxième semaine, de 14 grammes par jour ; dans la troisième, de 17 grammes 1/2 par jour ; dans la quatrième, de 27 grammes 1/2 par jour ; dans la cinquième, de 29 grammes, et dans la sixième, de 36 grammes par jour.

Le poids s'élevait alors à 2,561 grammes ; l'enfant avait atteint l'âge de 9 mois de conception, c'est-à-dire l'époque du terme normal de la grossesse.

Dans la septième semaine, l'acquisition *quotidienne* fut de 33 grammes 1/2 ; dans la huitième semaine, de 37 grammes ; dans la neuvième, de 35 grammes ; dans la dixième, de 26 grammes ; dans la onzième, de 20 grammes ; dans la douzième,

(1) Voir le dernier numéro.

(1) *De la mort par inanition, et études expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né.* Thèse de Paris, 1864.

de 24 grammes, et dans la treizième, de 21 grammes.

La petite fille était alors âgée de 3 mois, à compter depuis sa naissance, et son poids atteignait 3 kilog. 932 grammes.

Dans le cours du quatrième mois, elle gagna 583 grammes ; pendant le cinquième mois, 762 grammes ; et enfin, dans le sixième mois, elle acquit jusqu'à 963 grammes, c'est-à-dire, en moyenne, 32 grammes par jour. (A cet âge de 6 mois, elle pesait 6 kilog. 240 grammes.)

En citant ce fait, j'ai voulu vous montrer ce que peuvent, sur la santé d'un enfant faible, des soins bien administrés. Ne croyez pas, cependant, que cette puissance de l'hygiène soit sans limite. Malgré l'exiguïté de son poids, la petite fille dont je viens d'esquisser l'histoire put, dès le premier jour, prendre le sein et s'alimenter. Or, cette circonstance si favorable est loin de se présenter toujours, même dans les cas de développement moins incomplet.

Alors, malgré l'assistance la plus vigilante et la mieux entendue, il arrive parfois que l'enfant ne peut suffire à l'entretien de sa propre existence ; une syncope, une entérite, un état asphyxique ou toute autre affection se manifeste, et la mort survient au bout de quelques jours, sinon après quelques heures. Si favorables que soient les circonstances extérieures, la persistance de la vie chez ces petits êtres reste donc toujours plus ou moins incertaine au début.

A ce propos, messieurs, laissez-moi vous donner un conseil qui n'a rien de scientifique, mais qui, pratiquement, n'en offre pas moins une grande importance. Lorsque vous vous trouverez dans une famille catholique, protestante ou grecque, en un mot dans une de celles où le baptême est reçu, n'oubliez pas d'avertir les parents de l'existence du danger, afin qu'ils puissent se pourvoir en conséquence. Souvent même, si vous voulez remplir consciencieusement votre mission, vous devrez vous-mêmes baptiser l'enfant.

Pour le médecin croyant, une telle recommandation n'exige assurément aucune explication.

Quant à ceux qui regarderaient cet acte comme une pratique superstitieuse, je leur dirai : Votre devoir, à vous médecins, est de respecter, chez ceux qui vous accordent leur confiance, des croyances et des sentiments aussi respectables ; agir autrement serait commettre une grave infidélité. D'ailleurs, voyez combien, dans certaines classes sociales, on a de propension à regarder le médecin comme un commerçant qui livre sa marchandise exclusivement en vue du payement.

Or, si vous pratiquez une opération de l'ordre purement religieux, opération qui ne modifie en rien le chiffre des honoraires, ne sera-ce pas un moyen de montrer que l'idée de lucre n'est point celle qui vous anime ? .

Alors, loin de diminuer votre crédit, vous augmenterez la considération qui s'attache à vos personnes.—Et s'il en est ainsi, pourquoi vous refuseriez-vous de donner à la famille une satisfaction si légitime, un témoignage si facile des égards que vous lui devez ? (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE

M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet :

1° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1871 dans les départements d'Eure-et-Loir (commission des épidémies);

2° Une lettre de candidature de M. le docteur Nagaret sur le service médical des eaux minérales de Salies (Hautes-Pyrénées) (commission des eaux minérales).

CORRESPONDANCE NON OFFICIELLE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une note de M. le docteur Peyrusson (de Cette) sur le danger d'autoriser les sages-femmes à prescrire l'ergot de seigle (commissaire : M. Tarnier);

2° Une lettre de candidature de M. le docteur Gallez, du Châtelet, pour le titre de correspondant étranger;

3° Une lettre de M. le docteur Édouard Fournié, accompagnant l'envoi d'un exemplaire de ses *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*;

4° Un travail de M. Husson, pharmacien à Toul, concernant l'action de l'iode sur le sang (comm. : MM. Béclard, Hérard et Chatin);

5° Une note de M. le docteur Dutrieux (de Bruxelles), relative à un instrument de son invention, qu'il nomme *réflecteur otoscope*;

6° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Collongues, et contenant l'énoncé de la découverte d'une substance végétale qui devient sensible et impressionnable, à distance et sous le contact, en présence des forces actives organiques et vivantes soit de l'homme, soit de tout autre animal, soit de toute matière organisée et vivante. (Accepté.)

M. le Secrétaire donne lecture de l'ampliation d'un décret en date du 19 novembre, par lequel est approuvée l'élection de M. Théophile Roussel comme membre titulaire dans la section d'hygiène, en remplacement de M. Lecanu, décédé.

Sur l'invitation de M. le président, M. Théophile Roussel prend place parmi ses collègues.

M. Vernois présente, de la part de M. le docteur Dureau, une brochure intitulée : *Note sur l'enseignement et l'exercice de la médecine en France.*

M. Barth présente, au nom de M. Nélaton, empêché, un volume en langue anglaise, sur les *Maladies de l'ovaire, leur diagnostic et leur traitement*, par M. Spencer Wells.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENTS

M. le docteur Dutrieux (de Bruxelles) présente à l'Académie un nouveau réflecteur *otoscope* qu'il a fait construire par M. Mariaud.

Cet instrument se compose d'une lampe à essence minérale A, surmontée d'une caisse cylindrique B munie à l'une de ses extrémités d'un miroir concave C, au foyer duquel répond la flamme de la lampe ; l'autre extrémité porte une lentille plane-convexe E concentrant les rayons lumineux sur un miroir réflecteur E qui les dirige dans le conduit auditif préalablement redressé et dilaté par le spéculum.



Ce miroir réflecteur, concave de 10 centimètres de foyer, percé d'un trou central, mobile dans tous les sens au moyen d'une articulation à genouillère, est relié à la lampe par une branche F montée sur elle à frottement, et pourvu d'un manche pliant de façon à servir de pied à l'instrument dès l'exploration terminée.

En faisant exécuter à la lampe le mouvement de rotation nécessaire et en donnant au miroir l'inclination voulue, on projette aisément le faisceau lumineux dans l'axe du spéculum.

Cet instrument est léger, très-portatif et facile à manier. Grâce à l'absence de toute lentille entre le réflecteur et l'ouverture du spéculum, son emploi permet d'éviter toute modification artificielle dans la coloration du tympan, et d'obtenir une vue d'ensemble nette et exacte de cette membrane et du fond du conduit auditif; de plus, l'adaption du réflecteur à la lampe fait bénéficier les parties soumises à l'examen ainsi que l'œil de l'observateur de toute l'intensité de la source lumineuse; tandis qu'avec bon nombre d'otoscopes, la figure du médecin devant être placée à côté de l'instrument, le fond de l'oreille est loin de recevoir la totalité des rayons lumineux, dont une grande pertie va éclairer en pure perte la face du malade. Eexempt de cet inconvénient et privé de toute lentille en avant du réflecteur, notre otoscope donne, avec une source lumineuse relativement peu intense, un bel éclairage du fond du conduit auditif et du tympan.

Cet instrument peut encore être avantageusement utilisé pour l'examen ophtalmoscopique.

RAPPORTS

M. MIALHE au nom de la commission des eaux minérales, lit une série de rapports sur des demandes d'exploitation de sources minérales pour l'usage médical. Les conclusions favorables de ces rapports sont adoptées.

Discussion sur le seigle ergoté.

M. DEVILLIERS examine successivement les avantages et les inconvénients du seigle ergoté, quand on le prescrit soit pour arrêter une hémorrhagie, soit pour hâter l'accouchement.

Pour arrêter une hémorrhagie avant le début du travail on peut songer à l'employer :

1° Soit dans les premiers mois de la grossesse lorsqu'une hémorrhagie annonce l'imminence d'un avortement, mais alors il est bien d'autres moyens qui lui sont préférables et en l'employant on risque de hâter l'accident qu'on aurait voulu éviter;

2° Soit à une époque plus avancée, mais alors les hémorrhagies tiennent le plus souvent à l'insertion vicieuse du placenta, et l'administration du seigle ergoté serait en pareil cas, non-seulement irrationnelle, mais inutile et dangereuse.

Pendant le travail on peut songer à employer le seigle ergoté, pour exciter les contractures de l'utérus. Mais alors son usage exige, même dans les circonstances les plus simples, une grande prudence, beaucoup de tact, une grande habitude de l'auscultation obstétricale.

Que sera-ce donc, dans les cas où l'on rencontrera des contre-indications formelles, telles que les rétrécissements du bassin souvent mal appréciés, les obliquités de l'utérus, les déviations, la résistance spasmodique, la rigidité du col, le volume excessif, les présentations vicieuses ou irrégulières du fœtus qui sont souvent méconnues, toutes ces circonstances qui demandent des connaissances approfondies dans la pratique des accouchements, qualités qu'on ne peut attendre des sages-femmes en général.

Jusqu'ici il n'est pas de cas où l'ergot de seigle soit indispensable, il en est au contraire beaucoup où son emploi, si on n'y apporte une extrême attention, produira la mort du fœtus et même des accid nts graves pour la mère.

En définitive ce n'est que dans les cas d'hémorrhagie externe grave après la délivrance que le seigle ergoté se trouve avoir une application utile, quelquefois indispensable et qu'il peut être administré sans aucun danger.

En ce qui concerne la question spéciale aux sages-femmes qui nous est posée par M. le préfet de police, il est certain qu'en très-grande majorité, les sages-femmes, même celles qui sont sorties de nos meilleures écoles, ne savent pas se diriger dans l'emploi de ce médicament et en abusent.

Quant à moi, continue M. Devilliers, comme conséquence des motifs qui viennent d'être exposés et surtout de la rareté des cas où le seigle ergoté est indispensable, comparée à la fréquence et à la gravité des accidents qu'il produit entre des mains trop souvent imprudentes, je suis d'avis que ce médicament ne doit pas être mis à la libre disposition des sages-femmes, il ne doit pas être rayé de la liste des substances vénéneuses, mais comme il peut être utile dans quelques cas, je demanderais qu'il ne fût prescrit par les sages-femmes que sous l'égide d'une garantie sérieuse et je ne me contenterais pas de la présentation obligatoire du diplôme aux pharmaciens.

Je voudrais que ceux-ci ne pussent délivrer ce médicament que sur une ordonnance de sage-femme revêtue du visa d'un médecin qui, dès lors, en accepterait la responsabilité.

Je demande donc, que les lois existantes conservant toute leur sévérité, les pharmaciens ne soient autorisés à délivrer le seigle ergoté aux sages-femmes, que lorsque les ordonnances de celles-ci seront revêtues du visa du médecin.

M. DEPAUL. La lettre de M. le préfet de police était conçue en termes très-précis. On demandait à l'Académie si dans la législation actuelle il était permis aux sages-femmes d'administrer le seigle ergoté, aux pharmaciens de le délivrer sur leur ordonnance. Si l'Académie eût voulu être logique, elle eût répondu : Non, cela n'est pas permis.

Mais la question s'est depuis lors singulièrement étendue, et on est venu à discuter les inconvénients et les avantages du seigle ergoté.

Cette question, dit M. Depaul, je l'ai déjà traitée ici, il y a vingt ans, dans un rapport qui a suivi de près celui de Danyau. Je disais alors que, suivant moi, le seigle ergoté, dans la pratique générale, me paraissait avoir des inconvénients tellement graves que, pour ma part, j'accepterais d'en être complétement privé pendant le travail de l'accouchement.

Ce n'est pas que je croie que ce soit un toxique proprement dit, du moins aux doses toujours faibles qu'on prescrit aux femmes en couches. Je ne l'ai jamais vu non plus pouvoir à lui seul créer le travail de toutes pièces et provoquer l'avortement. Quand j'étais chef de clinique dans le service de M. le professeur Dubois, je l'ai plusieurs fois expérimenté dans ce but chez des femmes conformées de telle sorte qu'il fallait provoquer un accouchement prématuré, et je n'ai jamais réussi. Bien des femmes m'ont fait l'aveu de l'avoir aussi employé en vain à doses très-fortes.

Le seigle ergoté tue l'enfant quand on l'emploie à contre-temps, mais c'est mécaniquement et parce qu'il produit des contractions utérines tétaniques, parce qu'il modifie la circulation placentaire. Il agit comme la compression du cordon ombilical.

Mais s'il présente de grands dangers, il offre aussi des avantages, et il n'est pas de médication un peu active, même l'emploi du forceps, qui ne puisse avoir ses dangers dans des mains inexpérimentées.

L'éducation première des sages-femmes, voilà où est le vice. Les examinateurs ne sont pas assez sévères, le temps d'études est trop court. Comment, en un an, une femme qui ne sait rien ou à peu près, qui comprend mal ce qu'on lui dit, serait-elle capable d'apprendre à fond l'art des accouchements ? Voilà surtout ce qu'il faudrait dire à l'autorité.

J'accepterais, ai-je dit, de me passer du seigle ergoté durant le travail, mais en fait je suis loin de m'en passer toujours, parce que j'ai appris à le manier avec prudence, sans danger aucun pour l'enfant.

En 1845, je crois, dans un travail sur l'auscultation fœtale, j'ai dit que le cœur de l'enfant, par l'état de ses battements, lorsqu'on l'ausculte assez souvent pendant qu'on fait prendre le seigle ergoté, indique très-bien si l'enfant souffre et permet d'intervenir à temps pour lui.

J'emploie donc le seigle ergoté dans un certain nombre de cas. C'est une règle pour moi d'y recourir, par exemple : dans certaines présentations de l'extrémité pelvienne, et non pas seulement quand cette extrémité est déjà sortie (il serait trop tard, puisqu'il faut au moins vingt-cinq minutes au seigle ergoté pour agir), mais quand elle est déjà fortement engagée. En pareil cas, le seigle ergoté,

hâtant le travail, peut sauver des enfants qui seraient morts sans lui.

Je l'emploie aussi d'ordinaire chez les femmes qui ont été prises d'hémorrhagies graves à l'époque d'accouchements antérieurs; et je n'attends pas bien entendu le commencement de l'hémorrhagie, mais je la préviens en administrant le seigle ergoté vers la fin du travail.

Enfin, comme tous les accoucheurs, je crois que le seigle ergoté est un très-bon moyen pour arrêter les hémorrhagies qui succèdent à l'accouchement.

Je voudrais donc qu'on répondît à M. le préfet de police que la loi ne met pas l'ergot de seigle à la disposition des sages-femmes. En effet, elle ne permet pas aux pharmaciens de leur en délivrer; mais à côté de la loi, il y a l'usage, et l'usage est que toutes les sages-femmes font emploi du seigle ergoté, beaucoup même emploient le forceps.

Je voudrais aussi qu'on dît bien aux autorités ce qu'il en est; qu'on insistât surtout sur ce point : *le défaut capital est que l'éducation des sages femmes n'est pas suffisante.* Qu'on leur laisse le seigle ergoté entre les mains, mais qu'on leur apprenne à s'en servir.

M. GUÉRIN. Comme je ne m'attendais pas à prendre la parole dans cette séance, je vais me borner à quelques réflexions très-courtes.

Tout d'abord la question présente deux côtés : l'un de bon sens et de logique, l'autre de texte; je ne parlerai pas de celui-ci.

Mais ne tombe-t-il pas sous le sens que *qui veut la fin veut les moyens*. Les sages-femmes ont à pratiquer des accouchements. Donnez-leur tous les moyens que vous jugez utiles dans cette pratique.

On a beaucoup parlé des avantages du seigle ergoté, lorsqu'il est question d'arrêter une hémorrhagie. On n'a rien dit d'une autre utilité qu'il a, suivant moi. J'ai montré, il y a une quinzaine d'années, lors d'une épidémie de fièvres puerpérales qui sévissait à l'Hôtel-Dieu, le rôle que joue l'inertie utérine dans la préparation des fièvres puerpérales. Lorsque l'utérus n'est pas revenu assez rapidement sur lui-même, sa cavité se remplit de liquides qui deviennent le point de départ de résorptions purulentes; il faut donc réveiller le plus tôt possible les contractions des fibres utérines, et le seigle ergoté remplit ce but. Je m'en suis trouvé très-bien récemment; d'autres aussi s'en sont bien trouvés. Par l'emploi du seigle ergoté, on ramène à la fois l'écoulement des lochies et les contractions musculaires de la matrice; et on prévient souvent aussi les fièvres puerpérales.

Ma conclusion est qu'il n'y a pas lieu d'interdire aux sages-femmes l'emploi du seigle ergoté.

M. TARNIER maintient l'ensemble et les trois premières conclusions de son rapport. Le seigle ergoté a des dangers, mais il a aussi des avantages, il est indispensable en cas d'hémorrhagie. M. Blot avait dit que même dans ce cas on pourrait s'en passer; mais il s'en passe si peu en ce qui le concerne qu'il y a deux mois à peine il l'employait encore chez une malade auprès de laquelle il remplaçait M. Tarnier absent. Plus récemment il racontait à M. Tarnier qu'il avait failli perdre une autre malade parce que le seigle ergoté qu'il lui avait donné était mauvais et n'avait pas agi.

A M. Depaul, M. Tarnier répond en racontant le soin qu'il apporte dans ses leçons à la Maternité pour faire comprendre à ses élèves toutes les contre-indications du seigle ergoté. A M. Tardieu, il objecte que l'assimilation proposée des sages-femmes avec les officiers de santé amènerait des effets désastreux; il ajoute que M. Tardieu abandonne lui-même avec sa théorie la conclusion qu'il avait proposée.

M. Tarnier annonce que la commission, s'inspirant de la pensée de M. Duvergie, a résolu de modifier la quatrième conclusion dans ce sens. Ainsi, M. Tardieu ayant abandonné sa troisième conclusion, la commission ayant abandonné la quatrième, afin de donner satisfaction aux opposants, M. Tarnier propose l'adoption des trois premières et du nouveau texte qui a remplacé la dernière.

Les trois premières conclusions, telles qu'elles ont été reproduites dans la *Gazette des Hôpitaux* du 4 décembre, mais sous la réserve des changements de rédaction que le rapporteur jugerait utiles, sont successivement adoptées sans aucun vote négatif, mais après une série d'objections portant aussi bien sur le fond que sur la forme et sur les expressions.

On vote ensuite la dernière conclusion modifiée par la commission et définitivement conçue en ces termes :

Art. 4. — Pour faire cesser cette contradiction, en attendant la révision de la législation, le moyen le plus simple serait de prier M. le ministre de l'agriculture et du commerce de prendre les mesures nécessaires pour que les pharmaciens soient autorisés à délivrer du seigle ergoté aux sages-femmes, sur la présentation d'une prescription signée et datée par elles.

La séance est levée à six heures.

VARIÉTÉS

Une Faculté de médecine à Genève.

On vient de décider à Genève, la création d'une Faculté de médecine. M. le Dr Duchasal, membre du conseil législatif, a pris en main la chose et a fait, dernièrement, au grand conseil la proposition de créer une Faculté de médecine, proposition qui a été bien accueillie et votée, appuyée qu'elle était par bon nombre de médecins.

Depuis longtemps, il est question de créer en Suisse une université fédérale, mais jusqu'à présent tous les efforts en vue de ce projet sont restés sans résultat. En Suisse nous comptons trois universités cantonales : une à Bâle, une à Zurich et l'autre à Berne; toutes les trois sont très-bien installées, et quantité d'étudiants de tous les pays suivent les cours des professeurs distingués qui en font partie; plusieurs professeurs sont Suisses, les autres sont choisis parmi les universités étrangères; seule la Suisse romande, dont font partie les cantons de Genève, Vaud, Neuchâtel, ne possède pas de Faculté de médecine (on peut encore ajouter le Jura bernois, une grande partie du canton de Fribourg et une partie du Valais où l'on parle français). Les jeunes gens qui habitent ces différentes localités et qui se décident à étudier la médecine, lorsqu'ils ne veulent ou ne peuvent pas quiter la Suisse, sont obligés de se rendre soit à Bâle, Berne ou Zurich, où les cours se donnent en allemand, sauf à Berne, où une partie des cours se donnent en français, par quelques professeurs et surtout par les *privat docent*, vu le nombre considérable de jeunes étudiants qui se rendent à l'université ne sachant pas l'allemand.

La grande difficulté de créer une université fédérale est celle-ci : c'est qu'en Suisse trois langues se parlent, à savoir : l'allemand, le français et l'italien. Dans quelle langue les cours se donneront-ils? Puis une autre difficulté est de savoir où on l'établira ; chaque ville désire l'avoir. Voilà ce qui occasionne le retard momentané au sujet de la fondation d'une université fédérale; tout cela va sans dire, au grand détriment des étudiants qui ne savent où se diriger et qui doivent, que trop souvent, se limiter au sujet des dépenses; les uns vont en Allemagne, d'autres en France, en Italie, en Angleterre, le plus grand nombre restent en Suisse, où ils font toutes leurs études, après quoi ils vont ordinairement faire un voyage plus ou moins prolongé dans les différentes universités étrangères; les étudiants peuvent prendre leur grade de docteur en médecine où bon leur semble (Bâle, Zurich et Berne), mais le diplôme livré dans les universités cantonales ne confère pas le droit de pratique, de sorte que lorsque le jeune docteur désire se fixer dans un des 22 cantons de la Suisse, il doit subir chaque fois et dans chaque canton un nouvel examen (depuis quelque temps plusieurs cantons de la Suisse allemande ont eu la sagesse de s'entendre et ont formé un concordat, ce qui n'existe pas en Suisse romande); l'examen roule sur les branches théoriques et pratiques. Le jury d'examen dans chaque ville est composé à tour de rôle de médecins patentés choisis par le président du jury, comme cela se fait actuellement à Genève; dans les autres villes suisses, les examens se font par-devant les médecins praticiens formant un corps *ad hoc* connu sous le nom de conseil de santé nommé à vie.

Le diplôme de docteur délivré à Paris, à Londres, Edimbourg,

Berlin, Vienne, ne donne pas non plus le droit de pratiquer dans les cantons suisses, si ce n'est à Genève, où il y a accord avec toutes les universités qui, en délivrant le diplôme de docteur en médecine, donne droit de pratique dans le pays où il est délivré; l'on comprend par ce qui précède pourquoi une université fédérale est fortement désirée en Suisse, université qui serait soutenue et reconnue par tous les cantons et dont le diplôme donnerait droit de pratique dans toute la Confédération suisse. Ceux qui veulent et désirent sincèrement une université fédérale ne s'arrêtent pas à savoir où elle sera et quelle langue on y parlera; qu'on la décrète, qu'on la fasse, l'on finira bien par s'arranger pour les questions de détail.

Genève, est la seule ville de la Suisse romande qui ait pris l'initiative de créer une Faculté de médecine; dans ce cas, elle a fait preuve de bon vouloir et désire marcher de l'avant malgré les difficultés. Dernièrement encore les places de médecins chirurgiens au bel et vaste hôpital cantonal de Genève, ont été mises au concours, ainsi que les places d'internes. Tous les quatre ans le personnel médical se renouvelle, mesure sage, qui permet à chacun d'arriver et au besoin de se représenter. Cette manière de faire n'existe malheureusement que dans quelques cantons; dans les autres cantons, où se trouvent des hôpitaux, les médecins sont choisis et nommés, sans concours, à vie, ou périodiquement par des commissions.

Dr J. Pétavel.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de M. le docteur de Ranse la lettre suivante; mais nous croyons de notre devoir de relever au passage quelques inexactitudes involontaires échappées à notre honoré confrère. Il importe dans le douloureux débat actuel de ne rien envenimer et de donner à la vérité absolue la plus entière satisfaction. Ayant suivi pas à pas toutes les péripéties de cette aventure, nous ne devons laisser aucun doute sur la parfaite bonne foi de MM. Fournié et Beaunis.

Dr E. Le Sourd.

A M. le Dr Le Sourd, directeur de la Gazette des Hôpitaux.

Paris, le 17 décembre 1872.

Monsieur et très-honoré confrère,

La lettre de M. Édouard Fournié que vous publiez dans votre numéro d'avant-hier, en réponse à celle de M. Beaunis, engage ma responsabilité dans ce conflit regrettable et nécessite de ma part quelques explications, pour lesquelles vous voudrez bien m'accorder l'hospitalité.

Je dois d'abord déclarer que j'ignorais le dépôt et l'ouverture du pli cacheté adressé par M. Fournié à l'Académie des sciences. Le compte rendu du 22 juillet ne fait pas mention du dépôt (1), et celui du 21 octobre qui relate l'ouverture du pli, a paru pendant qu'un devoir de famille me retenait loin de Paris. La brochure dont parle M. Fournié aurait pu m'éclairer à ce sujet; mais cette brochure n'était pas encore, ou tout au moins n'était pas, mardi dernier, livrée à la publicité, et l'exemplaire que M. Fournié tenait en ses mains est le premier que j'ai vu (2). La lettre de M. Beaunis était déjà à l'impression (3).

M. Fournié a voulu me faire lire la note qu'il a jointe (4) à son mémoire et dont il est question dans sa lettre. J'avoue que j'ai prêté peu d'attention à cette note, et répondant aux explications verbales de M. Fournié, je lui ai dit qu'il m'était difficile (5) de me constituer juge entre M. Beaunis et lui, et que le différend se viderait entre eux sur le terrain neutre de la *Gazette médicale*, qui a publié les premières pièces du débat. Voici les raisons qui ont dirigé ma conduite.

M. Beaunis, dans sa lettre, ne dit pas seulement que, en 1868, c'est-à-dire quatre ans avant M. Fournié, il a déposé un pli cacheté sur la question en litige. Il ajoute qu'il a fait sur le même sujet des expériences et des conférences publiques à la Faculté de médecine de Strasbourg. La mention de ces expériences, de ces conférences avait ici pour M. Beaunis un intérêt de premier ordre, et je ne me suis pas cru le droit de la faire disparaître avec la lettre (6).

D'un autre côté, il m'a semblé que M. Fournié reconnaissait un peu tardivement, et sur un théâtre un peu restreint, la priorité de M. Beaunis. La communication qu'il a faite à l'Académie de médecine, dans la séance du 13 novembre dernier, a été reproduite par tous les journaux, y compris la *Gazette médicale*, et compte ainsi des lecteurs par milliers. M. Beaunis n'y est pas cité (7). Trois semaines ou un mois après (8), M. Fournié publie son mémoire et ajoute, il est vrai, une note (9) dans laquelle il reconnaît la priorité de son confrère: mais combien une brochure a-t-elle de lecteurs (10)?

Telles sont, Monsieur, et très-honoré confrère, les considérations qui m'ont porté à penser que la solution du débat devait être soumise au jugement de l'opinion publique, et la *Gazette médicale*, conservant une entière neutralité, a continué d'ouvrir ses colonnes aux deux contradicteurs (11).

(1) M. de Ranse oublie sans doute, que l'Académie des sciences — par une mesure de prudence — a renoncé à publier dans ses Comptes rendus, le dépôt d'un pli cacheté. Mais lorsque l'ouverture du pli est demandée par le déposant, les Comptes rendus mentionnent la date du dépôt et le numéro sous lequel ce dépôt a été effectué. Dans l'espèce, on peut lire dans les Comptes rendus du 21 octobre dernier, que: « M. E. Fournié demande l'ouverture d'un pli cacheté, relatif à la physiologie cérébrale qui a été déposé par lui, le 22 juillet 1872 et inscrit sous le numéro 2681...... » (*Note de la rédaction.*)

(2) Si M. de Ranse veut bien ouvrir les Comptes rendus de l'Académie des sciences, pour 1872, il trouvera, p. 1656, la mention du Mémoire imprimé de M. Fournié, reçu par l'Academie, dans sa séance du 9 décembre 1872, c'est-à-dire la veille du jour dont parle notre honorable confrère. (N. du R.)

(3) Du mardi 10 décembre au samedi 14 décembre, jour où paraît la *Gazette Médicale*, la lettre de M. Beaunis pouvait fort bien être retirée de l'imprimerie. (N. du R.)

(4) Pardon, il n'y a pas de note ajoutée; c'est dans le texte courant même du mémoire que M. Fournié a parlé si gracieusement de M. Beaunis. (N. du R.)

(5) Il n'y avait qu'à écouter. (N. du R.)

(6) M. de Ranse ne pouvait-il se borner à extraire d'une lettre regrettable, un fait très-intéressant pour M. Beaunis et qui faisait connaître à Paris, des leçons faites à Strasbourg et dont la presse n'avait jamais été saisie. (N. du R.)

(7) M. Fournié donnant à l'Académie les conclusions de son Mémoire qui était sous presse, n'avait pas à ce moment à s'occuper d'une question incidente, alors qu'il rendait, dans ce travail, pleine justice à M. Beaunis. (N. du R.)

(8) M. de Ranse commet ici une petite erreur: ce n'est pas trois semaines ou un mois après la lecture du 13 novembre que M. Fournié publie son mémoire, mais bien quelques jours à peine (le 23 novembre j'avais l'exemplaire en mains), et ce retard était simplement causé par l'impression des planches chromo-lithographiques qui accompagnent ce travail. (N. du R.)

(9) Nous ferons encore observer que M. Fournié n'a *ajouté* aucune *note*, et qu'il a très-loyalement reconnu, dans son texte courant, de lui-même, l'antériorité des expériences de M. Beaunis. (N. du R.)

(10) Une brochure a une publicité illimitée quand les intéressés en saisissent la presse. (N. du R.)

(11) Pardon, à l'heure où nous écrivons, nous ne connaissons encore, dans la *Gazette médicale*, que la lettre de M. Beaunis, et les lecteurs de ce journal ont pu rester huit jours sous l'impression d'une attaque que rien ne justifie. (N. du R.)

Je ne fais aucune difficulté, en terminant, d'exprimer un regret : c'est que la portée de certaines expressions contenues dans la lettre de M. Beaunis n'ait échappé à une rapide lecture du manuscrit et n'ait pas attiré davantage mon attention avant l'insertion de cette lettre (12). En offrant à mes deux confrères de s'expliquer librement dans la *Gazette*, je ne pensais pas qu'une discussion scientifique (13) dégénérerait ainsi en une affaire d'honneur, et j'apprends une fois de plus, ce que vous savez comme moi, mon cher confrère, combien la position de rédacteur en chef est parfois difficile.

Veuillez agréer, Monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr G. De Ranse.

(12) Mais de votre lecture rapide était cependant ressorti pour vous que la lettre de M. Beaunis était « *très-roide.* » — C'est le mot exact dont vous vous êtes servi vis-à-vis de M. Fournié.

(13) Pardon, il n'y a pas de question scientifique en jeu : M. Fournié n'ayant donné en aucune façon prise à la réclamation de M. Beaunis. Mais il existe ici une question d'injures graves qu'il eût été facile d'éviter. (N. du R.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

— M. le Dr Gillebert Dhercourt nous prie d'annoncer qu'il recevrait avec reconnaissance tous les documents pouvant servir à l'histoire des dangers (et spécialement des affections utérines) que comportent les longs voyages entrepris immédiatement après le mariage.

On peut lui adresser ces communications soit à Enghien (Seine-et-Oise), soit à Paris, rue Pigalle, 24.

— La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 6 décembre dernier, a procédé au renouvellement de son bureau, qui se trouve ainsi composé pour l'année 1873 :

Président : M. Lunier. — *Vice-président* : M. Peter. — *Secrétaire-général* : M. Charrier. — *Secrétaires annuels* : MM. Reliquet et Blumenthal. — *Trésorier* : M. Perrin. — *Archiviste* : M. Voisin.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 148. — SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. SAMEDI 21 DÉCEMBRE 1872. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux ; 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS		
Trois mois. .	8 fr. 50 c.	
Six mois. . .	16 —	
Un an. . . .	30 —	

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

SOMMAIRE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : Programme des prix proposés par l'Académie des sciences pour les années 1873, 1874 et 1875. — VARIÉTÉS : Note sur [illegible] de la température centrale chez les malades atteints de pleurésie aiguë et auxquels on vient de pratiquer la thoracentèse. (M. A. Laboulbène). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Correspondance. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

ACADÉMIE DES SCIENCES

PROGRAMME

Des prix proposés pour les années 1873, 1874 et 1875.

—

CONDITIONS COMMUNES A TOUS LES CONCOURS

Les concurrents, pour tous les prix, sont prévenus que l'Académie ne rendra aucun des ouvrages envoyés aux concours; les auteurs auront la liberté d'en faire prendre des copies au secrétariat de l'Institut.

Par une mesure générale prise en 1865, l'Académie a décidé que la clôture des concours pour tous les prix qu'elle propose aurait lieu à la même époque de l'année, et le terme a été fixé au 1er juin.

—

L'Académie juge nécessaire de faire remarquer à MM. les concurrents, pour les prix relatifs à la médecine et aux arts insalubres :

1° Qu'ils ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou à rendre un art moins insalubre ;

2° Que les pièces adressées pour le concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée et une application bien constatée ;

3° Que l'auteur doit indiquer, par une analyse succincte, la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée; et que, faute de cette indication, sa pièce ne sera point admise. Cette analyse doit être en double copie.

Grand prix des sciences physiques (question proposée pour 1870 et prorogée à 1873). — Il n'a été déposé au secrétariat de l'Institut aucun mémoire pour le concours du grand prix des sciences physiques, dont le sujet était l'*Histoire des phénomènes génésiques qui précèdent le développement de l'embryon chez les animaux dioïques dont la reproduction a lieu sans accouplement.*

Depuis quelques années, le mode de reproduction des pucerons et des autres animaux dits *parthénogénésiques* a été l'objet de recherches nombreuses, mais les naturalistes ne sont pas d'accord sur plusieurs des points les plus importants de l'histoire de cette fonction. L'Académie désirerait que l'on en fît une étude plus approfondie, et que l'on déterminât s'il existe, ou non, chez les femelles qui se multiplient sans accouplement préalable, quelque phénomène analogue à la fécondation déterminée d'ordinaire par l'action des spermatozoïdes sur l'œuf.

La commission est d'avis qu'il y a lieu de maintenir la question au concours pour l'année 1873.

Les mémoires, écrits en français ou en latin, seront reçus jusqu'au 1er juin.

Le prix consistera en une médaille de la valeur de trois mille francs.

Grand prix des sciences physiques (proposé pour 1871, et prorogé à 1873). — L'Académie n'a reçu aucun mémoire pour le concours du grand prix des sciences physiques pour 1871, ayant pour objet l'*Étude de la fécondation dans la classe des champignons.*

La commission à laquelle le jugement de ce concours avait été renvoyé est d'avis qu'il y a lieu de maintenir la question au concours pour l'année 1873, en fixant le terme de l'envoi des pièces du concours au 1er juin.

Les auteurs rechercheront les organes à l'aide desquels s'opère la fécondation, soit dans le groupe des Basidiosporés, soit dans celui des Thécasporés, sur lesquels on ne possède encore que des notions fort incomplètes.

Les mémoires, écrits en latin ou en français, devront être accompagnés des dessins explicatifs.

Le prix consistera en une médaille d'or de trois mille francs.

Grand prix des sciences physiques. — La question proposée est la suivante :

« Étude du mode de distribution des animaux marins du littoral de la France. »

Dans cette étude, il faudra tenir compte des profondeurs, de la direction des courants et des autres circonstances qui paraissent devoir influer sur le mode de répartition des espèces marines. Il serait intéressant de comparer sous ce rapport la faune des côtes de la Manche, de l'Océan et de la Méditerranée, en avançant le plus loin possible en pleine mer, mais l'Académie n'exclurait pas du concours un travail approfondi qui n'aurait pour objet que l'une de ces trois régions.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de trois mille francs.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1873.

PHYSIQUE.

—

Prix L. Lacaze. — Par son testament en date du 24 juillet 1865 et ses codicilles des 25 août et 22 décembre 1866, feu M. Louis Lacaze, docteur-médecin à Paris, a légué à l'Académie des sciences trois sommes de cinq mille francs chacune, dont il a réglé l'emploi de la manière suivante :

« Dans l'intime persuasion où je suis que la médecine n'avancera réellement qu'autant qu'on saura la physiologie, je laisse cinq mille francs de rente perpétuelle à l'Académie des sciences, en priant ce corps savant de vouloir bien distribuer de deux ans en deux ans, à dater de mon décès, un prix de dix mille francs (10,000 fr.) à l'auteur de l'ouvrage qui aura le plus contribué aux progrès de la physiologie. Les étrangers pourront concourir. . . . .

« Je confirme toutes les dispositions qui précèdent ; mais, outre la somme de cinq mille francs de rente perpétuelle que j'ai laissée à l'Académie des sciences de Paris pour fonder un prix de physiologie, que je maintiens ainsi qu'il est dit ci-dessus, je laisse encore à la même Académie des sciences deux sommes de cinq mille francs de rente perpétuelle, libres de tous frais d'enregistrement ou autres, destinées à fonder deux autres prix, l'un pour le meilleur travail sur la physique, l'autre pour le meilleur travail sur la chimie. Ces deux prix seront, comme celui de physiologie, distribués tous les deux ans, à perpétuité, à dater de mon décès, et seront aussi de dix mille francs chacun. Les étrangers pourront concourir. Ces sommes ne seront pas partageables, et seront données en totalité aux auteurs qui en auront été jugés dignes. Je provoque ainsi, par la fondation assez importante de ces trois prix, en Europe et peut-être ailleurs, une série continue de recherches sur les sciences naturelles, qui sont la base la moins équivoque de tout savoir humain ; et, en même temps, je pense que le jugement et la distribution de ces récompenses par l'Académie des sciences de Paris sera un titre de plus, pour ce corps illustre, au respect et à l'estime dont il jouit dans le monde entier. Si ces prix ne sont pas obtenus par des Français, au moins ils seront distribués par des Français, et par le premier corps savant de France. »

Un décret en date du 27 septembre 1869 a autorisé l'Académie à accepter cette fondation ; elle propose, en conséquence, de décerner pour la première fois, dans sa séance publique de l'année 1873, trois prix de dix mille francs chacun aux ouvrages ou mémoires qui auront le plus contribué aux progrès de la physiologie, de la physique et de la chimie.

Les travaux devront être déposés, manuscrits ou imprimés, au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1873.

Prix Bordin (à décerner en 1874). — L'Académie propose, pour sujet du prix Bordin à décerner en 1874, la question suivante :

« Rechercher, par de nouvelles expériences calorimétriques et et par la discussion des observations antérieures, quelle est la véritable température à la surface du soleil. »

Le prix consistera en une médaille de la valeur de trois mille francs.

Les mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut, avant le 1er juin 1874.

STATISTIQUE.

Prix Montyon, statistique. — Parmi les ouvrages qui auront pour objet une ou plusieurs questions relatives à la statistique de la France, celui qui, au jugement de l'Académie, contiendra les recherches les plus utiles sera couronné dans la prochaine séance publique. On considère comme admis à ce concours les mémoires envoyés en manuscrit, et ceux qui, ayant été imprimés et publiés, arrivent à la connaissance de l'Académie ; sont seuls exceptés les ouvrages des membres résidents.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de quatre cent cinquante-trois francs.

CHIMIE.

Prix Jecker. — Par un testament, en date du 13 mars 1851, feu le docteur Jecker a fait à l'Académie un legs destiné à accélérer les progrès de la chimie organique.

En conséquence, l'Académie annonce qu'elle décernera chaque année, dans sa séance publique, un ou plusieurs prix aux travaux qu'elle jugera les plus propres à hâter le progrès de cette branche de chimie.

Prix L. Lacaze. (Voir aux prix de physique.)

BOTANIQUE.

Prix Thore. — Par son testament olographe, en date du 3 juin 1863, M. François Franklin Thore a légué à l'Académie des sciences une inscription de rente de 3 pour 100 de deux cents francs, pour fonder un prix annuel à décerner « à l'auteur du meilleur mémoire sur les cryptogames cellulaires d'Europe (algues fluviatiles ou marines, mousses, lichens ou champignons), ou sur les mœurs ou l'anatomie d'une espèce d'insectes en Europe. »

Ce prix est attribué alternativement aux travaux sur les cryptogames cellulaires d'Europe et aux recherches sur les mœurs ou l'anatomie d'un insecte ; il sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, parmi ceux qui auront été adressés à l'Académie sur un sujet relatif aux mœurs ou à l'anatomie d'un insecte.

Prix de la Fons-Mélicocq. — Feu M. de la Fons-Mélicocq a légué à l'Académie des sciences, par testament en date du 4 février 1866, une rente de trois cent francs, 3 pour 100, qui devra être accumulée, et « servira à la fondation d'un prix qui sera décerné tous les trois ans au meilleur ouvrage de botanique sur le nord de la France, c'est-à-dire sur les départements du Nord, du Pas-de-Calais, des Ardennes, de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne. »

L'Académie décernera ce prix, qui consiste en une médaille de la valeur de neuf cents francs, dans sa séance publique de 1874, au meilleur ouvrage, manuscrit ou imprimé, remplissant les conditions stipulées par le testateur.

Le terme du concours est fixé au 1er juin 1874.

Prix Bordin (question proposée en 1871 pour 1873). — L'Académie propose pour le sujet du prix Bordin :

« L'étude de l'écorce des plantes dicotylédones, soit au point de vue de l'anatomie comparée de cette partie de la tige, soit au point de vue de ses fonctions. »

Malgré de nombreuses observations dans la structure de l'écorce, il reste encore bien des points obscurs relativement à l'organisation comparée de cette partie de la tige dans les différents groupes naturels du règne végétal, à la structure et au mode de formation et d'accroissement des divers tissus qui la constituent, ainsi qu'au rôle physiologique de chacun de ces tissus.

L'Académie ne demande pas aux concurrents pour ce prix d'embrasser l'ensemble si étendu de ce sujet, mais d'approfondir, par des recherches qui leur soient propres, quelques-unes des questions diverses qu'il comprend, et d'étendre ainsi nos connaissances sur l'anatomie comparée ou sur les fonctions de l'écorce.

Les mémoires, en français ou en latin, devront être adressés à l'Académie avant le 1er juin 1873.

NOTE

SUR L'ÉLÉVATION DE LA TEMPÉRATURE CENTRALE

CHEZ LES MALADES ATTEINTS DE PLEURÉSIE AIGUE ET AUXQUELS ON VIENT DE PRATIQUER LA THORACENTÈSE

Par M. le docteur A. LABOULBÈNE

(Communiquée à l'Académie des sciences, séance du 18 novembre 1872).

L'étude de la température dans les maladies a fait dans ces derniers temps des progrès considérables, mais il reste beaucoup à apprendre sur ce sujet important.

Voulant connaître l'influence produite par la soustraction du liquide épanché dans la plèvre sur la température des malades atteints de pleurésie aiguë, j'ai placé un thermomètre dans la cavité

rectale, avant et aussitôt après avoir pratiqué la thoracentèse. Je me suis assuré, de la sorte, que la température prise avec le même instrument marquait constamment après l'opération une élévation de plusieurs dixièmes de degré centigrade. On pourra en juger par les chiffres suivants :

1er fait. — Homme. Liquide retiré clair, citrin et fibrineux : 2,605 grammes.

Température rectale avant la thoracentèse. . 38°,4.
— après la thoracentèse. . 38°,6.

2e fait. — Homme. Liquide jaune foncé, un peu trouble, fibrineux : 2,000 grammes.

Température rectale avant la thoracentèse. . 38°,6
— après la thoracentèse. . 38°,9

3e fait. — Liquide un peu trouble, jaunâtre, mais avec une teinte rosée, légèrement sanguinolent : 1,050 grammes.

Température rectale avant la thoracentèse. . 38°,4
— après la thoracentèse. . 38°,7

4e fait.—Homme. Liquide clair, citrin et fibrineux : 880 grammes.

Température rectale avant la thoracentèse . . 38°,4
— après la thoracentèse . . 38°,6

5e fait. — Homme. Liquide parfaitement clair, d'un jaune ambré : 1,830 grammes.

Température rectale avant la thoracentèse. . 38°,6
— après la thoracentèse. . 38°,8

6e fait. — Homme. Liquide clair, un peu verdâtre, fibrineux : 1,360 grammes.

Température rectale avant la thoracentèse. . 38°,6
— après la thoracentèse. . 38°,8

Pour se rendre compte de l'élévation constante de la température (2 à 3 dixièmes de degré centigrade) que j'ai constatée chez les malades auxquels j'ai retiré de la sérosité pleurale, il faut apprécier l'état dans lequel se trouvaient les organes respiratoires avant et après l'opération.

Chez tous les malades, le poumon, refoulé par l'épanchement pleural, ne fonctionnait que peu ou point par suite de la compression à laquelle il était soumis. Aussitôt après l'évacuation du liquide, l'air pénétrait dans les vésicules pulmonaires, ainsi que le démontraient l'apparition de la matité à la percussion, le retour des vibrations thoraciques et la perception du murmure respiratoire à l'auscultation.

Or, les conditions organiques étant changées dans le poumon par l'enlèvement du liquide, la respiration devient ample dans les points où elle existait à peine ou point du tout. Aussi les actions qui ne se produisaient point dans le poumon comprimé, peuvent avoir lieu de nouveau dès que l'afflux sanguin pulmonaire se rapproche de l'état normal. Ces conditions nouvelles suffisent pour expliquer l'élévation de la température centrale.

Je dois dire, relativement à la température prise dans l'aisselle, qu'elle est ordinairement plus basse, après qu'avant la thoracentèse. Mais ce fait n'a rien d'extraordinaire puisqu'il faut découvrir le malade dont la cavité axillaire se refroidit pendant l'opération.

En terminant cette note, j'ajouterai qu'on ne doit point tenir compte de la chaleur du liquide pleurétique enlevé. Cette chaleur ne peut influencer la température centrale, puisque le liquide épanché dans la plèvre ne participe point aux échanges organiques de nutrition qui produisent l'élévation ordinaire de la température.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on trouve les lésions ordinaires de la péritonite aiguë : épanchement assez abondant dans lequel nagent des flocons pseudo-membraneux adhérents aux intestins, etc. Rien de particulier à noter du côté de l'anneau, où on voit la trace des deux débridements.

Le cœcum, la première portion du côlon ascendant, et la partie terminale de l'iléon furent enlevés et soigneusement examinés : — On ne trouva comme *trace possible* des deux piqûres, qu'une sorte de petite boursouflure, un peu violacée sur la face antérieure du cœcum; et il ne me paraît même pas certain que ce fût véritablement là la cicatrice d'une des deux acupunctures.

Insufflé sous l'eau, l'intestin, quoique très distendu par les gaz, ne laissa s'échapper aucune bulle d'air, la paroi était tout à fait intacte, et le cœcum restait parfaitement gonflé.

Ce fait me paraît intéressant à plusieurs points de vue. La hernie complète du cœcum n'est pas un fait très-commun, et il est plus rare encore d'observer l'étranglement de la hernie cœcale. — Dans les cas semblables au nôtre, au point de vue de la disposition du péritoine relativement à l'intestin, (et ces cas sont les plus fréquents), l'agent d'étranglement ne peut être le collet du sac, puisque le sac n'existe pas, ou qu'il est tout à fait rudimentaire. Le petit feuillet péritonéal antérieur ne peut évidemment exercer aucune action sur l'intestin. Il faut donc de toute nécessité que l'anneau soit ici l'agent constricteur. J'avoue du reste que toutes les discussions sur les rôles comparés de l'anneau ou du collet, me paraissent avoir souvent moins d'importance qu'on ne leur en prête. La distinction peut avoir sa raison d'être pour les hernies étranglées de petit volume, dures, arrondies, uniformes, ne renfermant que peu ou point de liquide et de gaz; mais dans les hernies volumineuses, qui s'étranglent comme par le mécanisme de l'engouement, dans les hernies que Malgaigne appelait *enflammées* et Goyrand (d'Aix) *étranglées au premier degré*, il me semble que les vrais phénomènes producteurs de la constriction se passent bien plutôt du côté de l'intestin hernié que du côté de l'anneau ou du collet du sac, et que la hernie *s'étrangle* plutôt qu'elle *n'est étranglée*. Je m'explique : les liquides stercoraux et les gaz qui pénètrent dans la portion herniée, les sécrétions muqueuses qui se produisent dans l'anse déplacée, augmentent son volume, et cette augmentation de volume équivalant à une diminution de diamètre de l'anneau, amène la compression du pédicule herniaire; cette compression à son tour détermine une stase sanguine, un gonflement passif ou inflammatoire des parois intestinales. Nouvel accroissement de la hernie qui redouble la constriction. Il se passe là quelque chose de tout à fait analogue à ce qui arrive lorsqu'un doigt atteint de panaris est étranglé par une bague, dont le diamètre est pourtant invariable. — C'est ainsi que je comprends la marche des phénomènes dans le cas actuel et dans beaucoup de cas de hernie étranglée.

Mais c'est surtout au point de vue de la conduite chirurgicale, à tenir dans les cas de hernie étranglée par le mécanisme de l'engouement que notre observation nous paraît instructive.

L'examen que nous avons fait de l'intestin pendant l'opération, vingt-quatre heures après les acupunctures pneumatiques, examen qui ne nous a permis de retrouver aucune trace *certaine* des piqûres faites la veille; l'examen anatomo-pathologique auquel nous avons procédé, démontrant au moyen d'une insufflation pratiquée avec une grande force que les ponctions n'ont laissé dans les parois intestinales aucune ouverture capable de livrer passage à l'air qui les distend; toutes ces constatations tendent à prouver que la ponction aspiratrice dans les hernies étranglées est toujours une pratique inoffensive.

Dans les cas d'hydropisie du sac, où l'enveloppe séreuse seule est intéressée, elle ne peut évidemment amener aucune complication. Dans le cas où l'intestin lui-même est piqué, le gonflement subit qui en résulte, permet aux fibres qui constituent la paroi intestinale de revenir sur elles-mêmes aussitôt le trocart capillaire enlevé, et de boucher immédiatement l'ouverture infiniment petite qu'a produite l'aiguille, ouverture qui devient tout de suite imperméable aux liquides et aux gaz, et dont on ne retrouve quelquefois pas de trace nette au bout de 24 heures, comme on a pu le voir plus haut.

---

(1) Fin. — Voir le numéro du 17 décembre.

Mais, on a même parfois réduit dans le ventre une anse intestinale embrochée, d'outre en outre, par le petit trocart, sur laquelle se voyaient nettement les trous de trois piqûres, et que l'on avait de plus soumis par deux fois au taxis, après chacune des ponctions; sans aucun inconvénient. M. Verneuil a tout récemment communiqué à la Société de chirurgie un fait de hernie inguinale étranglée depuis seize heures. La tumeur était fluctuante; par la ponction aspiratrice, M. Verneuil retira 400 grammes d'un liquide rosé venant du sac. Après cette évacuation, il fit une tentative de réduction qui fut inutile. Seconde ponction et aspiration; il ne sortit rien. Troisième piqûre par laquelle s'écoula une petite quantité d'un liquide rougeâtre et filant. Il refit le taxis mais ne prolongea pas les efforts. Il pratiqua alors la kélotomie; l'intestin était un peu livide, *on y voyait trois perforations, deux du second coup de trocart, une du troisième.* M. Verneuil débrida largement, lia l'épiploon, (car la hernie était une entéro-épiplocèle) et réduisit. Le malade guérit.

Ainsi l'aspiration peut ne pas amener la réduction, mais elle est incapable de produire par elle-même aucun accident sérieux ni de compromettre en aucune façon le succès final, soit que la hernie rentre par le taxis, soit qu'une opération ultérieure devienne nécessaire.

La démonstration de cette innocuité absolue de la ponction pneumatique est nécessairement de nature à encourager le courant d'opinion qui porte en ce moment tous les chirurgiens à la pratiquer dans la hernie étranglée. La conviction profonde que la piqûre ne peut laisser à sa suite aucune solution de continuité immédiate ou consécutive, aucune plaie ou ulcération qui puisse permettre le passage aux liquides intestinaux, cette conviction, dis-je, engagera les chirurgiens à être, après la piqûre, plus hardis que je ne l'ai été moi-même, et à procéder au taxis lorsque la hernie vidée et dégonflée a toutes chances de rentrer facilement. Il suffit alors quelquefois de très-légers efforts pour obtenir la réduction. M. Demarquay a cité un fait dans lequel, après l'aspiration, il suffit de presser très-légèrement de bas en haut pour sentir l'intestin rentrer dans la cavité abdominale; la guérison fut bientôt complète.

Chez mon malade je regrette vraiment d'avoir, par excès de prudence, renoncé à faire le taxis après la ponction. Il est toujours difficile de préjuger le résultat d'une manœuvre aussi capricieuse que le taxis; cependant il me semble qu'étant donné le dégonflement très-notable qu'avait subi la tumeur, j'avais des chances de succès; en tout cas, eussé-je échoué, je ne compromettais en rien la situation du malade et la réussite de l'opération future. Jusqu'à ce jour les essais de ponction pneumatique dans les hernies sont encore assez rares, et il serait téméraire de vouloir dès aujourd'hui poser des indications absolues, d'autant plus que beaucoup de chirurgiens ont encore publié leurs tentatives. M. Fleury (de Clermont) envoyait, le 31 juillet, à la Société de chirurgie une note ou il demandait des faits qui pussent établir les indications et les contre-indications du moyen thérapeutique dont nous nous occupons. C'est pour répondre à cet appel que je publie l'intéressante observation qui précède. Je ne veux certes point en tirer des conclusions prématurées, il me paraît seulement résulter des faits déjà connus, que les chirurgiens peuvent, sans crainte et en toute sécurité de conscience, appliquer l'acupuncture aspiratrice aux hernies *récemment étranglées,* aussi bien à celles qui s'étranglent par striction directe du collet ou de l'anneau, qu'à celles qui s'étranglent par le mécanisme de l'engorgement, mais c'est dans ces dernières qu'elle est particulièrement indiquée et qu'elle sera surtout efficace. On pourra après la piqûre pratiquer immédiatement le taxis.

La seule contre-indication absolue me paraît être, ainsi qu'on l'a déjà écrit du reste, celle qui résulte de l'ancienneté de l'étranglement et des doutes que l'on peut avoir sur l'intégrité de l'organe hernié; car l'aspiration des liquides et des gaz, ayant pour but de faciliter le taxis, ne doit être pratiquée que lorsque l'on est à peu près sûr de faire rentrer dans l'abdomen une anse intestinale non altérée et susceptible de reprendre ses fonctions.

M. DEMARQUAY. J'ai été heureux d'entendre dans cette note une preuve de plus du fait avancé par M. Dolbeau, à savoir l'innocuité des ponctions de l'intestin avec le trocart capillaire. Je dirai en outre que j'ai étendu l'usage des ponctions capillaires évacuatives dans l'étranglement interne; dans un cas récent, j'ai vidé des liquides et des gaz arrêtés dans l'intestin, et fait cesser le météorisme, ce qui m'a permis de préciser le siége de l'obstacle au cours des matières et de faire une entérotomie qui jusqu'ici semble couronnée de succès.

COMMUNICATION

Nature de l'amaurose dans l'intoxication saturnine. — M. DESPRÉS présente le dessin ophtholmoscopique de la rétine d'un malade observée à l'hôpital Cochin. C'est, dit-il, un cas de rétinite albuminurique, exsudat rétinien blanc circonscrivant la moitié de la papille, chez un malade qui n'a pas d'albumine dans les urines, et qui a eu depuis quinze mois les accidents complets de l'intoxication saturnine, coliques, phénomènes cérébraux et paralysie des extenseurs des mains. Ce malade avait travaillé, il y a quinze mois, à la fabrique de céruse de Clichy, milieu reconnu le plus dangereux pour les ouvriers, et avait été pris presque aussitôt d'accidents saturnins graves; mais il n'y a que trois mois que la vision s'affaiblissait progressivement.

L'amaurose a été signalée comme un des accidents de l'intoxication saturnine, et depuis que l'on a su, d'après les travaux de M. Olivier, que les saturnins avaient de l'albuminurie, la théorie indiquait d'avance la réalité du fait que je présente aujourd'hui. Le malade a eu de l'albuminurie plus ou moins fugace; à un moment donné, il y a eu rétinite albuminurique, et ce que l'on voit aujourd'hui est la terminaison d'une lésion rétinienne déjà ancienne. Ce que l'on peut dire ici de particulier, c'est que, dans l'intoxication saturnine, la rétinite a les caractères de la rétinite albuminurique, et qu'elle a une marche envahissante plus rapide que dans la rétinite albuminurique simple.

PRÉSENTATION DE MALADES

M. PRETERRE présente six malades atteints de division congéniale de la voûte palatine, auxquels il a appliqué des appareils de son invention, des voiles du palais artificiels avec lesquels la phonotion et la prononciation sont rétablies.

A cinq heures la Société se forme en comité secret.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

Séance du 11 décembre 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux.* — L'*Union médicale.* — La *Gazette hebdomadaire.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Lyon médical.* — Le *Bordeaux médical.* — Le *Bulletin médical du nord de la France.* — L'*Art dentaire.* — La *Gazette obstétricale de Paris.*

M. RIZZOLI, membre correspondant, adresse à la Société trois brochures en italien intitulées : *Absence, sur une jeune fille, de la matrice et du canal vaginal; création de ce canal; guérison. — Appareil musculaire ano-périnéal étudié sur le cadavre d'une très-jeune fille autrefois opérée d'une atrésie anale avec embouchure du rectum dans la vulve. — Grand et profond papillome de l'ombilic détruit entièrement par le caustique.*

ÉLECTION D'UN MEMBRE TITULAIRE

Les candidats sont, par lettre alphabétique :

MM. Ledentu,
Magitot,
Pollaillon.

La commission présente *ex æquo* par lettre alphabétique :

MM. Ledentu,
Pollaillon.

Au 1er tour de scrutin, sur 26 votants, ont obtenu :

M. Ledentu	3	voix
M. Magitot	11	—
M. Pollaillon	11	—
Bulletin blanc	1	—

Au 2e tour, sur 28 votants :

M. Ledentu	1	—
M. Magitot	13	—
M. Pollaillon	14	—

Au 3e tour, sur 28 votants, majorité, 15 :

M. Magitot	15	—
M. Pollaillon	12	—
Bulletin blanc	1	—

M. Magitot est élu membre titulaire.

COMMUNICATION

M. DAVAT, membre correspondant, adressse à la Société plusieurs observations relatives à l'obstétrique.

Accouchement successif de deux enfants inégaux. — Le 13 novembre passé, j'étais auprès d'une femme en couche. Le travail avait commencé la veille, et depuis plus de six heures le pied gauche de l'enfant se présentait à la vulve. Je me mis à l'œuvre sans même placer la femme au bord du lit, car j'avais affaire à une conformation régulière avec dilatation facile. Ma main droite, introduite et conduite par le membre sorti, j'arrivais dans la fosse iliaque gauche, ou j'ai rencontré les fesses de l'enfant, puis sur son dos un corps allongé que je ne pus reconnaître, et que j'abandonnai pour aller à la recherche du pied droit. Ce dernier saisi, je le rejoignis au pied gauche, et un enfant né mort depuis quelques heures fut amené avec un cordon flétri qui se déchira par quelques tractions. Cet enfant avait tous les caractères physiques qu'on accorde aux enfants à terme. J'introduisis de nouveau ma main, et je trouvai, dans la fosse iliaque gauche, un fœtus détaché de son placenta, que j'ai amené à son tour.

Ce fœtus, auquel je joins son placenta et que j'ai l'honneur d'adresser à la Société, a vécu de la vie intra-utérine pendant quelques mois seulement, et semble être mort par compression.

Il s'agissait de débarrasser la mère ; mais je désirais aussi reconnaître l'intérieur de l'utérus et me rendre un compte exact de ce qui s'y était passé. Une troisième introduction nécessitée par la déchirure du cordon, me conduisit dans la fosse iliaque droite, ou j'ai saisi le placenta de l'enfant à terme. Il y était décollé et libre. Je l'ai sorti en entier avec ses membranes et un peu de sang et d'un seul trait. La mère, fatiguée par ces manœuvres rapides qui avaient duré dix à douze minutes, souffrant aussi de douleurs de contractilité, me demanda quelques minutes de repos. Je lui en accordai cinq ou six, en la prévenant que j'avais encore un placenta à chercher. Dans ma quatrième exploration, ma main put encore facilement outrepasser le col, mais la matrice, allongée, ne formait plus qu'un canal. Sa paroi, logée dans la fosse iliaque droite, était contractée, résistante ; tandis que celle de la fosse iliaque gauche restait extensible. En longeant cette dernière, je pus arriver au sommet du plan supérieur de la matrice, la hauteur sous ombilicale, où était encore implanté et très-adhérent le placenta du fœtus. Je dus le détacher avec mes doigts. Il s'écoula un peu de sanie, et son extirpation me le montra sans les membranes de la poche, qui n'étaient qu'en lambeaux.

Voici les antécédents de la mère : C... (Marie), est âgée de 38 ans. Elle est accouchée à terme, il y a deux ans, d'un enfant présentant l'épaule, ayant exigé la version, et qui n'a pas vécu. Ses règles sont revenues quatre mois après cette couche et se sont depuis lors régulièrement suivies jusqu'en fin décembre, où elles se supprimèrent pour reparaître une seule fois le 2 du mois de mars. Cette femme, douée d'une bonne constitution, soupçonna, en février, qu'elle était enceinte ; car elle eut des tensions aux seins, des maux de cœur, des malaises, symptômes subis lors de sa première grossesse; mais l'apparition des règles, en mars, la dissuada, quoiqu'elle continuât à éprouver les mêmes phénomènes. Seulement, en avril, ces phénomènes arrivèrent deux fois au vomissement. En mai et juin, son ventre ayant pris un développement appréciable, elle perçut, dès juillet, des mouvements, et depuis lors la durée de la gestation s'est accomplie sans douleur, sans perte, sans accident, sans témoignage d'aucune sorte.

Conclusion. — La grossesse a été double. Des deux enfants venus, l'un est d'une croissance à terme ; l'autre est un fœtus incomplet, avorté.

Ce dernier est-il d'une création de décembre ou de mars, ou même consécutive ? L'insertion de son placenta est plus élevée que celle de son frère.

Quoi qu'il en soit de cette origine, il est resté mort dans le sein de sa mère, sans lui nuire, sans nuire à son frère, sans être une cause d'accouchement.

Dès lors, n'est-on pas en droit de conclure que la circulation des deux êtres a été utérinement indépendante, et qu'elle s'est exercée pour chacun par région limitée sur la matrice, et qu'enfin le décollement du placenta a été la cause unique de l'accouchement !

Il ne m'appartient pas de faire de la théorie sur la cause première des acouchements en général, mais je n'en suis pas moins convaincu que la déchirure des vaisseaux utérins joue le plus grand rôle dans l'œuvre de contractilité qui expulse l'enfant et sauve la mère des hémorrhagies : contractilité qui a prouvé, dans le cas présent, la vérité de cette doctrine de Deneux, que la matrice ne se contracte que par région et successivement.

2. Accouchement vaginal. — Une femme de 36 ans, primipare, mourut éclamptique entre les mains d'un confrère, qui avait fait de vains efforts pour amener l'enfant à l'aide des fers.

Deux heures après son décès, nous procédâmes à son ouverture, le docteur Antoine Despine et moi. Le travail d'enfantement avait duré trois jours, et les douleurs de contraction avaient cessé depuis six heures. L'enfant, retenu au détroit supérieur, était présumé mort. La ligne médiane ouverte et les parois abdominales relevées, nous vîmes d'abord qu'une infiltration sanguine occupait les tissus du bassin et que l'enfant, qui n'avait pas franchi le détroit supérieur, était entouré par une poche membraneuse solide, infiltrée de sang, et qu'au sommet de cette poche se trouvait une tumeur arrondie, charnue, du volume du poing. Les ligaments suspenseurs, participaient aussi de l'infiltration.

La poche qui contenait l'enfant, toute supérieure au détroit et qui s'étendait d'une fosse iliaque à l'autre jusqu'au-dessous de l'estomac, fut ouverte avec soin et déployée sur ses bords.

L'enfant présentait la première position, la tête enclavée dans le détroit supérieur, le dos appuyé à gauche, replié en haut, et les membres inférieurs sur le ventre. La matrice, revenue entièrement sur elle-même, l'avait expulsé, et le vagin, remonté, avait prêté à une dilatation suffisante pour le recevoir, ainsi que son placenta. Nous sortîmes l'enfant mort de sa loge. Il était baigné de sang et d'un volume ordinaire.

La plaie lavée, le col utérin nous présenta son ouverture fermée, et la matrice n'avait aucun témoignage de l'œuvre qu'elle venait d'accomplir. Sa cavité était vide et son volume normal.

La muqueuse vaginale resta noire sous le lavage. Elle était çà et là éraillée, mais sans déchirure visible, malgré les tiraillements d'exhaussement qui avaient effacé ses plis.

La paroi externe de la poche était dense, serrée. Ses mailles étaient infiltrées de sang noir déposé dans les cellules, ce qui lui donnait un aspect charnu et un épaississement supérieur du double à son état normal. Cette infiltration s'étendait de la matrice à la vulve.

L'obstacle à l'expulsion de l'enfant existait au détroit supérieur, très-rétréci.

L'accouchement dans le vagin est donc un fait réel, et dans ce cas il est probable qu'il a eu lieu pendant la vie. C'est au moins ce que semble dire l'infiltration active des organes pelviens, et les douleurs

d'expulsion qui avaient cessé quand le chirurgien fut appelé par la pauvre malade.

Cette forme d'accouchements ne demande-t-elle pas une division dans leur classification?

3. Du degré de dilatation possible du canal de l'urèthre chez la femme. — Il y a vingt ans, une femme de Méry, âgée de 47 ans, primipare, était en couches depuis deux jours, souffrant beaucoup, sans que le travail fît faire un avancement à l'enfant. Je fus appelé. Mon premier devoir fut de toucher la femme; écartant donc les grandes lèvres, mon indicateur et le médius réunis pénétrèrent sans obstacle dans un bas-fond, où je rencontrais une poche onctueuse et limitée, en arrière de laquelle je sentais la tête de l'enfant. Surpris par cet obstacle qui n'avait aucun des caractères du ballottement ni du col utérin, obstacle dont les parois se développaient comme une bourse autour de mes doigts. j'abandonnai la place et pour reconnaître la position, la femme fut mise sur le bord du lit. Les grandes lèvres écartées, je trouvai le méat urinaire béant et dilaté ainsi que son canal jusque dans la vessie. Cette dilatation était égale à une circonférence de douze centimètres, volume de mes deux doigts introduits ensemble. Cette dilatation accomplie en dix heures, lentement et progressivement par l'accoucheuse ignorante, à l'aide de son indicateur, n'avait amené que des douleurs encore moins vives que celles du travail d'enfantement, et quelques stries de sang.

Ce qui avait induit en erreur la sage femme villageoise, ce qui lui avait fait prendre le méat urinaire pour l'ouverture du vagin, c'est que ce dernier était oblitéré par une membrane d'une résistance et d'une densité considérables.

Cette membrane, placée à la profondeur de six centimètres au-dessus des caroncules, offrait un cul-de-sac présentant à son centre une ouverture égale au tube de la plume de l'aile d'un poulet, par laquelle s'était accomplie la conception. Ce cul-de-sac était un diaphragme solide s'opposant à la descente de l'enfant, et que j'incisai doublement à l'aide d'un bistouri boutonné.

Ce diaphragme était formé par un repli de la muqueuse vaginale seule, et je pus reconnaître après l'accouchement qui se termina bientôt, que les déchirures que j'avais produites s'étaient étendues de bas en haut, sans altération de la membrane externe vaginale. Au quatorzième jour, ces déchirures étaient fermées.

L'accouchée est toujours vivante... Elle a gardé pendant longtemps un incontinence d'urine, qui s'est effacée graduellement et complétement, sans remèdes, au dixième mois... Pourtant cette incontinence, qui n'a jamais reparu pendant son état de veille, se montre quelquefois pendant son sommeil.

(*A suivre.*)

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

Nous recevons la lettre suivante :

19 décembre.

Monsieur et honoré confrère,

Je vous envoie une nouvelle liste de souscription pour le buste de M. Bazin.

Grâce à votre bienveillant concours, cette souscription a très-bien marché et nous permettra de bien faire les choses. Nous pourrons, je l'espère, non-seulement déposer ce buste à l'hôpital, mais donner à M. Bazin un exemplaire semblable en bronze, et donner à chaque souscripteur une réduction en plâtre stéariné.

Le buste est achevé; il est réussi et très-ressemblant. On s'occupe de faire le bronze.

Je pense qu'il serait temps de clore cette souscription et vous prie d'annoncer sa clôture pour le 31 décembre.

Bien à vous,

Constantin Paul.

(9e liste.)

Total des listes précédentes	1,832 fr.
MM. Desormeaux (2e versement)	20
Ernest Besnier	20
Basset	20
Boireaux (de Conflans)	5
Thaon, interne des hôpitaux	10
Langronne	20
Blondel, directeur général de l'Assistance publique	20
Coustalé de Larroque	20
Total	1,967 fr.

CORRESPONDANCE

Nous sommes invités à publier la lettre suivante :

A M. de Ranse, directeur de la Gazette médicale de Paris.

Monsieur le Directeur,

Vous avez inséré une lettre de M. Beaunis, écrite sous l'impression d'un malentendu.

Dans cette lettre, M. Beaunis déclarait que M. Fournié s'attribuait indûment un procédé inventé par lui-même, M. Beaunis. De son côté M. Fournié avait, dans son mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur le fonctionnement du cerveau*, publié la déclaration suivante :

« Le procédé que nous avons découvert avait été déjà imaginé par M. le docteur Beaunis, professeur de physiologie à Nancy, comme l'a prouvé depuis l'ouverture d'un pli cacheté que l'auteur avait déposé à l'Académie de médecine pour prendre date de son invention. Mais avant l'ouverture de ce pli, avant que le secret de l'inventeur fût publié, nous avons déposé un pli analogue et écrit dans le même but à l'Académie des sciences. »

Et plus loin : « L'ouverture ultérieure du pli de M. Beaunis est venue nous prouver, non pas que la précaution fût inutile, mais que nous avions eu l'honneur de nous rencontrer avec lui sur le même terrain, inspirés tous deux par les mêmes idées. Personnellement, nous ne pouvons que nous en féliciter. »

Il y avait donc, entre ces deux messieurs, un simple malentendu, M. Beaunis n'ayant pas eu connaissance du mémoire de M. Fournié.

Après les explications loyales, échangées entre nous — témoins de MM. Beaunis et Fournié, — nous déclarons que l'incident est vidé de la façon la plus honorable pour les deux parties et qu'il ne doit rester dans l'esprit de vos lecteurs aucun doute sur la parfaite bonne foi de MM. Beaunis et Fournié.

Veuillez agréer, etc.

Pour M. Beaunis :	*Pour M. Fournié :*
Dr Berrut;	Bon de Lareinty;
Wiezerski.	Dr Le Sourd.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. de Seyne, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, est appelé à l'exercice à dater du 1er novembre 1872.

M. Carville, docteur en médecine, est nommé préparateur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Lépine, appelé à d'autres fonctions.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — Sont nommés à la Faculté de médecine de Nancy, savoir :

Chef des travaux anatomiques, M. le docteur Duval, ancien prosecteur à la Faculté de médecine de Strasbourg;

Directeur des autopsies, M. le docteur Spillmann;

Prosecteur d'anatomie, M. le docteur Valentin, suppléant à la Faculté des sciences;

Chef de clinique médicale, M. Bernheim, agrégé en exercice;
Chef de clinique chirurgicale, M. Gross, agrégé en exercice;
Chef de clinique d'accouchements, M. le docteur Marchal;
Bibliothécaire, conservateur des collections, M. Bouchard, agrégé en exercice;

Préparateur de chimie, M. Engel fils, ancien préparateur de chimie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— *Ecole de médecine de Lyon.* — Le nombre des élèves en cours d'inscription est, pour le premier trimestre de cette année scolaire, de 307, soit 37 de plus que l'année dernière à la même époque.

— Par arrêté du ministre de l'intérieur, M. le docteur Capmas, médecin à Gourdon (Lot), a été nommé médecin adjoint de la maison nationale de Charenton.

— *Hospices de Caen.* — Un concours pour une place de chirurgien adjoint des hospices aura lieu à Caen, le 24 février prochain.

— Le bureau de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance est composé de la façon suivante pour l'année 1873 :

Président honoraire, M. Husson; président, M. Lanquetin; vice-présidents, MM. Poignet et Bonvallet; secrétaire général, M. Passant, secrétaires, MM. Gibert et Baudouin; trésorier, M. Magnin; archiviste, M. Machelard; membres du conseil d'administration, MM. Pellarin, Chaillery et Donadieu.

Agenda formulaire des médecins praticiens, et Carnet de poche réunis pour 1873 :

N° 1. Reliure chagrin fermant au crayon, 3 fr. — N° 2. Reliure chagrin portefeuille, 3 fr. 50. — N° 3. Le même avec trimestres mobiles, 4 fr. — N° 4. Reliure forme serviette, trimestres mobiles, 5 fr. — N° 5. Reliure chagrin, portefeuille, trousse, poche en soie, cahier plein, 6 fr. — N° 6. Le même cahier à trimestres mobiles, 7 fr. — N° 7. Le même, trimestres, poche et portefeuille intérieur en peau, trousse, etc., 8 fr. — N° 8. Le même avec fermoir en maillechort, etc., 9 fr. — Broché, couverture imprimée, 1 fr. 75. — Cahier plein, doré sur tranche, 2 fr. 50. — Cahier avec trimestres mobiles recouvert en soie, 3 fr.

Le Directeur : Dr E. Le Soudd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS: Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Noël, le journal ne paraîtra pas Jeudi.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — ASILE D'ALIÉNÉS DE BICÊTRE. Aphasie peu commune. Amélioration voisine de la guérison (M. Berthier). — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — VARIÉTÉS : Les livres d'étrennes. — Nécrologie. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 23 décembre 1872.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

M. le président de l'Institut informe l'Académie que l'Institut tiendra sa première séance générale de 1873 le mercredi 8 janvier.

— M. Dumas, secrétaire perpétuel, mentionne une réclamation de M. Beaunis, relativement aux procédés d'expérimentation employés par M. le docteur E. Fournié, et une lettre de ce dernier, qui donne à ce sujet des explications jugées péremptoires par lui, M. Dumas.

— La commission chargée de juger les concours dits des *arts insalubres*, pour 1872, sera formée de MM. Chèvreul, Morin, Boussingault, Dumas et Peligot.

— La commission chargée de juger le concours du prix Barbier, pour 1872, sera formée de MM. Bussy, Cloquet, Cl. Bernard, Bouillaud et Brongniart.

— Plusieurs communications sur le *phyloxera* sont adressées par MM. Duclaux, Max Cornu, Shore et Alderby.

— M. le docteur Decaisne présente une note sur l'usage et le mode d'action de l'huile de foie de morue en thérapeutique. Notre honoré confrère conclut à la nécessité de donner ce médicament aux repas et non dans leur intervalle.

ASILE D'ALIÉNÉS DE BICÊTRE. — M. BERTHIER.

Aphasie peu commune. — Amélioration voisine de la guérison.

(Observation recueillie par M. JOUGLA.)

G... était employé, comme mécanicien, à bord des bateaux-mouches. Un jour qu'il remontait la Seine, il fut pris subitement d'une impossibilité complète de parler. Il comprenait ce qu'il voulait dire, mais il lui était impossible de l'exprimer. Quoique sa tête fût un peu lourde, son intelligence était conservée, puisqu'il a raconté avec détails tout ce qui s'est alors passé. « Arrivé à la dernière station, je me trouvai, dit-il, en présence de l'employé supérieur de l'administration, qui s'aperçut rapidement de mon état. Ce monsieur avait une voiture, il me conduisit au poste de police voisin, puis on me transporta à la Préfecture de police. Pendant un jour, je me demandai ce qui se passait et ce que l'on allait faire de moi. Je voulais en converser, donner mon adresse, celle de mes enfants ; je ne pouvais dire un mot. Je me trouvais, du reste, en bonne santé, marchant facilement, ayant bon appétit, bon sommeil. »

Le médecin du Dépôt de la Préfecture de police le reconnut atteint de stupeur avec incohérence, vice d'articulation et état fébrile.

Le médecin de Sainte-Anne constata une obtusion des facultés mentales avec confusion dans les idées et impossibilité de répondre ; écoutant quand on lui parlait, et prononçant ensuite quelques mots incohérents.

Enfin, à Bicêtre, où il entra le 9 décembre 1871, M. Berthier formula le certificat suivant :

« Est incapable de relier deux idées, de se rappeler la moindre des choses. Il est difficile de voir une mémoire aussi affaiblie ; en l'entendant parler, on croirait entendre un homme qui bégaie dans une langue étrangère dont il ne connaît que quelques mots ; se déclare pourtant ajusteur mécanicien, employé chez un fabricant de dragues. Il ajoute qu'il est né à Grenoble, et que son père est médecin ; a une conscience vague de sa position. »

Le certificat de quinzaine fut confirmatif du premier : « Est remarquable par une perte de mémoire qui ne lui permet ni de relier les mots entre eux, ni de trouver la syllabe finale pour les terminer, s'ils sont un peu longs. Bégaiement très-prononcé ; calme, docile, propre. »

Comme il est difficile de dépeindre l'altération de la parole, qui est le fait capital de cette histoire, nous croyons que le récit des divers interrogatoires en donnera une meilleure idée que la plus fidèle description.

6 *janvier* 1871. — D. Depuis quand êtes-vous à Paris ?

R. Je vais vous le dire. Il doit y avoir trois semai... 3, 1, 2, 3, ma femme qui était avec moi... un, trois ans, trois années.

D. Avez-vous connu M. Viard ?

R. Oui, monsieur, j'ai connu deux fois, avec mes enfants, je les ai eus avec ma Gabrielle.

D. Que fait M. Viard ?

R. Pour... pour... fumeur ; non, parfumeur.

D. Vous me disiez qu'il était bijoutier ?

R. Oui, non, si... bijou... fleur... par... parjoutier... parfumeur.

D. Et M. Martin, le connaissez-vous ?

R. Il est mon parent.

D. Où demeure-t-il ?

R. Je vais vous chercher mes papiers.

D. Mais non ; où demeure-t-il ?

R. (*Cherchant.*) Je sais où cela est. Il faut traverser la Sône... la Seine... (*Désignant les internes.*) Là, oci, ces messieurs vont... (*S'impatientant.*) Je suis obligé de me vendre, non, de me rendre... J'ai mon bon sens, mais je ne peux pas même... où est ma petite cheux M. Valari.

D. Où demeure-t-elle cette dame ?

R. M. Martin, n'est-ce pas ?

D. Non. (*Désignant le pharmacien du service.*) Que fait monsieur, ici ?

R. La médic..., non, monsieur est acteur ; monsieur est destin à être médecin.

D. Que tient-il à la main ?

R. Ça, c'est un car... un car... un carnet.

D. Un cahier ?

R. Oui.

D. G..., répétez ce que je vais dire : les préparations.

R. Les praparations.

D. Pharmaceutiques.

R. Pharmasticotiques, pharmaçoliques.

D. Vous n'étiez donc jamais entré dans une pharmacie ?

R. Mais, si.

D. Qu'y avez-vous acheté ?

R. Un par... un pargatif... un parquet.

D. Que faites-vous pendant la journée ? Ne lisez-vous pas ?

R. J'ai voulu lire, mais je ne peux pas.

D. (*Donnant au malade le* Journal des Débats, *et lui indiquant le Premier-Paris.*) Lisez !

R. (Ceci est tout à fait textuel.)

« Farce quatrième baudier. La chronicul... la candiculture de M. Vautrain gar garner tour toujours jour du terrain, du perrain, les constances sans des constatio la veroute la verou, rouvrent commune n'est sourd du moutif. »

Voici maintenant la phrase des *Débats* :

« France, Paris, 4 janvier. La candidature de M. Vautrain gagne tous les jours du terrain ; les circonstances la favorisent, et on peut la considérer comme une nécessité du moment. »

7 *janvier* 1872. — D. Nous allons vous faire faire une lecture.

R. J'ai la voue bien faible ; je ne puis guère plus loure. Je remarque que, quand je parle, ce n'est plus la même langue qu'autrefois.

D. Voulez-vous épeler l'en-tête du cahier de visite ?

R. (Il épèle parfaitement chaque syllabe et la prononce très-bien isolément ; mais dès qu'il faut former les mots et les prononcer, il intervertit la place des syllabes, et même quelquefois change leur composition. Ainsi il dit parfaitement les mots « alimentaires, établissements, » chaque syllabe étant séparée, mais il prononce « amoulitaire et entalismauson. »

On lui montre une couverture, et, pour la désigner, il prononce « étureture » ; mais il sent très-bien qu'il se trompe.)

20 *janvier* 1872. — L'intelligence qui semble, au premier abord conservée chez ce malade, a subi, à n'en pas douter, une atteinte grave. Nous remarquons, en effet, que G..., lorsque l'on cause avec lui d'une façon suivie, répond avec beaucoup de sens. Mais si l'on change le sujet de la conversation, il continue à répondre comme s'il s'agissait du précédent. Nous constatons, en outre, qu'il comprend lentement ce que l'on veut lui faire faire, et certaines épreuves auxquelles on l'a soumis n'ont pu être faites qu'après de longues explications.

Nous l'avons prié de chanter et de dessiner : le chant et le dessin ont passé par les mêmes phases ; d'incohérents, ils sont devenus plus ou moins bizarres, puis simplement difficiles, et ont fini par s'opérer aussi convenablement que l'écriture, dont nous jugerons bientôt.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 décembre 1872 (1). — Présidence de M. Dolbeau.

LECTURE

Ponction aspiratrice dans les hernies. — M. Dieulafoy lit un mémoire sur ce sujet. (Commissaires, MM. Saint-Germain, Verneuil et Dubrueil).

DISCUSSION

Rétrécissement du rectum. Traitement par la rectotomie. — M. Verneuil. M. Panas a apporté un précieux appoint à mes idées.

L'insuffisance des procédés classiques dans les cas graves de rétrécissement du rectum nécessite une pratique différente de celle qui était autrefois employée ; une section complète du rétrécissement et du segment sous-jacent de l'intestin avec division du sphincter, M. Panas l'a constaté comme moi, donne l'amélioration prompte des accidents et l'agrandissement du point rétréci.

La pièce de M. Panas démontre bien ce dernier point. La rectotomie complète doit désormais prendre rang dans la thérapeutique des rétrécissements et constituer une méthode. Ceci n'est plus discutable.

Mais il y a la question d'exécution, en d'autres termes la question des procédés. Elle est ici d'une importance incontestable. J'ai employé *l'écraseur linéaire*, M. Panas a employé *le bistouri*. Deux procédés sont donc en présence. Ils ont fait leur preuves dans le passé, reste à savoir lequel des deux doit être préféré dans l'avenir si, comme je l'espère, la rectotomie longitudinale passe dans la pratique. Je pensais que M. Panas ferait le parallèle, mais il n'a pas abordé la question, bien qu'elle intéresse beaucoup le praticien. Je vais donc l'examiner devant vous, et tout en félicitant mon jeune collègue d'avoir imaginé de son côté une opération utile, je vais chercher à démontrer la supériorité de mon procédé sur le sien.

Je fais à l'incision de la paroi rectale par l'instrument tranchant divers reproches. Elle expose à l'hémorrhagie. Si faible que soit celle-ci, elle peut être dangereuse si le sujet est très-affaibli, ce qui est commun dans les rétrécissements anciens du rectum. Si elle est forte, elle exige le tamponnement, difficile à bien pratiquer. Elle est pénible pour le malade. Elle prédispose à des inflammations graves des tissus péri-rectaux et peut amener la rétention, au moins momentanée, des matières fécales et des gaz.

Elle expose à des inoculations septiques par le fait du contact des matières intestinales avec la plaie récente, d'où des lymphangites et des érysipèles, que j'ai malheureusment observés après la fistule anale, la création de l'anus artificiel périnéal et d'autres opérations sanglantes sur l'anus et les procédés autoplastiques pour un rétrécissement anal.

Si l'incision ne donne pas d'écartement des lèvres, il y a des chances de réunion partielle, et alors on est dans la nécessité d'appliquer des mèches, une canule creuse, qui sont difficiles à placer et à maintenir, ce qui cause des douleurs et de l'inflammation.

Mais, dira-t-on, comment savez-vous tout cela, si vous ne l'avez jamais employé ? Je l'ai employé dans une autre opération, la *fistule anale*.

Je l'ai déjà dit, la rectotomie pour rétrécissement est très-analogue à l'opération de la fistule anale.

Or, pour les fistules anales tant soit peu étendues, j'ai abandonné complétement le bistouri et j'ai adopté l'écraseur.

Quelquefois j'ai associé le fer rouge, dans les cas graves. J'ai supprimé absolument tout corps étranger, à l'exemple d'Alquié et d'autres. Depuis plus de quinze ans, jamais je ne m'en suis repenti.

---

(1) Fin. — Voir les numéros des 17 et 21 décembre.

J'ai opéré des malades qui sont presque morts d'hémorrhagie à la suite de fistule anale de moyenne étendue opérée avec le bistouri.

Ces objections à l'instrument tranchant, je les ai faites en 1863, dès ma première rectotomie pour rétrécissement.

Jamais je n'aurais osé inciser la masse indurée au bistouri, tant elle était épaisse et remontait haut. Depuis, j'ai persévéré.

Je ne vois pas d'objections à l'écraseur. Aucune n'est réellement sérieuse. L'opération n'est pas plus longue ni plus douloureuse. Le passage de la chaîne est parfois laborieux, mais que d'avantages en revanche.

Des rétrécissements du rectum graves ont été opérés de la sorte, et chez les malades que j'ai revus, la vie ne paraissait pas immédiatement menacée.

Quiconque propose une opération radicale doit s'attacher à ce qu'elle ne soit pas trop difficile, ni surtout trop dangereuse immédiatement, sans quoi les patients n'oseront pas l'accepter. Beaucoup seront effrayés du bistouri, tandis que chez tous on pourra appliquer la chaîne à écraseur, qui n'offre point de difficulté réelle.

Un peu de peine, de fatigue pour le chirurgien, voilà tout.

L'emploi de la chaîne à écraseur est un procédé d'élection, le plus facile de tous.

Un dernier mot. Tout en préférant la section avec l'écraseur, j'adopterais la rectotomie au lieu d'élection avec le bistouri, mais avec emploi du fer rouge, mais je n'aurais point recours au bistouri de préférence.

M. DESPRÉS. J'ai vu plusieurs cas de rétrécissement du rectum, j'en ai vu qui naissaient, j'en ai vu qui se terminaient par la mort; les uns étaient constitués par des valvules, les autres étaient des rétrécissements fibreux étendus formant une virole fibreuse irrégulière et provenant de la cicatrisation d'une vaste ulcération chancreuse. Des malades avaient été opérés, il y avait eu des sections répétées du rétrécissement. Les malades qui ont de ces rétrécissement ne guérissent pas par les opérations, car il en est de ces rétrécissements comme des rétrécisssments de l'urèthre et de l'œsophage, on ne peut leur opposer que des palliatifs, la dilatation longtemps répétée, et avec mesure. Mais les malades se fatiguent, ils oublient ou négligent de dilater, alors arrive l'ulcération située au-dessus du rétrécissement et qu'a si bien indiquée M. Gosselin, puis la colite et les malades finissent par mourir d'une tuberculose péritonéale ou pulmonaire. Cette échéance est à peu près certaine, on en trouve la preuve dans les faits publiés dans une observation de M. Verneuil et dans une de M. Panas. C'est au bout de dix et douze ans que cette fin arrive. J'ai vu des malades opérés par d'autres chirurgiens que moi, aboutir à la colite et à la tuberculose après des sections simples du rétrécissement, et après même l'ablation du rétrécissement.

La rectotomie ne peut avoir d'effet que si le rétrécissement est une simple valvule. Mais si le rétrécissement est un anneau fibreux la section n'est pas capable d'amener la guérison, et cela est si vrai que l'on est obligé de joindre à la section la dilatation avec la canule ou les mèches. Les observations de MM. Panas et Verneuil même en font foi. Je tiens à la disposition de la société les observations que je possède, et sur lesquelles je m'appuie pour dire qu'il faut ici faire une restriction et se mettre en garde contre des espérances que pourraient faire naître les opérations de rectotomie eu égard à la guérison radicale du rétrécissement fibreux du rectum. Nous n'avons contre ceux-ci qu'un moyen palliatif, la dilatation.

M. PANAS. Mon procédé permet de bien voir le rétrécissement, l'hémorrhagie n'est pas à redouter, car on peut l'éviter. Je reconnais pourtant que pour les rétrécissements situés très-haut l'écraseur linéaire est préférable au bistouri; j'ai d'ailleurs beaucoup d'estime pour l'écraseur linéaire; la prédisposition aux érysipèles, je ne la nie point lorsqu'on emploie le bistouri, mais c'est une question de fait. Après l'opération, il faut dilater avec les canules et il le faut dès le premier mois. Comme M. Després je crois que la rectotomie, n'est pas entièrement curative et qu'elle a besoin d'être secondée par la dilatation.

Quant à l'opération en elle-même, telle que je la conçois, elle me paraît meilleure que la section avec l'écraseur; car, après avoir débridé l'anus, je coupe le rétrécissement en respectant l'intestin, je gradue l'incision et je puis ne pas dépasser les limites du mal, ce qui est un avantage. Enfin, et ceci est pour répondre à l'objection de M. Després, les résultats des incisions telles qu'elles étaient pratiquées autrefois, c'est-à-dire la rectotomie interne, ne peuvent permettre de juger la rectotomie externe, et c'est ce que je disais à M. Gosselin, qui ne jugeait pas nouvelle l'opération que j'ai proposée.

M. VERNEUIL. M. Panas et moi, nous sommes d'accord quant à l'utilité de l'opération de la rectotomie. M. Després est trop exclusif lorsqu'il attribue les rétrécissements fibreux du rectum à des chancres anciens. S'il a raison pour un certain nombre de cas, il y a des faits où le rétrécissement ne reconnaît pas cette origine. Maintenant M. Després dit qu'aucune opération ne peut guérir, mais compte-t-il les faits de guérison que j'ai obtenus chez des malades opérés il y a neuf ans? Les opérés se portent aujourd'hui dans la perfection. Ils ne souffrent point et ne s'aperçoivent pas de leur mal. Il est vrai que je n'ai point pratiqué le toucher rectal. La dilatation, dit notre collègue, est le meilleur palliatif à employer, mais elle est dangereuse; il y a des cas de mort à la suite d'une simple exploration avec le doigt. Le traitement par la dilatation expose à de nombreuses récidives. Lorsqu'il y a des tissus indurés, on ne fait rien même lorsqu'on seconde la dilatation par les scarifications.

M. Panas dit qu'il n'a point vu d'érysipèle à la suite des opérations qu'il a faites, moi j'en ai vu à la suite de fistules à l'anus opérées. C'est là une question de faits observés par les uns plutôt que par les autres; mais cela ne juge point le fond.

M. DESPRÉS. Il est si vrai que les chancres ont été le point de départ des rétrécissements que j'ai vu de véritables fistules opérées par des chirurgiens non prévenus qui ont été suivies de chancres de la plaie de l'opération de la fistule. Les fistules multiples qui accompagnent certains rétrécissements sont l'extension de l'ulcération phagédénique primitive. Les rétrécissements fibreux qui suivent ces ulcérations sont des cicatrices qui, même après leur ablation, ne peuvent guérir, et il ne reste toujours que la dilatation palliative qui soit réellement utile; encore, au bout de dix à douze ans, les malades finissent par succomber. Je ne parle pas, bien entendu, de ceux qui n'ont qu'une simple valvule, je parle de ceux qui ont un rétrécissement fibreux.

M. FORGET. Il y a deux opérations en présence : l'une incise le rétrécissement et l'intestin, l'autre n'incise que le rétrécissement. Le praticien qui lit nos discussions sera très-embarrassé en face d'affirmations exposées avec l'autorité que possèdent nos collègues.

M. Panas évite d'atteindre le tissu cellulaire pelvien, il agit comme on l'a recommandé pour les rétrécissements de l'urèthre, tandis que la méthode de M. Verneuil conduit à sectionner tout l'intestin. J'ai suivi Lisfranc pendant qu'il établissait les règles pour l'ablation du rectum et l'étude des dégâts occasionnés par une opération telle que la section de l'intestin rectum dans son entier doit donc être étudiée an point de vue de l'anatomie chirurgicale, ce que M. Verneuil est plus à même que qui que ce soit de discuter savamment. Je crois d'ailleurs, comme M. Després, que la rectotomie n'est qu'une opération palliative, et pour me résumer, je dirai que, des deux procédés, celui que j'aimerais peut-être le mieux serait l'opération de M. Panas.

M. VERNEUIL. Les praticiens et les élèves trouveront amplement, dans ma communication, les documents nécessaires pour les édifier.

PRÉSENTATION DE MALADE

Division congénitale de toute la longueur de la voûte palatine. Uranoplastie. Guérison. — M. LANNELONGUE présente un enfant de dix ans qui est entré dans son service à l'hôpital de la Charité pour une division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais, avec un bec-de-lièvre concomitant.

Pour combler la division de la voûte palatine, dit il, j'ai eu recours au procédé que j'ai imaginé il y a plus d'un an aujourd'hui et que j'ai mis à exécution sur un jeune homme de 17 ans que la Société a pu examiner. Dans ce procédé autoplastique, l'emprunt du lambeau se fait sur la cloison des fosses nasales, et j'applique le bord libre de ce lambeau fibro-muqueux sur une des branches de la division palatine préalablement avivée.

Le procédé que j'ai adopté, qu'on pourrait appeler procédé nasal, a pleinement réussi. La solution de continuité est aujourd'hui comblée par une paroi épaisse, dense, dure même, qui semble déjà annoncer le travail d'ostéogénèse qui s'accomplit dans le lambeau.

Voici l'observation :

C... (Auguste), âgé de 10 ans, entre le 13 octobre salle Sainte-Vierge, n° 27, service de M. Gosselin, suppléé par M. Lannelongue.

Sur la lèvre supérieure, la division se trouve à gauche de la ligne médiane, au-dessous de la narine gauche, la lèvre droite se terminant au dessous de la cloison des fosses nasales, et la lèvre gauche un peu en dedans du bord externe de la narine gauche. La fente est plus large en bas, où elle a 3 centimètres de largeur, qu'en haut, où elle n'en présente que 1 1/2. Dans cette fente, apparaît l'incision supérieure médiane gauche, un peu contournée d'arrière en avant et de gauche à droite, de façon à présenter son bord gauche en avant. Le nez est fortement dévié à droite et la cavité de la narine droite très-diminuée au profit de la gauche. Division complète de l'arcade dentaire entre la première et la seconde incisive gauches, avec écartement de près de 2 centimètres. La seconde incisive gauche et la canine sont très-petites relativement aux autres dents. A ce niveau, la voûte palatine est le siége d'une large fissure, qui la parcourt dans toute son étendue ; elle est partout large de 1 centimètre 1/2, sauf en un point plus rétréci, où elle atteint à peine 1 centimètre 1/4. Ce point correspond à la jonction des deux tiers supérieurs avec le tiers antérieur de la fissure, c'est-à-dire à l'endroit où, de directe d'arrière en avant, elle devient oblique de droite à gauche. En effet, cette fissure, commençant en arrière sur la ligne médiane, se dévie, une fois arrivée au niveau de l'orifice du canal palatin antérieur, pour aboutir entre la première et la deuxième incisive gauches. Le voile du palais est complétement divisé sur la ligne médiane, et une moitié de la luette se trouve de chaque côté, sous forme d'un tubercule charnu.

Voix très-nasonnée, paroles peu compréhensibles. Déglutition facile des solides et des liquides, non suivie de toux ; les liquides ne passent pas par le nez — sens de l'olfaction peu délicat. — Lettres impossibles à faire bien prononcer : *e i u c d g j k l q r s t*.

M. Lannelongue décida qu'il s'occuperait d'abord de la restauration de la voûte palatine, ensuite de la staphyloraphie, et, en dernier lieu, du bec-de-lièvre.

19 octobre. L'opération est pratiquée sans anesthésie. On arrache la première incisive gauche supérieure. Le malade étant placé assis en face du jour, la tête penché en arrière et maintenue par un aide, les lèvres et les bords de la fissure sont écartés par des crochets. Avec un bistouri à long manche, à lame étroite et courte, le chirurgien pratique sur la cloison des fosses nasales une incision antéro-postérieure, située à environ 2 centimètres au-dessus du bord inférieur de la cloison : en avant et en arrière, il rejoint la voûte palatine par une incision verticale. Avec une rugine coudée, on détache ce lambeau, dont le pédicule s'étend sur toute la longueur de la ligne de jonction de la cloison des fosses nasales avec la voûte palatine, formant comme un volet que vient fermer la fissure de la voûte, en se rabattant de telle sorte que sa surface saignante regarde du côté de la fosse nasale et sa surface muqueuse du côté de la bouche. On remarque que l'épaisseur de ce lambeau est d'au moins 2 millimètres. La muqueuse palatine recouvrant la lèvre gauche de la fissure est avivée au bistouri dans toute sa longueur et sur une largeur d'un demi-centimètre (légère hémorrhagie fournie par une artériole et réprimée par la torsion). L'affrontement du bord libre du lambeau avec cette surface avivée se fait facilement, et on le maintient à l'aide de quatre points de suture métallique. Le malade, reconduit à son lit, sommeille presque toute la journée.

20 octobre. Nuit bonne. Bouillon et lait.

23 octobre. Potage et lait. L'adhésion est déjà faite ; une suture métallique est enlevée.

31 octobre. Un nouveau fil métallique est enlevé.

1er novembre. Les deux derniers fils sont enlevés ; l'adhérence est totale et solide.

10 novembre. Le lambeau, qui était primitivement rouge, a pris une teinte beaucoup moins vive ; son épiderme est devenu plus dur ; enfin il présente au doigt qui le presse une consistance qui pourrait déjà faire supposer le début d'un travail d'ostéogenèse.

PRÉSENTATION D'INSTRUMENT

M. GISSEY soumet à l'appréciation de la Société un modèle de ressort et de verrou de son invention, applicable aux pinces coupantes de Liston et autres.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire : ARMAND DESPRÉS.

VARIÉTÉS

Les livres d'étrennes.

Nous voici revenus aux bons jours où l'on peut penser aux plaisirs de l'intelligence, et où l'approche du jour de l'an nous fait rechercher ce qui peut plaire à nos enfants, à nos amis et un peu à nous-mêmes.

Parmi les livres qui peuvent nous intéresser, nous, médecins, citons en première ligne ce curieux livre qui, sous le nom de *Livre de la Pâtisserie* (1), vient réjouir notre vue et réveiller toutes les fibres exquises de notre sensualité. Le médecin a une réputation à soutenir, et, certes, l'œuvre de M. Gouffé est bien faite pour l'aider en cette circonstance.

La Pâtisserie est un livre de cuisine, mais quelle cuisine ! et comme il vient bien compléter cette trilogie qui doit faire passer M. Gouffé à la postérité. Ce n'est pas seulement un livre clair, bien écrit, scientifique ; c'est une œuvre d'art qui se place naturellement à côté du *Livre de cuisine* et du *Livre des conserves*. On ne peut se défendre d'un mouvement de surprise en voyant un luxe de si bon goût appliqué à un livre ordinairement si étranger à l'art.

A côté de ce livre que sauront si bien apprécier les maîtresses de maison, voici un de ces ouvrages qui semblent continuer en les développant les travaux de M. Figuier.

La *France industrielle* (2) nous montre, dépouillé de tout ce qui pourrait effrayer de jeunes intelligences, le récit de ces grandes industries qui font la gloire et la richesse de notre pays. L'exploration des mines et des carrières, les industries préparatoires (fonderie, quincaillerie, coutellerie, produits chimiques, caoutchouc, gutta-percha, etc.) : les industries de l'alimentation ; celles du vêtement et de la toilette, du logement et de l'ameublement ; rien n'est oublié, et certes, voilà, sous une forme neuve et bien à la portée de la jeunesse, un livre d'hygiène appliquée. Nous signalons à l'auteur le parti qu'il en pourra tirer dans les nouvelles éditions.

L'hygiène physique n'est pas seule représentée, voici l'hygiène morale dans les industries satisfaisant aux besoins intellectuels. M. Paul Poiré a écrit un bon, un excellent livre que nous pouvons placer en toute sûreté dans les mains de nos enfants. Ils y trouveront une instruction pleine de charme et de facilité.

---

(1) In-8° jésus, illustré de 137 gravures et de 10 chromo-lithographies. — Prix broché, 20 fr. — Paris, 1873. L. Hachette et Cie.

(2) In-8° raisin, 442 gravures et chromo-lithographies. — Prix broché, 10 fr. — Paris, 1873. L. Hachette et Cie.

Si nous désirons un livre de science plus grave, où l'esprit travaille plus sérieusement, sans le secours des illustrations; voici l'histoire, de la botanique et de la minéralogie (1), par le docteur Hœfer. Il y a bien des années que M. Hœfer est sur la brèche. Autrefois, il publiait ces Dictionnaires si précieux pour nos bibliothèques modernes. Aujourd'hui les sciences physiques et naturelles trouvent en lui un historien aimable en même temps que très-consciencieux. Son *Histoire de la botanique* est le digne pendant de son *Histoire de la physique et de la chimie* (2). Armé de ces deux livres, on peut se rendre un compte exact de ces grandes transformations de l'esprit humain, et l'on peut suivre pas à pas les travaux des illustres savants qui nous ont fait la science telle que nous la connaissons aujourd'hui. Résumé précieux à mettre dans nos mains, ces livres tiennent une place importante dans l'histoire universelle des choses et des idées.

Rappellerons-nous à nos lecteurs ces charmants livres de la *Bibliothèque des merveilles*, où l'amateur, le savant ou le curieux n'a que la difficulté du choix? Prenez au hasard un de ces livres, que ce soit *les Merveilles de la chimie*, de M. Herrypon, ou *les Plantes étudiées au microscope*, par M. Girard (3), vous ne pouvez avoir que la main heureuse. Une lecture facile, des illustrations soignées, une science véritable et un bon marché remarquable, telles sont les conditions qui établissent le succès incontestable de cette collection.

On nous pardonnera ici un souvenir funèbre, mais hélas! il vient s'imposer à notre esprit au moment où nous parlons de ces livres qui font aimer la science. Il y a quelques jours à peine, succombait un de ces hommes qui laissent derrière eux une grande trace lumineuse. Pouchet, le savant directeur du muséum de Rouen, à côté des œuvres immenses qui ont immortalisé son nom, a su descendre lui aussi un jour des hauteurs où il planait. Il a daigné se faire vulgarisateur, et *l'Univers, les Infiniment grands et les infiniment petits* (4) resteront, pour la jeunesse et les gens du monde, une œuvre des plus précieuses, que l'on consultera toujours avec intérêt et surtout qu'on lira avec le plus grand profit; — qu'on ne s'y méprenne pas, ce livre ne le cède pas en sérieux au luxe avec lequel il a été édité, et la gravure, qui joue [illegible] garisation de la science, est ici prodiguée. C'est un des meilleurs livres à donner à un jeune savant.

Mais voulez-vous une de ces œuvres magistrales que tout homme de science doit avoir sous la main? N'oubliez pas que le *Dictionnaire de la langue française* (5) vient, par une coïncidence des plus heureuses, de se terminer par la mise en vente de sa 30e livraison. C'est là — et qui a ouvert ce livre sera bien de notre avis — le plus remarquable des ouvrages de cette année : et nous souhaitons à nos confrères de placer — pour leurs étrennes — ce magnifique ouvrage dans leur bibliothèque.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que des ouvrages élémentaires, et il nous reste cependant à signaler *les Mines* (6), par M. Wirtz. Ce livre est le développement des plus instructifs de ces industries si peu connues dans de nombreuses provinces de nos pays. On verra avec un intérêt des plus vifs la vie de ces populations qui passent leur vie loin des bienfaisants rayons du soleil. Dans ce livre, on apprendra ce que la science et le dévouement ont fait pour le développement de ces travaux si pénibles et cependant si nécessaires. Les *Mines* méritent une place dans la bibliothèque de la jeunesse, et les publications de ce genre méritent l'approbation de tous ceux qui s'intéressent à l'instruction des générations nouvelles.

Que dire maintenant de ce *Vocabulaire illustré* (7), dans lequel MM. Lebrun, Hamilton et Heumann, ont si bien résumé un besoin de nos jours? Chaque mot, reproduit en trois langues (français, anglais et allemand), laisse dans l'esprit de l'enfant une trace ineffaçable au moyen d'une illustration. Et que d'illustrations! 3,350 gravures font de ce vocabulaire un album plein d'intérêt. Heureux enfants! Mais nous-mêmes ouvrons ce livre, cherchons un mot, puis un autre, regardons, lisons et voici que les langues étrangères vont laisser leur empreinte, et à notre grand étonnement, nous allons nous surprendre retenant ces mots qui, jusqu'ici, nous semblaient si difficiles. Apprendre en se jouant une ou deux langues, sera certainement le but auquel toucheront ceux qui pratiqueront un peu le *Vocabulaire illustré*.

Ne finissons pas cette petite causerie sans annoncer que l'*Histoire populaire de France* (1), par Henri Martin, vient de s'enrichir de deux volumes sur les quatre qui doivent compléter cet ouvrage; trois sont donc en vente. Inutile d'insister sur l'œuvre de notre grand historien; il suffit de la rappeler à l'attention du lecteur.

(1-2) In-12.— Chaque volume broché, 4 fr. — Paris, L. Hachette et Ce.
(3) In-12.—Chaque volume broché, 2 fr. 25. — Paris, L. Hachette et Ce.
(4) Grand in-8o. (343 vignettes et 4 planches en couleur). — Prix broché, 20 fr. — Paris, 1873. L. Hachette et Ce.
(5) Grand in-4o à trois colonnes, près de 5,000 pages. Broché en 4 vol. — Prix, 100. — L'ouvrage se vend aussi en 30 livraisons à 3 fr. 50.
(6) In-8o. — Prix, 10 fr. — Furne, Jouvet et Ce.
(7) Grand in-4o cartonné. — Prix, 12 fr. — 1873, Furne, Jouvet et Ce.

(1) Grand in-4o à 2 col. — Prix du vol., 8 fr. — Furne, Jouvet et Ce.

NÉCROLOGIE

Le corps médical de Paris vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. le docteur Étienne-Joseph Jacquemin, chevalier de la Légion-d'honneur, médecin en chef honoraire de Mazas, décédé le 20 de ce mois, à l'âge de 77 ans. M. le docteur Lunier, président de la Société de médecine de Paris, société que le docteur Jacquemin avait présidée lui-même et dont il était membre depuis longues années, a rappelé, en quelques paroles émues, les titres réels de notre regretté confrère aux vives sympathies de ses collègues, à l'affection profonde de ses nombreux amis, et à la reconnaissance si méritée des malades et surtout des malades pauvres pour lesquels la porte de son cabinet n'est jamais restée, un seul jour, fermée pendant plus de cinquante ans. M. le docteur de Beauvais a également, par quelques mots partis du cœur, montré avec quel dévouement, avec quelle bienveillance envers les prisonniers, le docteur [illegible] des prisons. En lui succédant à Mazas, comme médecin en chef, il n'aura, dit-il, qu'à suivre les traces de son long et bienfaisant passage dans cet important établissement pénitentiaire, pour être assuré à l'avance qu'il ne pourra jamais faiblir sous le poids du lourd fardeau qui lui est aujourd'hui confié. Ces trésors de dévouement et d'abnégation, Jacquemin les avait hérités lui-même de son père, membre de l'Académie de médecine, comme lui médecin des prisons, et dont le nom était aimé et respecté à l'égal du sien, dans ce même quartier du Temple où notre confrère est né, où il a vécu et où il a voulu mourir. Par dévouement filial, Jacquemin avait renoncé aux joies de la famille. La perte de sa vieille mère qu'il n'avait jamais quittée, morte en 1860, à l'âge de 89 ans, avait vivement ébranlé sa forte et vigoureuse constitution, qui, depuis cette époque, a toujours été en s'affaiblissant. Les traditions d'honorabilité et de dignité qu'il avait reçues, et que depuis il a toujours si religieusement pratiquées pendant sa longue et utile carrière, se trouvent heureusement aujourd'hui continuées, avec non moins d'éclat, par un neveu dont il était justement fier, par M. le professeur Gosselin, dont le nom appelle à tant de titres le respect et les sympathies de chacun de nous.

Dr Perrin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date du 20 novembre 1872, M. Coustan a été nommé médecin aide-major de 2e classe.

— Par décret en date du 9 décembre 1872, M. Dengler a été nommé médecin-major.

— *Concours de l'externat.* — Les questions du 12, du 14 et du 17 décembre ont été : *De la contusion; Épistaxis, tamponnement des fosses nasales; Symptômes et diagnostic de la pleurésie.*

— *Concours de l'externat.* — Ce concours a été terminé le 17 décembre. La dernière question a été : *Appareils inamovibles.*

Ont été nommés externes :

1. Regnard, Meurisse, Richereau, Bogeau, Schwartz, Jean, Jarjavay, Rondot, Derville, Weiss.

11. Quion, Lemaire, Robert, Barrault, Quenni, Dave, Kirmisson, Magne, Hugonneau, Brissaud.

21. Garsaux, Bouveret, Guillermet, Vibaille, Herdenet, Goetz, Dejérine, Weissgerber, Looten, De Beurmann.

31. Magnan, Reibel, Noel, Vallerian, Barbanneau, Benast, Havage, Ruault de Plessis, Thirault, Marot, Garcia.

41. Faucher, Ortega, Machon, Traisnel, de Vezik, Reynber, Amodru, Hache, Legendre, Levy.

51. Rafinesque, Binse, Berdinol, Chambard, Merlin-Lemas, Bédard, Gafe, Sales, Clozel de Boyer.

61. Martellière, Viallaron, Ballet, Darcy, Cruet, Bertillon, Doumenge, Labourik, Drouin.

71. Devilliers, Mora, Tresfort, Raoult, Tremblez, Constant, Rigabert, Ambert, Demont-Porcelles, Meunier.

81. Vidard, Biencourt, Remy, Genet, Gidon, Calmettes, Herbelin, Maygrier, Radaze, Leclerc.

91. Bompard, Vicente, Baraduc, Demance, Gipoulon, Boisson, Lesonneur, Deschamps, Cangt, Gille, Vérane.

101. Michel, Werthamer, Ramonède, Picaud, Hiard, Drouez, Guignard, Bories, Laloy, Manire.

111. Doublet, Loviol, Zapala, Fiselbrand, Lecygne, Geraud, Berrguiy vina, Kamorowski, Guilhem, Reignier.

121. Rivet, Boyer, Dubreuilh, Chevallereau, Japiol, Desmazes, Boulay, Artus, Geoffroy, Renaut.

131. Masseron, Gayot, Martin, Riklin, Richardin, Delagorce, Galland, Moscowitz, Blanluet, Rey.

141. Mary, Chabret, Lallement, Bouchard, Martin, Bichaud,

151. Gaveau, Belhomme, Courreges, Vignes, Joal, Gontard, Masson, Gastoir, Moreau, Bruel.

161. Bruchy, Le Garrec, Geny, Romain, Godfrain, Dacoste, Proudhon, Constant, Guillaumel, Chopy.

171. Beugnon, Puishiennes, Moy, Lespine, Dangerville, Manchent, Bructeau, Pétel, Gibard, Loir.

181. Masson, Balme, Perret, Blanc, Duparc, Larcher, Vaussy, Barthélemy, Bénard, Le Menant.

191. Morisset, Falloppe, Letondal, Vaquier, Lelongt, Samendes, Boli, Lesellier, Mearicla, Colin, Turgis.

201. Huelling, Chaignol, Blanche, Boisseuil, Bellet, Guérin.

— *Concours de l'internat.* — Les questions du 13 et du 16 décembre ont été : *Trachée, symptômes et diagnostic de la rougeole; articulation temporo maxillaire; luxation de la mâchoire.*

— *Concours de l'internat.* — Ce concours a été terminé le 20 décembre. La question du 18 a été : *Voies lacrymales; tumeur lacrymale.* La dernière question a été : *Fosse iliaque; abcès de la fosse iliaque.*

Ont été nommés :

Internes titulaires. — 1. Robin, Hutinel, Seurre, Heydenreich, Manoury, Eynnery, Dianouc, Pitre, Eloy, Auger.

11. Hudelet, Chesnel, Viollet, Maunoir, Fourestie, Martinot, Binet, Laget, Herpin, Augier.

21. Blain, Gauderon, Deny, Dussaussoy, Richet, Barié, Affre, Prengrueber, Bondrenet, Voury.

31. Buzot, Parinaud, Boissier, Exchaquet, Moizard, Vianet, Dransart, Carion, Poyet, Sebileau.

Internes provisoires. — 1. Boucheron, Balzer, Chevalier, Graux, Dreyfus, de Boissemont, Champetier de Ribes, Oulmont, Mouton, Guyard.

11. Iszenard, Tapret, Chirie, Ribermont, Conord, Maisonneuve, Bœser, Cony, Ledouble, Porack.

21. Bougon, Chenet, Moutard-Martin, Chelay, Courrégelongue, Mayne, Garnier, Hirtz, Darolles, Drouin.

31. Carpentier-Méricourt, Faucher, Brière, Delaunay, Langlebert.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. Hamy, docteur en médecine, est chargé des fonctions d'aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, pendant la durée du congé accordé à M. Jacquart.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. Bert, professeur de physiologie à la Faculté des sciences de Paris, est autorisé à se faire suppléer dans sa chaire, pendant l'année classique 1872-1873, par M. Gréhant, docteur ès sciences.

— *École de médecine de Caen.* — M. Denis-Dumont, professeur adjoint de clinique externe à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur titulaire de clinique externe à ladite école, en remplacement de M. Lepresire, décédé.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Lévesque, docteur en médecine, professeur adjoint de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Caneaux, dont la démission est acceptée.

M. Gressent, docteur en médecine, suppléant pour les chaires de médecine proprement dite à ladite École, est nommé professeur adjoint de clinique interne, en remplacement de M. Lévesque.

M. Olivier, docteur en médecine, chef des travaux anatomiques à ladite École, est nommé suppléant pour les chaires de médecine proprement dite, en remplacement de M. Gressent.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur René (de Montpellier) et de M. le docteur Louis Fleury, dont le nom se lie si étroitement à l'application de l'hydrothérapie.

— M. Cl. Bernard a commencé son cours au Collége de France le vendredi 20 décembre, à une heure, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Botanique japonaise, livres kwa-wi, traduits du japonais avec l'aide de M. Saba, par M. le docteur L. Savatier, médecin de la marine française attaché à l'arsenal d'Iokoska. Paris, 1873. 1 beau vol. gr. in-8° de 156 pages. — Prix : 8 fr. 50.—F. Savy.

De la fièvre traumatique et de l'infection purulente, par P. Em. Chauffard, professeur de Pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1873. 1 vol. in-8° de 230 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Du point apophysaire dans les névralgies et de l'irritation spinale, par le docteur Armaingaud. In-8°. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Lariboisière, par S. Jaccoud, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. in-8° accompagné de 10 planches en chromolithographie. — Le vol. cartonné, prix : 16 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

De la curation du charbon, de la cocotte et des principales maladies qui sévissent sur les bœufs, les moutons, les chevaux et les cochons, à l'aide de la nouvelle médication à l'acide phénique, par le doctsur Declat, 2e édition. 1 vol. in-12. — Prix : 2 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

N° 150. — JEUDI-SAMEDI 26-28 DÉCEMBRE 1872. 45e ANNÉE. JEUDI-SAMEDI 26-28 DÉCEMBRE 1872. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS	
Trois mois. .	8 fr. 50 c.
Six mois. . .	16 —
Un an. . . .	30 —

POUR L'ÉTRANGER
le port en sus
suivant les derniers tarifs
des Postes.

SOMMAIRE. — Premier-Paris. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier). — ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : Programme des prix proposés par l'Académie des sciences pour les années 1873, 1874 et 1875. — Correspondance. — Souscription pour le buste de M. Bazin. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 27 décembre 1872.

La situation d'un directeur de journal est — plus souvent qu'on ne pense — d'une délicatesse extrême. A la suite d'un regrettable incident, il nous importe de ne laisser, dans l'esprit de nos lecteurs, aucun doute sur les principes qui ont toujours dirigé notre conduite et que nous formulerons ainsi :

Le premier devoir d'un directeur de journal est de prendre connaissance de tous les documents qu'il publie.

Lorsqu'un document porte *injustement* atteinte à un tiers, un directeur ne doit jamais l'insérer ; à bien plus forte raison, lorsque la preuve de cette *injustice* lui a été fournie.

Si — par l'abus du droit de réponse — un directeur se voit forcé d'insérer une lettre, et que cette lettre avance un fait inexact, il a le droit et le devoir de détruire l'assertion avec le procédé qu'il juge le plus convenable : son seul objectif doit être l'équité.

Dans toute discussion, un directeur de journal doit avant tout éviter la *partialité* — c'est-à-dire éviter de soutenir *quand même* la thèse d'un ami — mais il doit défendre avec la plus grande énergie une cause qu'il sait être juste.

Telles sont les règles que nous avons toujours suivies et que nous nous efforcerons de suivre toujours pour conserver la confiance de nos lecteurs et l'estime des honnêtes gens.

Dr E. LE SOURD.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. BÉHIER.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

(Leçons recueillies par H. LIOUVILLE, chef de clinique, et LANDRIEUX, ancien interne).

Plus tard, vint l'appareil de M. le docteur Dieulafoy qui fut construit par MM. Collin et Robert.

Cet appareil se compose d'une pompe en verre assez fort qui porte à son extrémité terminale inférieure un premier robinet, et qui, sur sa partie latérale inférieure, offre également une autre ouverture garnie d'un second robinet, qui ne doit jamais être ouvert que lorsque le robinet terminal est fermé et réciproquement. Leur jeu doit donc être alternatif ; c'est là une des conditions que nous avons déjà remarquée dans la pompe pour l'aspiration stomacale.

En outre, l'extrémité terminale du corps de pompe se termine par une aiguille creuse destinée à aller chercher le liquide que l'on se propose d'évacuer. Tel est l'appareil, et voici comment on le met en œuvre. M. Dieulafoy, comme M. Laugier, après avoir fermé le robinet inférieur de son corps de pompe, fait le vide préalable dans son appareil.

Ce vide préalable est obtenu par l'élévation du piston ; on fait ensuite décrire à ce piston une rotation d'un quart de tour, qui le contraint à s'arrêter à la partie supérieure de sa course, absolument, du reste, comme dans la pompe stomacale : seulement dans celle-ci cet arrêt du piston n'est exécuté que quand la pompe est pleine du liquide directement aspiré. Ici au contraire, cet arrêt sert à maintenir le vide dans le corps de pompe, en empêchant le piston de retomber. Le trocart est alors enfoncé dans la poitrine, le robinet inférieur est ouvert, et le liquide aspiré s'engouffre dans le corps de pompe qu'il remplit. Lorsque cette replétion est accomplie, le robinet inférieur est fermé pour empêcher tout retour du liquide vers la poitrine, le robinet latéral est ouvert, et le piston rendu libre par une rotation d'un quart de tour dans le sens opposé à celui qu'il avait décrit tout à l'heure est repoussé vers l'extrémité du corps de pompe et refoule le liquide qui s'échappe alors par le robinet latéral. Une fois tout évacué, on ferme le robinet latéral et le robinet vertical, puis on remonte le piston pour refaire le vide ; on arrête ce piston par un nouveau mouvement de rotation, et l'opération recommence dans tous ses temps sans avoir à changer l'appareil de place.

Cet appareil, très-ingénieux du reste, n'est autre que la pompe stomacale ou la pompe à abcès froids de M. Jules Guérin combinées avec l'appareil à vide préalable de M. Laugier.

Il présente, en outre, à mon sens, un certain nombre d'inconvénients pour la pratique de la thoracentèse capillaire. D'abord, il n'est pas rare de se tromper dans la manœuvre des robinets et dans celle du piston. Pour les exécuter, il faut souvent imprimer à l'appareil des mouvements que ressent douloureusement le malade. M. Dieulafoy, il est vrai, a remédié à cette communication des divers mouvements au malade en terminant son appareil par un tube de caoutchouc qui amortit tous les

(1) Voir le numéro du 5 décembre 1872.

déplacements. C'est une amélioration véritable. Mais il reste encore certaines difficulés. Ainsi la traction nécessaire pour relever le piston avec la main et pratiquer le vide ne se fait pas sans un effort déjà très-notable lorsque l'appareil a un corps de pompe très-petit. Or, le récipient de l'appareil à main a trop peu de capacité pour la soustraction des épanchements pleurétiques et demande un jeu trop répété des robinets et du piston, d'où une prolongation de l'opération.

Quant aux modèles à récipient plus grand, qui ont voulu éviter cette répétition des actes divers, vous voyez que le piston ne peut plus être mis en mouvement par la main seulement, et qu'il faut une force plus grande, d'où l'emploi d'une clef avec crémaillère, ce qui constitue un appareil peu malléable et fort cher. Enfin, le verre de pompe peut se briser, comme cela est arrivé dans un fait dont j'ai eu connaissance. Et l'on fut obligé, dans cette occasion, d'inaugurer, séance tenante, un autre appareil, dont je vous parlerai tout à l'heure. La réparation d'un semblable appareil avec ses robinets et son piston spécial demande, vous le comprenez sans peine, l'intervention d'ouvriers spéciaux. Or, c'est là un autre inconvénient très-sérieux, car le praticien qui sera à 50 lieues de Paris, pourra, si un accident de cette sorte lui arrive, rester assez longtemps avec un instrument parfaitement inutile pour lui.

Pour compléter l'examen des appareils aspirateurs, je vous signalerai encore quelques autres instruments qui ont également l'avantage d'obtenir le vide préalable. M. Van den Corput, de Bruxelles, en 1837, imagina un appareil dont les principes reposent en partie, du reste, sur ceux d'après lesquels est construite la seringue de M. J. Guérin : ce sont deux corps de pompe en verre, dont l'un est muni d'un piston : au milieu se trouve un robinet à double effet, et la tige est percée d'un bout à l'autre, pour laisser passer un trocart ; le robinet se ferme quand le trocart est retiré en arrière de son ouverture.

Il y a aussi l'*appareil de Deleau* qui n'est autre qu'un réservoir dans lequel on fait le vide préalable, au moyen duquel on exerçait ensuite l'aspiration à l'aide d'un second tuyau muni d'un robinet. Cet instrument était surtout employé pour appliquer les ventouses.

Je vous signalerai enfin, dans la même série, le Bdellomètre de *Sarlandière*. Ce dernier appareil et celui de M. Van den Corput sont peu maniables, et seraient d'un emploi difficile dans la pratique fréquente de la thoracentèse.

Dans les divers appareils que je viens de vous décrire, vous avez vu qu'on obtient, *non-seulement le vide préalable*, mais qu'il est *aussi renouvelable*; néanmoins, je leur ferai à tous les mêmes reproches ; ils ne sont pas d'une application très-facile, et de plus, ils sont généralement d'un prix assez élevé. J'en excepterai cependant l'appareil de MM. Guérin et Maisonneuve, qui, avec quelques modifications, répond pleinement aux exigences de la thoracentèse. Vous le verrez, l'invention de certains trocarts spéciaux a rendu ces modifications des plus faciles.

(*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 décembre 1872. — Présidence de M. Barth.

CORRESPONDANCE

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. Bonjean, pharmacien à Chambéry, sur l'ergot de seigle et l'ergotine ;

2° Une note sur le choléra, par M. le docteur Lubelski (de Varsovie) (Commission du choléra) ;

3° Une lettre de M. le docteur Vigne demandant l'ouverture d'un pli cacheté déposé le 28 janvier 1868, et relative à l'artériotomie comme moyen de s'assurer de la réalité de la mort ;

4° Une lettre de M. Marville accompagnant l'envoi de divers échantillons de prescriptions médicamenteuses faites par des sages-femmes.

M. Gubler présente un nouvel appareil pulvérisateur imaginé par M. le docteur Sales-Girons, et destiné à réduire les liquides à un état de division extrême.

M. Gavarret dépose sur le bureau une note de M. le docteur Gariel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, sur une analyse des eaux minérales de Vals (Ardèche), des eaux minérales de la source Madeleine de Vals (Ardèche), par la spectroscopie démontrant la présence de la lithine dans ces eaux.

M. Bergeron présente un exemplaire de la 5e édition du *Traité élémentaire d'hygiène* de Becquerel, revu et annoté par M. Baugrand.

M. Larrey dépose sur le bureau : 1° un exemplaire de son rapport pour le prix Montyon (médecine et chirurgie) à l'Académie des sciences ; 2° un mémoire manuscrit intitulé : *Étude étiologique sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Châteaudun en 1866*, par M. le docteur Ballet, médecin-major des hôpitaux militaires.

M. Piorry présente un ouvrage de M. le docteur Tamin d'Espalles, sur l'alimentation du cerveau et des nerfs.

M. Depaul présente une thèse de concours d'agrégation de M. le docteur Chantreuil, intitulée : *Des applications de l'histologie à l'obstétrique*.

ÉLECTIONS

L'ordre du jour appelle l'élection des membres du bureau pour l'année 1873. Sont nommés à une immense majorité :

Vice-Président, M. Devergie ;
Secrétaire perpétuel intérimaire, M. Béclard ;
Secrétaire annuel, M. Henry Roger.

RAPPORTS

M. Bourdon lit un rapport sur le concours pour le prix de l'Académie pour l'année 1872. Deux mémoires seulement ont été adressés à la commission.

M. Bernutz lit un rapport sur le concours pour le prix Barbier. Six mémoires ont été reçus. La commission a dû en éliminer trois comme ne remplissant pas les conditions posées par le testateur.

Des trois autres, l'un est de M. Ciniselli (de Crémone), sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par la galvano-puncture ;

Le deuxième, envoyé par un médecin de la marine qui a gardé l'anonyme, sur le traitement du tétanos par l'opium à hautes doses.

Le troisième, de M. le docteur Odent, traite de l'emploi de la térébenthine comme antidote du phosphore.

LECTURE

M. Davaine lit le résumé de quelques faits nouveaux relatifs à la septicémie. Voici les principaux passages de ce résumé :

1° Le premier fait est relatif à un cas de gangrène pulmonaire chez l'homme, observé à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Lancereaux, et qui a donné lieu aux expériences suivantes : le lendemain de la mort (24 novembre) la sanie de la gangrène fut inoculée à un lapin à la dose d'une goutte. Le résultat a été nul. Le sang pris dans le cœur fut inoculé ensuite à trois lapins à la dose de une goutte, un millième de goutte et un millionième de goutte, et les trois lapins sont morts dans l'intervalle de un à deux jours.

2° On a donné, à un mouton âgé de trois ans, cent grammes de saumure de porc chaque jour. Le dixième jour, il est mort ayant absorbé un litre de ce liquide.

Le sang du cœur a été inoculé, à trois lapins, aux doses de un dixième de goutte pour l'un, et un millionième pour les deux autres. Le premier est mort neuf jours, les deux autres dix et treize jours après l'inoculation.

3° Le 28 octobre dernier, du sang d'un malade atteint d'une fièvre typhoïde peu grave fut extrait de la veine médiane basilique au moyen de la seringue de Pravaz. Un millième de goutte de ce liquide fut inoculé à un lapin. Ce lapin mourut le 28 novembre, un mois après l'inoculation.

Le malade qui était dans le service de M. Bourdon sortit guéri de l'hôpital.

— Un autre malade atteint d'une fièvre typhoïde sur le déclin, fournit du sang par une piqûre du petit doigt. L'inoculation de ce sang aux doses de un millième et un millionième de goutte amena, au bout de treize jours, la mort des deux lapins inoculés.

— Un troisième malade atteint de fièvre typhoïde grave fournit également du sang par un petit doigt. Plusieurs inoculations faites à quelques jours d'intervalle aux doses de un millionième de goutte tuèrent les lapins auxquels elles furent pratiquées.

— Un quatrième malade, de fièvre typhoïde, donna lieu aux mêmes expériences, qui furent suivies des mêmes résultats.

Un cinquième malade, au quinzième jour d'une fièvre typhoïde très-grave soignée par M. le docteur Worms, fournit quelques gouttes de sang extraites d'une petite veine. Un lapin inoculé avec un millionième de goutte de ce sang mourut en quatorze heures environ.

M. Davaine se borne pour l'instant à prendre note de ces résultats, se réservant de revenir avec détails sur ces faits lorsque l'Académie pourra reprendre la discussion ouverte sur la septicémie.

A 5 heures, l'Académie se forme en comité secret pour voter sur les conclusions des rapports de MM. Bourdon et Bernutz.

ACADÉMIE DES SCIENCES

PROGRAMME

Des prix proposés pour les années 1873, 1874 et 1875.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE

Prix Bordin. (Question proposée pour 1871 et prorogée à 1873.) — L'Académie avait mis au concours, pour 1871, la question suivante :

« Faire connaître les ressemblances et les différences qui existent entre les productions organiques de toute espèce des pointes australes des trois continents de l'Afrique, de l'Amérique méridionale et de l'Australie, ainsi que des terres intermédiaires, et les causes qu'on peut assigner à ces différences. »

On comprendra dans le travail les êtres marins qui peuplent les côtes des trois continents et les fossiles qui y ont été découverts.

On se bornera à l'étude des parties des trois continents qui sont situées au sud du 25e parallèle de latitude australe, et, sans faire une étude nouvelle des climats déjà connus des trois régions, on s'attachera essentiellement à constater l'influence des constitutions météorologiques que leur assignent les observations recueillies par les différents voyageurs qui s'en sont occupés; on devra surtout tenir compte des effets qu'on sait déjà être produits par courants marins. (Voir la Note de M. Becquerel.)

On indiquera les conséquences que peuvent avoir, pour les théories paléontologiques, les résultats auxquels on sera arrivé.

L'Académie désirerait que la question fût traitée d'une manière complète, mais elle pourrait se contenter d'une solution partielle qui se bornerait soit aux végétaux, soit aux animaux, soit même à une partie du règne animal, par exemple aux vertébrés ou aux invertébrés. L'Académie n'hésite même pas à déclarer qu'elle préférerait une solution partielle, mais approfondie, à une autre qui serait plus générale et en même temps plus superficielle.

NOTE DE M. BECQUEREL.

Remarques sur la situation géographique et l'état climatérique des pointes les plus saillantes des continents dans l'hémisphère austral.

Cap Horn : Lat., 55°28'50"; temp. moy., 5 degrés.

Cap de Bonne-Espérance : Lat., 33°55'; temp. moy., 19°,40.

Cap le plus méridional de l'Australie : Lat., 39 degrés; temp. moy., 10 degrés.

Côte ouest de l'Amérique : Lat., 20 degrés; temp. moy., 19°,40.

Influence des courants marins sur les climats.

Le pôle austral est le point de départ de trois courants d'eau froide.

Le courant central vient frapper la côte occidentale de l'Amérique du Sud vers le 40e degré de latitude; là il se partage en deux branches. La branche qui se dirige vers le sud côtoie la Patagonie, tourne le cap Horn; venant des basses latitudes, elle réchauffe toutes ces côtes. Celle qui remonte vers le nord côtoie le Chili et le Pérou et adoucit le climat de ces contrées, voisine de l'équateur, dont la température est plus élevée que la sienne, et qui, comme on sait, est très-différent de celui du Brésil, à latitude égale.

Il résulte de l'influence exercée par ces deux courants sur la température de l'air, dans les lieux qui ne sont pas sous la même latitude, que la végétation présente les mêmes caractères au Chili qu'à la Terre-de-Feu, et que les colibris se trouvent depuis le Chili jusqu'au cap Horn.

Le second courant austral d'eau froide, situé à l'ouest du précédent, vient frapper la côte occidentale de la Nouvelle-Hollande et se partage en deux branches : l'une se dirige vers le sud, où elle côtoie le cap le plus méridional qu'elle réchauffe, venant d'une basse latitude; l'autre branche remonte vers le nord, en côtoyant la Nouvelle-Hollande, dont elle refroidit la côte, venant de hautes latitudes. Vers les îles de la Sonde, elle va rejoindre le grand océan Équinoxial, se dirige vers le sud, entre l'Afrique et Madagascar, contourne le cap de Bonne-Espérance, où elle est considérée comme courant d'eau chaude; aussi sa température moyenne est-elle de 19°,1, sous une latitude de 33°,5, tandis que l'on rencontre cette même température, sous la latitude de 20 degrés, sur la côte occidentale de l'Amérique du Sud, dont la température est rafraîchie par le courant d'eau froide provenant de la branche centrale du courant polaire, qui vient heurter les côtes du Chili.

La température moyenne étant la même au cap de Bonne-Espérance que sur la côte occidentale de l'Amérique du Sud, à des latitudes bien différentes (33°,55 et 20 degrés), cette différence dépend de ce que le cap de Bonne-Espérance est côtoyé par un courant d'eau chaude, tandis que la côte ouest de l'Amérique l'est par un courant d'eau froide.

Les courants marins doivent donc être mis au nombre des causes qui influent sur la faune et la flore des parties les plus méridionales des continents.

M. de Humboldt dit, dans son *Asie centrale*, t. III, p. 178 : « Dan l'hémisphère austral, les extrémités pyramidales des continents qui se prolongent inégalement vers le pôle sud offrent le climat des îles. Des étés d'une température très-basse sont suivis, au moins jusqu'au 48e et au 50e degré de latitude, d'hivers peu rigoureux; d'où il résulte que les formes végétales de la zone torride, les fougères en arbre et les belles orchidées parasites, peuvent avancer au sud jusque vers le 38e et le 46e degré de latitude australe, tan-

dis que, dans l'hémisphère boréal, les fougères en arbre et les orchidées ne dépassent pas le tropique du Cancer, etc., etc. »

Aucune pièce n'étant parvenue au secrétariat de l'Institut, la Commission, vu l'importance de la question proposée, demande à l'Académie de la mettre de nouveau au concours pour l'année 1873.

Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Les mémoires manuscrits devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1873.

Les noms des auteurs seront renfermés dans des billets cachetés qui ne seront ouverts que si la pièce est couronnée.

Prix Bordin. — L'Académie propose pour le sujet du prix Bordin :

« L'étude de l'écorce des plantes dicotylédones, soit au point de vue de l'anatomie comparée de cette partie de la tige, soit au point de vue de ses fonctions. »

Malgré de nombreuses observations dans la structure de l'écorce, il reste encore bien des points obscurs relativement à l'organisation comparée de cette partie de la tige dans les différents groupes naturels du règne végétal, à la structure et au mode de formation et d'accroissement des divers tissus qui la constituent, ainsi qu'au rôle physiologique de chacun de ces tissus.

L'Académie ne demande pas aux concurrents pour ce prix d'embrasser l'ensemble si étendu de ce sujet, mais d'approfondir, par des recherches qui leur soient propres, quelques-unes des questions diverses qu'il comprend et d'étendre ainsi nos connaissances sur l'anatomie comparée ou sur les fonctions de l'écorce.

Les mémoires, en français ou en latin, devront être adressés à l'Académie avant le 1er juin 1873.

Prix Savigny, fondé par Mlle Letellier. — Un décret impérial, en date du 20 avril 1864, a autorisé l'Académie des Sciences à accepter la dotation qui lui a été faite par Mlle Letellier, au nom de Savigny, d'une somme de *vingt mille francs* pour la fondation d'un prix en faveur des jeunes zoologistes voyageurs.

« Voulant, dit la testatrice, perpétuer, autant qu'il est en mon pouvoir de le faire, le souvenir d'un martyr de la science et de l'honneur, je lègue à l'Institut de France, Académie des sciences, section de zoologie, *vingt mille francs* au nom de Marie-Jules-César Le Lorgne de Savigny, ancien membre de l'Institut d'Égypte et de l'Institut de France, pour l'intérêt de cette somme de *vingt mille francs* être employé à aider les jeunes zoologistes voyageurs qui ne recevront pas de subvention du Gouvernement et qui s'occuperont plus spécialement des animaux sans vertèbres de l'Égypte et de la Syrie. »

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Bréant. — Par son testament en date du 28 août 1849, feu M. Bréhant a légué à l'Académie des sciences une somme de cent mille francs pour la fondation d'un prix à décerner « à celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau (1). »

Prévoyant que ce prix de cent mille francs ne sera pas décerné tout de suite, le fondateur a voulu, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt du capital fût donné à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, ou enfin que ce prix pût être gagné par celui qui indiquera le moyen de guérir radicalement les dartres ou ce qui les occasionne.

Les concurrents devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Pour remporter le prix de cent mille francs, il faudra :

« Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas; »

Ou

« Indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes on fasse cesser l'épidémie ; »

Ou enfin

Découvrir une prophylaxie certaine, et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole. »

2° Pour obtenir le prix annuel, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

Prix Chaussier. — Feu Franck-Bernard-Simon Chaussier a légué à l'Académie des sciences, par testament en date du 19 mai 1863, « une inscription de rente de deux mille cinq cents francs par an, que l'on accumulera pendant quatre ans pour donner un prix sur le meilleur livre ou mémoire qui aura paru pendant ce temps, et fait avancer la médecine, soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique. »

Un décret, en date du 7 juillet 1869, a autorisé l'Académie à accepter ce legs. Elle propose de décerner ce prix, de la valeur de dix mille francs, dans sa séance publique de l'année 1875, au meilleur ouvrage paru dans les quatre années qui auront précédé son jugement.

Les ouvrages ou mémoires devront être déposés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin 1875.

Prix Montyon, médecine et chirurgie. — Conformément au testament de M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1825 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

---

(1) Il paraît convenable de reproduire ici les propres termes du fondateur : « Dans l'état actuel de la science, je pense qu'il y a encore beaucoup de choses à trouver dans la composition de l'air et dans les fluides qu'il contient : en effet, rien n'a encore été découvert au sujet de l'action qu'exercent sur l'économie animale les fluides électriques, magnétiques ou autres; rien n'a été découvert également sur les animalcules qui sont répandus en nombre infini dans l'atmosphère, et qui sont peut-être la cause ou une des causes de cette cruelle maladie.

« Je n'ai pas connaissance d'appareils aptes, ainsi que cela a lieu pour les liquides, à reconnaître l'existence dans l'air d'animalcules aussi petits que ceux que l'on aperçoit dans l'eau en se servant des instruments microscopiques que la science met à la disposition de ceux qui se livrent à cette étude.

« Comme il est probable que le prix de cent mille francs, institué comme je l'ai expliqué plus haut, ne sera pas décerné de suite, je veux, jusqu'à ce que ce prix soit gagné, que l'intérêt dudit capital soit donné par l'Institut à la personne qui aura fait avancer la science sur la question du choléra ou de toute autre maladie épidémique, soit en donnant de meilleures analyses de l'air, en y démontrant un élément morbide, soit en trouvant un procédé propre à connaître et à étudier les animalcules qui jusqu'à présent ont échappé à l'œil du savant, et qui pourraient bien être la cause ou une des causes de la maladie.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les scienees médicales.

Conformément à l'ordonnance du 23 août 1829, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conformément aux vues du fondateur.

Les ouvrages ou mémoires présentés par les auteurs doivent être envoyés au secrétariat de l'Institut avant le 1er juin de chaque année.

Prix Godard. — Par un testament en date du 4 septembre 1862, feu M. le docteur Godard a légué à l'Académie des sciences « le capital d'une rente de mille francs, 3 pour 100, pour fonder un prix qui, chaque année, sera donné au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires. Aucun sujet de prix ne sera proposé.

« Dans le cas où, une année, le prix ne serait pas donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante. »

En conséquence, l'Académie annonce que ce prix sera décerné, chaque année, dans sa séance publique, au travail qui remplira les conditions prescrites par le donateur.

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon, physiologie expérimentale. — Feu M. de Montyon ayant offert une somme à l'Académie des sciences, avec l'intention que le revenu en fût affecté à un prix de physiologie expérimentale à décerner chaque année, et le Gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 22 juillet 1818,

L'Académie annonce qu'elle adjugera une médaille d'or de la valeur de sept cent soixante-quatre francs à l'ouvrage, imprimé ou manuscrit, qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Prix L. Lacaze. (Voir aux prix de physique.)

PRIX GÉNÉRAUX

Prix Montyon, arts insalubres. — Conformément au testament de feu M. Auget de Montyon, et aux ordonnances du 29 juillet 1821, du 2 juin 1825 et du 23 août 1829, il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'art de guérir, et à ceux qui auront trouvé les moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.

L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine ou la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Les pièces admises au concours n'auront droit au prix qu'autant qu'elles contiendront une découverte parfaitement déterminée.

Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son travail où cette découverte se trouve exprimée : dans tous les cas, la commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné.

Les sommes qui seront mises à la disposition des auteurs des découvertes ou des ouvrages couronnés ne peuvent être indiquées d'avance avec précision, parce que le nombre des prix n'est pas déterminé; mais la libéralité du fondateur a donné à l'Académie les moyens d'élever ces prix à une valeur considérable, en sorte que les auteurs soient dédommagés des expériences ou recherches dispendieuses qu'ils auraient entreprises, et reçoivent des récompenses proportionnées aux services qu'ils auraient rendus, soit en prévenant ou diminuant beaucoup l'insalubrité de certaines professions, soit en perfectionnant les sciences médicales.

Conformément à l'ordonnance du 23 août 1829, outre les prix annoncés ci-dessus, il sera aussi décerné des prix aux meilleurs résultats des recherches entreprises sur les questions proposées par l'Académie, conformément aux vues du fondateur.

Prix Trémont. — Feu M. le baron Trémont, par son testament en date du 5 mai 1847, a légué à l'Académie des sciences un somme annuelle de onze cents francs pour aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire « pour atteindre un but utile et glorieux pour la France. »

Un décret en date du 8 septembre 1856 a autorisé l'Académie à accepter cette fondation.

En conséquence, l'Académie annonce que, dans sa séance publique de 1872, elle accordera la somme provenant du legs Trémont, à titre d'encouragement, à tout « savant, ingénieur, artiste ou mécanicien » qui, se trouvant dans les conditions indiquées, aura présenté, dans le courant de l'année, une découverte ou un perfectionnement paraissant répondre le mieux aux intentions du fondateur.

Prix Cuvier. — La commission des souscripteurs pour la statue de Georges Cuvier ayant offert à l'Académie une somme résultant des fonds de la souscription restés libres, avec l'intention que le produit en fût affecté à un prix qui porterait le nom de *prix Cuvier*, et qui serait décerné tous les trois ans à l'ouvrage le plus remarquable, soit sur le règne animal, soit sur la géologie, et le Gouvernement ayant autorisé cette fondation par une ordonnance en date du 9 août 1839,

L'Académie annonce qu'elle décernera, dans la séance publique de 1873, le prix Cuvier à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1869 jusqu'au 31 décembre 1872, soit sur le règne animal, soit sur la géologie.

Ce prix consistera en une médaille d'or de la valeur de quinze cents francs.

CORRESPONDANCE

Paris, le 24 décembre 1872.

Monsieur et très-honoré confrère,

Vous avez bien voulu insérer, dans le numéro de la *Gazette des Hôpitaux* du 19 décembre dernier, une lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser en réponse à une autre lettre, où ma responsabilité se trouvait directement engagée. Mais, au lieu de la publier purement et simplement, vous avez, contrairement aux usages admis dans la presse, entrecoupé le texte de treize chiffres renvoyant le lecteur à autant d'annotations.

J'ai eu l'honneur de vous adresser une seconde lettre, dans laquelle, examinant successivement chacune de ces annotations, je réfutais la plupart d'entre elles et vous exprimais, en terminant,

l'étonnement et le regret que m'avait causés votre partialité dans cette circonstance.

Vous n'avez pas cru devoir insérer cette seconde lettre et, sur mon insistance à en réclamer l'insertion, vous me répondez que la crainte de ranimer un débat heureusement terminé vous empêche de satisfaire à ma demande.

Je suis, monsieur, non moins que vous, homme de conciliation, et j'en donne une preuve en ne renouvelant pas mon insistance, bien que je ne partage pas entièrement vos craintes. Mais le soin de ma dignité exige que vos lecteurs sachent à quel sentiment j'obéis en renonçant ainsi à un droit, et je compte, à cet effet, que vous voudrez bien publier ces quelques lignes dans le prochain numéro de votre journal.

Veuillez agréer, monsieur et très-honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

Dr V. de Ranse.

SOUSCRIPTION

POUR LE BUSTE DE M. BAZIN

(10e liste.)

Total des listes précédentes	1,967 fr.
Moreau.............	20
Grangé (Joannès).........	20
Arnal............	10
Total...........	2,017 fr.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de médecine légale vient de procéder au renouvellement de son bureau qui, pour 1873, est composé ainsi qu'il suit :

Président, M. le docteur Guérard;
Vice-Présidents, MM. Hémar, avocat général; le docteur Mialhe;
Secrétaire général, M. le docteur Gallard;
Secrétaires des séances, MM. Horteloup, avocat à la cour de Cassation; le docteur Ladreit de la Charrière;
Archiviste, M. le docteur Jules Falret;
Trésorier, M. Mayet, pharmacien.

La commission permanente chargée de répondre dans l'intervalle des séances aux demandes d'avis motivées, adressées à la Société, tant par des magistrats que par des avocats ou des membres du corps médical est ainsi composée :

MM. Guérard, *Président*; Gallard, *Secrétaire général*; Béhier, Chaudé, Devergie, Dolbeau, Falret, Hémar, Hemey, Horteloup, Pénard.

Trois places de membres titulaires ont été déclarées vacantes; les candidats sont invités à faire parvenir leurs demandes au secrétaire général avant le 1er janvier prochain.

— La Société médicale du 1er arrondissement (Louvre) a constitué ainsi qu'il suit son bureau pour l'année 1873 : *président*, M. Massignon; *vice-président*, M. le docteur Lechat; 1er secrétaire annuel, M. le docteur Huchard; trésorier, M. Vautier.

— La société médicale du 8e arrondissement vient de renouveler son bureau pour 1873.

Ont été nommés : MM. le docteur Linas, président; le docteur Léon Le Fort, vice-président; le docteur Fieuzal, secrétaire général; le docteur Barlemont, secrétaire annuel; le docteur Gamuet, trésorier.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1873.

Prix. — Broché : 1 fr. 75; — cartonné à l'anglaise : 2 fr.; — divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille : 3 fr.

RELIURES DIVERSES

No 1.	Maroquin à coulisseau avec crayon, doublé en papier.	3 fr.	»
No 2.	— à patte — — ...	3	50
No 3.	— — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	3	75
No 4.	— — — en un seul cahier, emboîté dans le portefeuille.....	4	50
No 5.	— — — l'agenda divisé en 5 cahiers.	4	75
No 6.	— — — et petite trousse..........	5	»
No 7.	— — — —	7	»
No 8.	— — — — avec fermoir maillechort.	9	»

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur A. Dechambre, avec la collaboration d'un très-grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires et de la Marine.

Le premier demi-volume du tome XIIIe de la 1re série et le deuxième demi-volume du tome Ve de la 2e série sont en vente aux librairies Victor Masson et fils et P. Asselin.

Ils contiennent les principaux articles suivants : *Castration*, par M. Bouisson; *Catalepsie*, par M. Linas; *Cataracte*, par M. Warlomont; *Catarrhe*, par M. Brochin; *Cathétérisme*, par M. Voillemier; *Catoptrique*, par M. Gavarret; *Provinces caucasiques*, par M. Liétard; *Maxillaire*, par M. F. Guyon; *Médecin* (Hygiène), par M. Beaugrand; *Médecins cantonaux*, de l'état civil, des eaux minérales, sanitaires, vaccinateurs, par M. Dechambre; *Médecins* (Femmes), par M. Beaugrand; *Médecine* (Rôle de la), par M. L. Boyer; *Médecine* (Enseignement et Exercice), par M. H. Montanier; *Médecine légale*, par M. Tourdes. Divers articles sur les Eaux minérales, par M. Rotureau; de la Botanique, par MM. Baillon, de Seynes et Planchon; la Biographie et la Bibliographie, par MM. Beaugrand, Chéreau et Montanier.

Prix de chaque demi-volume : 6 francs.

Alimentation du cerveau et des nerfs, par le docteur Tamin-Despalles. 1 vol. in-8o avec 3 planches. — Prix : 7 fr. — Paris, Adrien Delahaye.

Traité d'anatomie descriptive, avec figures intercalées dans le texte, par Sappey, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition entièrement refondue, t. IVe, 1re partie, Splanchnologie, appareil de la digestion. — Prix : 6 francs. — Paris, Adrien Delahaye.

Du matérialisme contemporain et de son remède, par le docteur Ch. Boillet. In-12. — Prix : 60 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Contribution à l'étude du péritoine, ses nerfs et leurs terminaisons, par Louis Jullien, interne des hôpitaux de Lyon. In-8o. — Prix : 50 centimes. — Paris, Adrien Delahaye.

Le Directeur : Dr E. Le Sourd.

Paris. — Typographie A. Pougin, quai Voltaire, 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Bureaux : 57, rue des Saints-Pères, 57,
PRÈS L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix d'abonnement
doit être envoyé en mandats-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

On s'abonne hors de Paris
dans les bureaux des Messageries et chez les Libraires
Les lettres non affranchies sont refusées.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette* un fonds de 3,000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7,000 fr pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui n'en peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT POUR PARIS ET LES DÉPARTEMENTS — Trois mois. . 8 fr. 50 c. Six mois. . . 16 — Un an. . . . 30 —

POUR L'ÉTRANGER le port en sus suivant les derniers tarifs des Postes.

Les Bureaux et Ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du Jour de l'An, le journal ne paraîtra pas Jeudi.

SOMMAIRE. — SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU. Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. Appareils divers (M. Béhier). — Perte du nez et des deux yeux par éclat d'obus (M. Ch. Delalain). — Du meilleur mode de préparation des vins de quinquina (M. Thinot), — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Nouvelles. — Bulletin bibliographique.

Paris, le 30 décembre 1872.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES

Sous prétexte que le *Bureau des longitudes*, émanation de l'Académie des sciences, ne rendait pas à la science les services que l'État était en droit d'exiger de lui, un membre de l'Assemblée nationale a proposé, à l'occasion du budget des cultes, de réduire ou même de *supprimer* le susdit Bureau. Composé d'hommes trop sérieux et trop sûrs de la sympathie publique, le Bureau n'eût point répondu à cette attaque si M. Faye, en sa qualité de président de l'Académie des sciences, n'avait pas cru devoir relever le gant. Il a répondu en faisant l'historique du Bureau des longitudes, que les noms seuls des Laplace, Legendre, Prony, Delambre, Bouvard, Biot, Arago, résument d'une manière si éclatante. Il faut être bien fort ou bien faible pour proposer à un gouvernement de faire des économies sur ces noms-là, ou sur ceux qui leur ont succédé. Bien sûr le lecteur trouvera avec nous que le malencontreux représentant aurait eu un succès plus légitime en proposant de *rogner* les appointements des députés plutôt que de toucher à un budget qui concourt à maintenir non-seulement une des gloires de la France, mais encore une des utilités les plus profitables de notre activité nationale.

— Dans cette séance, l'Académie a nommé les membres de la commission chargée de juger le concours du grand prix de médecine et de chirurgie pour l'année 1872 : MM. Cl. Bernard, Nélaton, Becquerel, Robin, Cloquet, Bouillaud, Andral, Sédillot, Jamin, ont eu la majorité des suffrages.

— La connaissance précise des rapports des conditions météorologiques avec l'état de la santé publique est assurément un des problèmes les plus intéressants que le médecin moderne soit appelé à résoudre. Déjà en 1859 nous proposions à M. Husson, alors directeur de l'Assistance publique, d'entreprendre, sous ses auspices, un travail dans ce sens. L'illustre directeur nous répondit par une fin de non-recevoir ; mais, quelque temps après, lui-même prenait l'initiative d'une tentative analogue. Les résultats nous ont prouvé qu'il ne suffit pas, pour mener à bonne fin semblable entreprise, de posséder la connaissance et le monopole des chiffres.

Depuis, on a fait sans doute de la météorologie et de la clinique comparées ; mais les chiffres sont ingrats quand les bases manquent. Ces préoccupations utilitaires nous ont vivement attaché à la lecture du P. Sanna Solaro sur l'enchaînement des phénomènes météorologiques. « Si l'on fait du soleil, dit ce savant modeste, la source principale de l'électricité terrestre et atmosphérique, les faits les plus difficiles à coordonner viennent prendre spontanément leur place dans la chaîne des phénomènes, apportant, pour ainsi dire, leur propre explication. » Partant de cette hypothèse très-plausible, M. Solaro s'attache à faire de la météorologie expérimentale en constatant l'analogie qui existe entre tous les phénomènes météorologiques et les phénomènes que produisent les machines électriques. C'est par ces analogies qu'il explique les vents des tropiques, les aurores polaires, la pression barométrique, la marche inverse du baromètre et du thermomètre, les tremblements de terre. Nous ne dirons pas que les explications du P. Solaro nous ait convaincu ; mais nous avouons qu'elles nous ont vivement séduit.

— Au nom de M. de Sinéty, M. Cl. Bernard présente une note sur l'état du foie chez les femelles en lactation. Il ressort des observations et des expériences de l'auteur que, chez les femelles en lactation, et la femme y comprise, le foie est constamment graisseux. Mais, particularité intéressante, tandis que chez les femelles qu'on soumet à l'engraissement en dehors de la lactation, les globules et corpuscules graisseux se développent de la phériphérie vers le centre, chez les femelles en lactation ces mêmes glob ules et corpuscules ne se montrent que dans les parties profondes, là précisément où se trouve la veine centrale. Cette note relate un fait nouveau, mais l'auteur ne cherche pas à lui donner une interprétation physiologique. C'est peut-être sage, et nous ne saurions l'en blâmer ; mais nous n'aurions pas été fâché de voir M. Cl. Bernard saisir une occasion si propice pour développer quelques grands principes de physiologie générale. Il ne nous eût pas été désagréable, par exemple, d'entendre l'illustre représentant de la physiologie française définir l'élément le plus fondamental de la physiologie, c'est-à-dire *la fonction*, et faire remarquer à ce sujet que, bien que le foie produise du sucre et de la graisse en vertu des propriétés organi-

ques, il ne s'ensuit pas qu'on doive le doter d'une *fonction glycogénique* et d'une *fonction adipogénique*.

Nous aurions aimé lui entendre dire catégoriquement que chaque organe n'a qu'une fonction et, qu'en particulier, le foie n'a qu'une fonction, celle de fournir à la digestion le concours de la bile.

— M. Cl. Bernard présente également, au nom de M. Debove, une note sur la *Couche eudothéliale sous épithéliale des membranes muqueuses*. « Les membranes muqueuses, dit l'auteur, sont revêtues d'une couche eudothéliale située à leur surface, immédiatement au-dessous de l'épithélium. »

Pour apprécier cette communication, nous attendrons, comme il l'a promis, que l'auteur nous donne les détails techniques de la préparation de ces eudothéliums, et, en même temps, leurs caractères distinctifs.

— La théorie darwinienne sur la transformation des espèces et la descendance de l'homme, semblable en cela aux poisons les plus subtils, s'est si bien imprégnée dans l'esprit des hommes qui s'occupent des sciences naturelles, que, sans le vouloir, du moins nous le croyons, les adversaires même de ce système apportent à son appui leur petit contingent de preuves qui, bien considéré, ne prouvent absolument rien. M. Durand (de Gros), par exemple, présente une note sur la *Torsion normale de l'humérus chez les vertébrés*.

Après avoir dit que le membre supérieur « peut être justement considéré comme une homotypie exacte du membre inférieur ultérieurement modifié », l'auteur s'efforce de montrer par quelle succession de modifications le membre inférieur a dû passer pour devenir un membre supérieur. Cette œuvre d'imagination ne serait qu'amusante si elle ne supposait pas quelque chose de plus grave, c'est-à-dire la transformation possible des espèces les unes dans les autres. Nous n'avons qu'une chose à dire sur ce sujet : quel est l'homme assez éclairé pour nous démontrer formellement qu'une particularité anatomique quelconque, en dehors des limites assignées aux modifications possibles des variétés et des races, est le résultat d'une transformation plutôt que l'effet pur et simple d'une volonté qui s'imprima dès le principe dans cette particularité ?

La philosophie des sciences est bien près du roman de la science. Darwin ne l'a que trop prouvé. Nous ne saurions trop signaler cet écueil.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU

M. Béhier.

Pleurésies à épanchements modérés : thoracentèse avec trocarts capillaires et aspiration. — Appareils divers (1).

Je vous entretiendrai maintenant d'autres appareils qui ont aussi l'avantage de produire le vide préalable, mais qui, par contre, ne peuvent reproduire sur place et sans de nouvelles manipulations le vide obtenu une première fois. Je tiens à vous en parler, car ils sont très-ingénieux et surtout peu coûteux ; néanmoins, ils offrent des inconvénients sur lesquels j'insisterai, et qui me conduiront à leur préférer d'autres appareils.

Le 24 février 1872, M. P. Regnard présentait à la Société de biologie un appareil aspirateur qui venait compléter les ponctions faites avec des trocarts capillaires déjà proposés. Pour la première fois, cet instrument avait été appliqué le 19 janvier 1872 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le docteur Lorain.

Cet appareil permet de retirer d'assez grandes quantités de liquide ; il sert en même temps, et sans rien déranger, à faire des injections et des lavages dans les cavités évacuées. Il se compose d'un ballon de verre ordinaire, d'une capacité déterminée, fermé par un bouchon à travers lequel passe un robinet à trois voies. Ce robinet est la pièce capitale de l'instrument, et chacun de ses deux ajutages peut recevoir un tube de caoutchouc. De ces deux tubes, l'un est terminé par un trocart capillaire, tandis que l'autre, qui n'est utile que lorsque l'appareil est converti en siphon, mène à un vase quelconque destiné à recevoir le liquide et placé dans une position convenable.

Voyons maintenant comment va fonctionner cet appareil. Pour faire le vide préalable dans le ballon, on y introduit quelques grammes d'eau commune que l'on porte à l'ébullition. A ce moment, le robinet est disposé de telle façon qu'il fait communiquer l'intérieur du ballon avec l'air extérieur par une ouverture latérale par laquelle s'échappent les vapeurs d'eau. Lorsque l'on suppose que l'ébullition est portée assez haut pour que la concentration ultérieure de la vapeur puisse opérer le vide, on fait faire au robinet une seconde évolution en vertu de laquelle toute communication de l'intérieur du ballon avec l'air extérieur est supprimée, et l'appareil est dit en concentration. Puis, après un certain temps qui permet son refroidissement relatif pendant lequel la vapeur condensée laisse le vide dans le ballon, on plonge le trocart capillaire dans la poitrine, et on amène le robinet dans une position qui met en pleine communication l'intérieur du ballon où le vide a été fait et le tube qui termine l'ajutage supérieur et porte le trocart enfoncé dans la poitrine. Le liquide afflue alors directement dans le ballon, où il pénètre avec facilité. M. Reygnard emploie ce procédé pour les épanchements assez peu considérables pour n'être pas d'une quantité supérieure à la capacité de son ballon. Dans le cas de cette disproportion, il a la possibilité de convertir son appareil en un véritable siphon qui vide la majeure partie de l'épanchement. L'aspiration directe peut ensuite compléter l'évacuation. Ce siphon, il l'établit à l'aide du jeu de son robinet, si ingénieusement construit. Dans ce cas, en effet, voilà comment on le fait fonctionner :

Le vide est fait dans le ballon, comme nous avons dit ci-dessus, puis on ajoute à l'ajutage latéral un tube de caoutchouc ; on le pince fortement et on tourne le robinet dans un sens déterminé qui met en jeu des ouvertures telles que le tube vertical portant le trocart capillaire introduit dans la poitrine, et le tube latéral, obturé par le pincement, sont en communication avec le ballon où le vide est fait. Le liquide vient alors remplir le tube de l'ajutage vertical et commence à tomber dans le ballon ; mais en même temps il remplit toute la partie du tube latéral qui est au-dessus du pincement.

A ce moment, sans cesser de comprimer ce tube, on ramène vivement le robinet dans la poncture dite de condensation, c'est-à-dire qu'on supprime la communication des deux tubes avec le ballon, tout en laissant subsister une voie de libre parcours du tube vertical au tube latéral. Tous deux sont remplis de liquide et représentent un siphon tout amorcé. Pour faire entrer en fontion continue ce siphon véritable, il suffit d'abaisser le tube latéral, et le liquide s'échappe alors par ce tube avec d'autant plus de puissance et de rapiditité que son orifice est porté plus bas. Puis, si l'écoulement se ralentit, le robinet, en permettant de rétablir la communication entre le

(1) Voir le numéro du 26-28 décembre 1872.

tube vertical et le ballon vide, en même temps qu'on obture le tube latéral, rétablit l'aspiration, qui peut devenir plus nette et plus active.

Certes, messieurs, c'est là, comme vous avez pu le voir par la démonstration qui vient de vous être faite, un appareil qui fonctionne régulièrement, et vous voyez aussi combien il est ingénieux. Il peut, même lorsqu'il est transformé en siphon, permettre le lavage de la plèvre. Il suffit, en effet, de prendre le tube latéral tout en obturant soigneusement son extrémité et de l'immerger dans le liquide qu'on veut introduire dans la plèvre en ayant soin de placer le vase qui contient ce liquide assez haut au-dessus du niveau, de la ponction faite à la plèvre. Le sens du courant du siphon est alors complétement changé, et le liquide s'introduit dans la cavité thoracique. Pour l'en tirer, il suffit d'abaisser de nouveau l'extrémité submergée du tube latéral, et le liquide sort de nouveau de la poitrine. Du reste, M. Reygnard n'en est plus à la théorie. Il a pratiqué déjà un grand nombre d'opérations, soit pour les ascites, dans lesquelles il a retiré de 1.000 à 1.200 grammes de sérosité, soit pour des épanchements pleurétiques qui représentaient de quelques grammes à 3 000 grammes de sérosité; soit enfin une hydarthrose du genou dans laquelle, par l'aspiration, on a obtenu 300 grammes de liquide séreux (1).

Si ingénieux que soit cet appareil, si efficace qu'il ait été dans les mains de l'inventeur, je ne saurais le préférer à ceux dont je vous parlerai tout à l'heure. Il présente, en effet, selon moi, des inconvénients que je vous indiquerai quand je vous aurai parlé d'un appareil analogue qui peut comporter les mêmes observations.

(*A suivre.*)

PERTE DU NEZ ET DES DEUX YEUX PAR ÉCLAT D'OBUS

FRACTURE EN ÉCLAT DES DEUX MAXILLAIRES SUPÉRIEURS. — LUXATION DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE; RÉDUCTION. — PROTHÈSE DE M. CH. DELALAIN (2).

Présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 septembre 1872.)

J. M..., 24 ans, soldat au 15e régiment d'artillerie, blessé à Bapaume le 3 janvier 1871. Éclat d'obus prenant la face de droite à gauche et de haut en bas, et y produisant des dégâts considérables; perte des deux yeux et de la plus grande partie du nez, fracture en éclat et perte des deux maxillaires supérieurs, avec perte de deux dents. Luxation, en avant de la mâchoire inférieure, à l'articulation temporo-maxillaire gauche. Léger étourdissement sans commotion : le blessé put se rendre à l'ambulance, où il lui fut fait un premier pansement. Évacué sur Arras, on pratiqua, trois jours après sa blessure, l'incision des parties molles trop attrites, ainsi que l'extraction des parties osseuses mobiles, on rapprocha les bords de la plaie, autant que le permit la laxité des tissus, et on maintint le tout par des agglutinatifs et un bandage approprié sans sutures. La cicatrisation, encore incomplète aujourd'hui, marcha sans encombre : on a dû retirer successivement environ une trentaine d'esquilles. Quant à la luxation, il raconte qu'on ne put essayer de la réduire, lui s'y opposant, à cause des douleurs atroces qu'il éprouvait dans toute la tête. Seulement, un jour, il fit un faux pas, et dans sa chute il frappa fortement de la face contre terre : « J'entendis un grand craquement là, dit-il en indiquant la région temporale, et depuis ma bouche, qui auparavant était toujours ouverte, se ferme; la salive ne coule plus sur ma poitrine; je puis parler facilement. » La luxation avait été spontanément réduite.

Actuellement, l'état général est toujours très-bon : M... a pris cet air résigné commun à tous les aveugles; il aime la causerie et éprouve un grand bonheur à narrer ses campagnes dans un langage mélancolique, imagé, très-intéressant. Ses autres sens, surtout celui du toucher, sont excessivement développés; il leur fait subir une éducation perpétuelle et arrive à des résultats vraiment surprenants. La figure, dépourvue d'expression, est irrégulière, déviée à gauche, paraît gonflée à l'angle gauche de la mâchoire inférieure par un épaississement de tissus mous. S'il soulève le bandeau qui couvre sa lésion, la face présente un aspect hideux par suite d'un enfoncement profond causé par la disparition d'une grande partie des portions osseuses, ainsi que la perte de substance des parties molles qui les recouvraient. Cette plaie peut être représentée par un triangle. Le sommet se trouve au milieu de la joue gauche, point par lequel a longtemps persisté une fistule salivaire, fermée spontanément; de là partent aussi trois cicatrices longues, blanchâtres, se dirigeant vers la région temporale, l'oreille et l'angle de la mâchoire. L'un des côtés, le plus élevé, est irrégulièrement limité par une ligne qui aboutirait à l'angle interne de la cavité orbitaire droite; l'autre côté est formé par une ligne cicatricielle très-adhérente, comme la précédente, aux tissus sous-jacents, venant rejoindre l'angle externe de la cavité orbitaire droite. La base est formée par ce qui reste de la paupière supérieure de l'œil droit; le bord libre de la paupière inférieure, détaché à son angle interne, a été tiré verticalement en bas par le tissu inodulaire, et forme la partie la plus élevée et la plus externe de la cicatrice; on voit un ectropion énorme, mettant à nu toute la muqueuse palpébrale. L'enfoncement résultant de l'ablation de l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit, de la partie interne de la voûte orbitaire inférieure de ce côté, des os propres du nez, des cornets moyens et inférieurs de la cloison nasale, de la presque totalité du maxillaire gauche, de l'os malaire de ce côté, est recouvert d'une muqueuse rouge, suppurant encore en quelques points. Une ouverture assez considérable permet, en suivant le plancher des os palatins, d'arriver jusqu'à l'arrière-bouche; la respiration se fait très-bien par ce canal. — Le sens de l'odorat est complétement perdu; il ne reste du nez que les ailes, le lobule et l'extrémité du cartilage de la cloison; les deux narines s'arrêtent, en profondeur au niveau de la cicatrice. La sensibilité de la peau est annihilée dans cette région, de même qu'elle est obtuse dans la région zygomatique gauche; ailleurs, elle est intacte. Si on explore la bouche, on la voit intacte; les deux grandes arcades existent et en bon état, sauf celle du maxillaire supérieur gauche, où les dents ont été longtemps mobiles; ce bord gingival, aujourd'hui adhère par une forte cicatrice à la muqueuse de la joue, communiquant jadis avec le fond de la blessure, la fistule et l'air extérieur. Les mouvements du maxillaire inférieur sont conservés; mais la mastication des choses dures est absolument impossible à gauche; à droite, elle est libre.

Il n'y a ici rien à tenter au point de vue chirurgical; la seule indication à remplir est de masquer cette épouvantable brèche par une pièce prothétique. Nous la concevons comme devant être une réunion des deux appareils faits pour Lohberger (1) et Lacaut, c'est-à-dire un nez complet et un obturateur facial s'appliquant bien sur les parties molles latérales de la face, de façon à forcer l'air à circuler par des narines artificielles; cet obturateur, qui devra cacher les deux yeux enlevés, sera encore supporté par des lunettes solides, fixées à la nuque, et derrière lesquelles on pourra imiter des yeux à demi-ouverts. Mais il ne faut pas se presser encore dans l'application, car les points en suppuration pourraient s'enflammer et occasionner de terribles

---

(1) Depuis que cette leçon a été faite, le nombre des opération pratiquées avec cet instrument est devenu plus considérable.

(2) Tiré des considérations cliniques sur des plaies de la face doc- eur Dardignac (Plichon, etc.).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 19 octobre 1871 et 14 mai 1872.

accidents sur l'économie entière. Du reste, on ne doit jamais oublier de construire ces instruments en substances très-légères, inattaquables par l'air extérieur ou les humeurs de l'organisme.

Détail de l'appareil prothétique, d'après la note du dentiste chargé de la restauration.

La respiration n'étant pas réglée, le sens de l'odorat, comme vous venez de le lire, était complétement perdu; par la même raison, le desséchement du mucus nasal avait lieu sur l'ectropion, ce qui invitait, malgré lui, le mutilé à y porter instinctivement les ongles pour se gratter et produire de nouvelles excoriations. La mastication des aliments durs devenait méfiante et difficile, en raison de la sensibilité et de la faiblesse de la voûte palatine.



L'obturateur facial, qui n'a pu être placé qu'au bout de six mois, s'applique sur les parties molles latérales de la face. Son adhésion, acilitée par un lacet de soie en caoutchouc contournant la tête, est telle que le mutilé respire par les narines d'un faux nez en argent, recouvrant le lobule du nez restant.

La respiration étant bien réglée, le sens de l'odorat est rétabli; par la même raison, la concrétion du mucus nasal n'a plus lieu, partant plus de démangeaisons, et le mutilé peut s'essuyer.



Deux petits cornets, faisant fonctions de ventilateurs, et dissimulés par les faux yeux, complètent l'aération interne. Cet obturateur facial est machiné à l'intérieur pour que le mutilé puisse, jusqu'à parfaite et complète guérison, faire ses pansements lui-même, car l'enfoncement résultant de cette ablation faciale est énorme. Trois boucles mobiles, en forme de queue de broche, y sont adaptées de façon à pouvoir maintenir sur la surface interne de cette figure artificielle, du linge, de la charpie ou des éponges, pour faciliter le maintien de l'humidité et éviter la trop brusque impression du froid ou d'un foyer vif sur toute la muqueuse palpébrale. La voûte palatine se trouve protégée contre toute perforation des aliments par une plaque obturatrice formant un blindage sur sa concavité.

DU MEILLEUR MODE
de
PRÉPARATION DES VINS DE QUINQUINA

Par M. le doteur Thinot

Tous les jours on rencontre, dans les grands centres, des personnes de tout âge, qu'une maladie grave de longue durée a considérablement amaigries et mises dans un tel état d'épuisement nerveux que leur estomac supporte à peine une faible quantité d'aliments choisis et tout au plus suffisants à l'entretien de la vie.

D'autres sont devenues graduellement dyspeptiques à la suite de violents chagrins ou de fatigues résultant d'un travail physique ou intellectuel excessif.

Les unes et les autres ont le plus grand besoin d'une médication tonique et légèrement excitante pour que leurs organes digestifs reprennent peu à peu leur fonctionnement normal.

Une longue pratique a universellement consacré dans ce but les préparations de fer et de quinquina; et de quinquina, presque exclusivement, quand l'élément chlorotique ne prédomine pas trop. Il est de toute évidence qu'alors que l'estomac aura recouvré ses fonctions, il sera le plus sûr intermédiaire de la réparation générale.

Mais dans cet état de faiblesse et d'épuisement, peu de personnes (surtout les enfants et les vieillards), tolèrent même une faible dose de poudre de quinquina, soit pure, soit mêlée au vin ou au sirop.

Mais quelle préparation faut-il choisir ?

C'est assurément le vin de quinquina. Il jouit, à juste titre, d'une réputation universelle. Il faut donc lui donner la préférence.

Mais pourquoi tous les vins de quinquina ne sont-ils pas tolérés par nos organes digestifs et ne donnent-ils pas toujours le résultat que le médecin avait en vue?

Cela tient surtout au choix des éléments qui entrent dans sa préparation. Car le vin de quinquina ordinaire est dur, astringent, très-amer et si mal supporté par l'estomac des personnes délicates, anémiques, qu'il faut souvent renoncer à son usage. Les préparations ferrugineuses, qu'on lui adjoint d'ordinaire, ne font qu'augmenter la dyspepsie et la constipation. Le sirop de quinquina inspire bien vite de la répugnance à de nombreux malades.

Il y avait donc une indication précise à remplir; rendre le vin de quinquina agréable à l'estomac, lui enlever sa rudesse, diminuer sa force alcoolique, plus énervante et nuisible pour un estomac débilité que capable de le réconforter.

De nos nombreux essais, nous concluons que le meilleur vin de quinquina doit être préparé avec un vin d'Espagne et surtout avec un vin de Malaga de premier choix : ce vin joint à ses qualités propres celle de masquer mieux que tout autre la saveur amère du quinquina.

Il est peu de substances, parmi toutes celles que l'on a associées au quinquina dont l'application soit aussi bien justifiée que celle du cacao. Les meilleures sortes jouissent seules de la faculté de donner un vin parfumé, agréable, sensiblement excitant du système nerveux; elles seules dissimulent à merveille la saveur astringente du quinquina.

C'est en s'appuyant sur ces résultats de l'observation qu'un pharmacien distingué de Paris, M. Bourgeaud, vient de préparer un excellent vin de quinquina au cacao, qui résume les progrès scientifiques les plus récemment accomplis.

Ce médicament vient de donner les meilleurs résultats à quelques-uns de nos plus estimés confrères. Il se recommande donc autant par ses qualités toniques que par la facilité avec laquelle il est accepté par les palais délicats des enfants. Les personnes de tout âge trouveront en lui un réconfortant sûr, agréable, et toutes les fois que nous en avons fait prendre à nos malades et à nos convalescents, ou que nous en avons usé personnellement, nous n'avons eu qu'à nous louer de ses bienfaits. Aussi nous le recommandons chaque jour, bien convaincu que le choix parfait de ses principes constituants nous garantit toujours les plus heureux résultats.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1872. — Présidence de M. DOLBEAU.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

CORRESPONDANCE

La correpondance comprend :

La *Gazette des hôpitaux.* — L'*Union médicale.* — La *Gazette hebdomadaire.* — *Bulletin général de thérapeutique.* — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — *Bordeaux médical.* — *De l'enseignement de la médecine en France*, par les agrégés de la Faculté de Montpellier.

M. Louis Gallez adresse à la Société les ouvrages suivants et demande à être compris sur la liste des candidats au titre de membre correspondant étranger : *Des affections miasmatiques à Châtelet et dans les environs.* — *De l'emphysème traumatique primitif.* — *Observations sur des enfants monstrueux.* — *L'ouvrier houilleur.* — *Histoire des kystes de l'ovaire.* — *Du rétrécissement polypeux de l'urèthre chez l'homme et la femme.*

M. Dron de (Lyon), adresse une brochure intitulée : *Étude sur la fièvre uréthrale et sur l'uréthrotomie.*

A PROPOS DE LA CORRESPONDANCE

Malformation du squelette du bras. — M. BROCA présente, de la part du docteur Mauricet (de Vannes), une pièce pathologique présentant des particularités intéressantes. Voici une note résumée du fait :

L. P... (Victoire), décédée à 28 ans, en 1867 (septembre) à l'hôpital de Vannes dans mon service.

Jeune fille de la campagne, rachitique depuis son enfance, double incurvation de la colonne vertébrale, forte coxalgie du côté gauche. Intelligence très-bornée et ne pouvant donner que très-peu de renseignements. Elle prétend que c'est vers l'âge de trois ans qu'étant tombée, à la campagne, sur son coude gauche, *elle y avait eu mal*, et depuis il était resté dans l'état où il est actuellement.

Nous avons donc une luxation du radius en avant, de *cause traumatique* n'ayant jamais été l'objet d'une tentative de réduction, les mouvements étaient très-limités.

Est-ce à la même cause qu'il faut attribuer l'état de la tête de l'humérus, ou à la fois à la cause générale, son rachitisme, et considérer la chute comme cause occasionnelle?

On ne se serait pas douté de son état sur le vivant.

En examinant cette pièce, dit M. Broca, on voit que la petite tête du radius n'offre pas la forme normale. La tête humérale est atrophiée, l'humérus est tordu. Tout porte donc à admettre en prenant en considération le rachitisme évident de cette fille, qu'il s'agit ici d'une malformation du squelette du membre supérieur:

M. MAGITOT, élu membre tiulaire, adresse à M. le président une lettre de remercîments à la Société.

M. LE PRÉSIDENT invite M. Magitot à prendre place parmi ses collègues.

ÉLECTION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1873

Président.

Sur 25 votants :

M. Trélat	21 voix.
M. Perrin	1 —
Bulletins blancs	3 —

En conséquence, M. Trélat est élu président.

Vice-Président.

Sur 24 votants :

M. Perrin	19 voix.
M. Demarquay	3 —
M. Tillaux	1 —
M. Marjolin	1 —

M. Perrin est élu vice-président.

1er *Secrétaire.*

Sur 21 votants :

M. Tillaux	19 voix.
M. Saint-Germain	1 —
Bulletins blancs	1 —

M. Tillaux est élu 1er secrétaire.

2e *Secrétaire.*

Sur 18 votants :

M. de Saint-Germain	16 voix.
M. Horteloup	2 —

M. de Saint-Germain est élu 2e secrétaire.

Trésorier.

M. Guéniot est réelu par acclamation à l'unanimité.

Archiviste.

M. Giraud-Teulon est réelu archiviste, par acclamation, à l'unanimité.

Comité de publication.

Sont élus à la presque unanimité, MM. Blot, Panas, Guéniot.

Commission des congés.

Sont réélus, MM. Guéniot, Blot et Boinet à la presque unanimité des suffrages.

Commission pour l'examen des comptes.

Par voix de tirage au sort sont désignés : MM. Perrin, Labbé, Tarnier, Forget et Paulet.

Commission pour l'examen des archives.

Par voix de tirage au sort sont désignés : MM. Forget, Broca et Tarnier.

M. LE PRÉSIDENT annonce qu'il y a trois places de membre correspondant national déclarées vacantes.

DISCUSSION

Rétrécissement du rectum, rectotomie verticale.—M. PANAS donne l'examen histologique de la pièce recueillie sur la deuxième malade dont il a parlé; examen qui a été pratiqué par M. Valtat, interne de M. Panas.

Voici les détails :

Le tissu blanchâtre, d'aspect fibreux, qui constitue ce rétrécissement, ne présente nulle part de limites précises et comprend toute

l'épaisseur de la paroi de l'intestin. Très-développé en avant, où il se confond intimement avec les tissus indurés de la région, il s'amincit graduellement en arrière.

Par la dissociation qui s'opère avec la plus grande facilité, on obtient de longs tractus exclusivement composés de fibres lisses; sur des coupes, colorées au carmin et traitées par l'acide nitrique et l'acide acétique, on constate que ces éléments forment la presque totalité de ce tissu. Ils sont groupés en gros faisceaux, qui se montrent, les uns suivant leur longueur avec leurs noyaux caractéristiques en forme de bâtonnets, les autres suivant leur section. Entre les faisceaux, il existe du tissu conjonctif dense, représenté par des cellules étoilées, des fibres élastiques nombreuses et quelques trousseaux de fibres connectives. A la phériphérie, l'élément musculaire lisse devient moins abondant, les faisceaux s'écartent et bientôt on ne trouve plus qu'un tissu conjonctif aréolaire chargé de cellules adipeuses. Quant à la muqueuse, elle est remplacée par une mince couche de tissu fibreux à cellules ramifiées, recouverte de granulations. Enfin les vaisseaux, peu nombreux d'ailleurs, ne présentent d'autres particularités que l'épaisseur considérable de leurs parois. On doit donc regarder cette coarctation comme résultant d'une hypertrophie de la paroi de l'intestin et surtout de la tunique musculeuse.

M. TRÉLAT. Je n'ai pas d'expérience sur la rectotomie, je ne l'ai point pratiquée. Je ne crois pas que la question soit ici de savoir si l'on doit pratiquer la rectotomie de telle ou telle manière, par l'instrument tranchant ou par l'écraseur. Il s'agit de savoir si la rectotomie est une opération curative et si elle vaut mieux que les moyens employés autrefois.

J'ai la notion de cinq cas où il me paraissait nécessaire que nous possédassions un moyen thérapeutique convenable et utile. J'ai employé pour un de ces cas la dilatation, et je m'en suis repenti. Voici le fait en résumé :

Une malade grasse, bien portante, vint me consulter à Saint-Louis avec un rétrécissement. Je le dilatai; la malade eut des abcès et une pelvi-péritonite, qui manquèrent de lui faire perdre la vie. elle sortit de l'hôpital amaigrie et ayant encore un rétrécissement.

Chez une autre malade, dont je parlerai plus tard et qu'on croyait atteinte de cancer du rectum, j'ai rétabli le diagnostic : c'était bien un rétrécissement syphilitique, un accident quaternaire, si je puis me servir de ce mot. Je l'ai revue il y a quelque temps, elle se traite par la dilatation avec les mèches; je lui ai proposé la rectotomie dont nous ont parlé nos collègues, la malade a refusé.

Je n'assimilerai pas la rectotomie à l'uréthrotomie, quoique MM. Verneuil et Panas reproduisent pour le rectum les raisons qui ont été invoquées pour l'urèthre. Je ne dirai pas non plus que la dilatation même, celle qui est pratiquée avec précaution pour des explorations est dangereuse, ce serait aller trop loin, car les opérations de rectotomie le sont aussi, et ce qui rend la dilatation et les opérations dangereuses, c'est la gravité même du rétrécissement qui se complique souvent d'adhérences d'ulcères et de fistules.

M. Després a parlé de fistules qui accompagnent les rétrécissements; j'en ai vu quatre fois : une fois chez un tuberculeux qui avait un rétrécissement du rectum; j'ai trouvé chez une femme de 40 ans un rétrécissement à 4 centimètres de l'anus, il y avait des traces d'ulcération à l'anus, un ulcère au-dessus du rétrécissement et les fistules portaient de ces ulcères, nous l'avons constaté à l'autopsie.

Une autre malade, que j'ai vue il y a trois ans, était dans un misérable état; il y avait aussi des cicatrices autour de l'anus et dans l'espace ano-vulvaire, il y avait des fistules en arrosoir. C'était un cas d'accident syphilitique reculé. Les fistules se sont cutanisées, si je puis ainsi dire, et la malade vit aujourd'hui et a une existence supportable grâce aux mille soins dont elle s'entoure.

Une autre malade, enfin, est celle à laquelle j'ai proposé la rectotomie.

Les rétrécissements du rectum sont bien plus fréquents chez la femme que chez l'homme; le fait a été signalé, et quand le rétrécissement est le fait d'une syphilis reculée, il est très-facilement explicable à cause de l'écoulement de liquides purulents qui viennent sans cesse baigner l'anus. On dit aussi, en vue de poser des préceptes de diagnostic, que les rétrécissements d'origine syphilitique étaient situés plus bas que les rétrécissements d'origine tuberculeuse. Je ne vois pas pourquoi la hauteur serait un élément de diagnostic: je ne vois aucune raison anatomique; les rétrécissements du rectum se comportent comme les autres rétrécissements. Il y a une ulcération au dessus, comme on en observe dans l'urèthre en arrière d'un rétrécissement. Le processus est le même : dilatation en arrière de l'obstacle, fistules, inflammations de voisinage, telles que pelvi-péritonite.

Je conclus que, dans les rétrécissements graves du rectum d'origine syphilitique, il est indiqué d'essayer de les combattre par le traitement général, et quand l'on a épuisé les ressources de la thérapeutique médicale, je dis qu'il faut faire la rectotomie.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret en date des 19 et 27 décembre 1872, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur : M. Vincent, inspecteura djoint du service de santé de la marine.

Au grade d'officier : MM. Barthelemy-Benoit, médecin professeur; Fournier, médecin principal de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Friocourt, Fabre, médecins de première classe de la marine; Chevalier, médecin de 2e classe de la marine; Moure, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

— La Société de médecine de Paris tiendra sa prochaine séance, le 3 janvier 1873, à 3 heures 1/2 très-précises, 64, rue Neuve-des-Petits Champs, au Cercle des Sociétés savantes.

Ordre du jour : 1° Lecture du procès-verbal de la précédente séance; 2° lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1872; 3° continuation de la discussion sur la péritonite rhumatismale; 4° graduation et dosage du courant continu par la combinaison du rhéostat liquide et du voltamètre, par M. Duchenne (de Boulogne).

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance tiendra sa prochaine séance mercredi 8 janvier, à 8 heures du soir, à la mairie du Louvre, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

Ordre du jour : 1° Installation du bureau; 2° Contribution à la statistique du service des bureaux de bienfaisance pour l'année 1872, par M. le docteur Machelard.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le Dr Félix ROUBAUD, 25e année, 1873. — Prix : 4 fr. par la poste.

Annuaire-Agenda des médecins et pharmaciens du département de la Seine. — Prix : 1 fr. 50.

Traité d'hygiène élémentaire en six leçons, par le docteur MIGNOT (de Chantelle). Brochure in-8° de 94 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, 1872, Victor Masson et fils.

Éléments de thérapeutique et de pharmacologie, par A. RABUTEAU, docteur en médecine, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, lauréat de l'Institut de France (prix de thérapeutique), membre de la Société de biologie. 2e fascicule. — Prix de l'ouvrage complet, formant 1,200 pages : 12 francs. — Paris, Lauwereyns.

Le Directeur : Dr E. LE SOURD.

Paris. — Typographie A. POUGIN, quai Voltaire, 13.

TABLE DES MATIÈRES

DE LA

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

A

Abcès du cerveau, 235. — périnéal, péritonite, 705. - péri-prostatique et péri-uréthral, 623. — pleuraux. Des —, 721.

Abdomen. Tumeur hématique de l'—, 215.

Académie. Officiers d'—, 182, 406.

Académie de médecine. Élection Bernutz, 494. — Élection Bourdon, 564. — Élection Dolbeau, 219. — Élection Lefort, 196. — Élection Marey, 125. — Élection Moreau, 1147. — Élection Roussel, 1077. — Élection Tarnier, 637. — Prix de 1870-71, 268, 274. — Prix proposés pour 1873, 276.

Académie des sciences. Séance annuelle, 1097, 1105. — Programme des prix proposés, 1177, 1195.

Accouchement. Allongement œdémateux et prolapsus du col utérin pendant l'—, 29. — Ivresse éthérée dans les —, 569, 593, 617.— par le forceps-scie de Van Huevel, 538. — prématuré dit spontané, 977, 1001. — Des voies d'élimination du poison puerpéral, 995. — successif de deux enfants inégaux, 1181.—vaginal, 1181. — Sur la faiblesse congéniale, 1161, 1170.

Adénie sans leucocytose, 941.

Albuminurie. Teinture d'iode, guérison, 602.

Alcool en injections dans les hydropisies locales, 506. — et folie, 1022.

Aliénation mentale. Influence des événements de 1870-1871 sur l'— en France, 895.

Aliénés. Chirurgie des —, 218. — Discussion sur les —, 285, 349, 469, 477, 486, 519. — Rapport sur l'étude de la loi de 1838, 581, 590, 605, 628, 637.

Allemands. Enquête sur la conduite des médecins — pendant la guerre de 1870-1871, 437.

Amaurose dans l'intoxication saturnine, 1180.

Amputation de la jambe, procédé Marcellin Duval, 865, 882, 890, 914. —Observations et statistiques, 460. — par la périostéotomie, 308. — sous-astragalienne. Reproduction d'une portion du calcanéum, 397.

Anatomie du système nerveux, 1029.

Anévrysme cirsoïde de la région auriculo-temporo-mastoïdienne, 262, 1067. — traitement, 301.— diffus, ligature, guérison, 13. — du cœur et des valvules, 782, 789, 804, 812, 821, 829, 965.

Angine couenneuse. De l'endocardite et de la myocardite dans l'—, 929, 937. — couenneuse, épidémie, 141. — perforantes, 643, 714. — scrofuleuse. De l'—, 101, 356, 406. — ulcéreuse, maligne, de nature scrofuleuse, 365.

Angio-Fibrome utérin, 206.

Anus anormal, entérotomie iléo-cœcale, 50.

Aorte. Des accidents nerveux de l'insuffisance de l'—, 417.

Aphasie, 235, 1185.

Apoplexie cutanée, 1003.

Acupuncture. De l'—, 946.

Arrachement d'un pied avec arrachement des tendons et muscles de la jambe et du nerf tibial postérieur, 441.

Arthrites fongueuses, cautérisations en pointe, 643.

Asphyxie. Des diverses formes d'—, 68, 74.

Aspiration, comme moyen de diagnostic et traitement dans les kystes hydatiques et abcès du foie, 586, 595, 603, 614, 621, 644, 691.

Assainissement des ateliers de dérochage et de décapage, 989.

Assistance publique, distribution des prix, 38.

Association des médecins de la Seine, 17, 26, 38, 47, 65, 81, 89.— française contre l'abus des boissons alcooliques, 246, 300, 454, 543, 695. — française pour l'avancement des sciences, 887, 934, 958, 982, 1053, 1069.

Astragale. Luxation complète de l'—, 749.
Ataxie locomotrice progressive à forme aiguë, hydrothérapie, 859.
Atropine, sa répartition dans la belladone, 149.

B

Balles explosibles. Des —, 123, 138, 159. — Balles fragmentées, 28, 34.
Belladone dans la hernie étranglée. De la —, 419, 434, 479.
Blépharoplastie par un lambeau complétement détaché du bras, insuccès, 133.
Blessure d'artère par coup de feu, anévrysme, ligature, guérison, 13. — de guerre. Des eaux d'Aix pour les —, 180, 203, 693. — des nerfs par les armes à feu, 9. — par armes à feu, 106, 107, 116, 433. — abaissement de température dans les grands traumatismes, 33.
Bras. Malformation du squelette du —, 1205.
Bromure de potassium dans les névroses convulsives, 459. — et épilepsie, 161.
Bubons chancreux sus-épitrochléens, 554, 562.
Bulbe rachidien. Maladies du —, 313.
Bureau central, concours, 206, 229.

C

Calcul salivaire de la glande de Warthon, 898.
Camphre en poudre dans la pourriture d'hôpital, 6.
Cancer du bras, opération, guérison, 498. — primitif des voies biliaires. Du —, 877.
Carbazotate d'ammoniaque comme succédané du sulfate de quinine, 1116.
Cataracte. Sur l'opération de la —, 452.
Catarrhe des voies biliaires, 153.
Cautérisations en pointe dans les arthrites fongueuses, 643.
Céphalotripsie répétée dans un cas de rétrécissement et de déformation du bassin, succès, 1049.
Cerveau. Abcès du —, 235, 1061. — Ramollissement du —, 226. — Recherches expérimentales sur le fonctionnement du — 1051, 1150, 1158.
Cervelet. Physiologie du —, 2, 11.
Chancre. Accidents tertiaires survenus très-longtemps après le — initial; iode et mercure, 594. — du doigt, 554, 562.
Chloral, en injections dans les veines contre le tétanos, 524, 693, 699. — et ses doses. Le —, 618. — Injections intra-veineuses de —, 706.
Chloroforme et morphine, leur action combinée, 251, 579, 770, 786, 795, 809, 817. — Sur le —, 125.
Choléra, 535, 635, 719. — Cas de —, 220. — Nature et traitement du — 430. — nostras, traitement, 697. — Note pour servir à l'histoire du —, 326. — Sur le —, 612, 619. — traitement par les boissons aqueuses, 915, 932, 955, 978, 987.
Cicatrices, mobilisation de la peau pour éviter les rétractions, 521.
Circulation. Influence des nerfs sur la —, 100.
Clinique. Exercices de — à la Pitié, 57. — à Strasbourg, 93. — Obstétricale, 59.
Col utérin. Allongement œdémateux à prolapsus du —, 29.
Coliques dans la hernie étranglée. Des —, 419, 434, 479.
Congrès médical de Lyon, 89, 127, 257, 595.
Conjonctive. Mélanose et tumeur mélanique de la —, 651.
Constitution médicale. Sur la —, 100.
Contracture du muscle couturier, 412.
Cornée. Staphylome de la —, 558, 626.
Corps de santé de la marine, promotions, 463, 1063. — militaire, Circulaire ministérielle, 911. — nominations, 103, 111, 278, 279, 1038, 1046. — Organisation du —, 969, 981.
Corps étrangers vivants ayant pris naissance dans le conduit auditif externe, 139.
Coude, luxation en arrière, ancienne, 485. — Résection ancienne du —, 948.
Crane. Affection encéphalique survenue sous la dépendance de lésions multiples du —, 409.
Cristallin, dans la chambre antérieure de l'œil, après une opération de cataracte, 521.
Croup chez un enfant de dix mois, trachéotomie, guérison, 509. — De la myocardite et de l'endocardite dans le —, 929. — traitement par l'émétique, 1, 393, 465.
Cuir chevelu, cicatrice chez un nouveau-né, 215, 237.
Cysticerque ladrique dans le corps vitré, 12. — intra-oculaire, 386.

D

Décollement des épiphyses, du radius et du cubitus, 948.
Délire des persécutions, 421, 1129. — guéri par les alcooliques, 690.
Démence avec idées incohérentes de grandeur sans symptôme de paralysie; valeur de l'écriture, 265. — simple primitive, 83.
Diabète. Odeur acide de l'haleine dans le — 804.
Diarrhée chronique. Leçons cliniques sur la —, 27, 41, 67, 98, 114, 122, 145.
Digestion. Influence des troubles de la —; sur la diathèse urique, 993.
Diphthérite. De l'endocardite et de la myocardite dans la —, 929, 937.
Diurèse et diurétiques, 900.
Doigt. Chancres du —, 554, 562.
Douleur. Teinture d'iode morphinée contre le symptôme —, 21.
Drainage chirurgical et empyème, 428, 571.
Dynamisme comparé des hémisphères cérébraux, 906.

E

Eaux ferro-arsénicales de la Dominique. Sur les dépôts naturels des —, 947. — minérales de France. Leçon sur les —, 481, 489. — De l'inspectorat des —, 553, 577, 601, 745. — emploi simultané des eaux bicarbonatées et ferrugineuses arsenicales, 243, 267, 291, 347.
Éclampsie et albuminurie, 892. — injections hypodermiques, 963. — *post partum*. Sur l'—, 147, 155. — puerpérale. Température dans l'—, 315.
École de médecine de Besançon, nominations, 951, 1084. — de Bordeaux, nominations, 103, 215, 1084. — de Dijon, nominations, 230, 1084. — de Grenoble, nomination, 999. — de Lille, nominations, 231, 1084. — de Lyon, nomination, 1084. — de Marseille, concours, 71. — nomination, 103. — de Nancy, nominations, 127. — de Nantes, 771. — de Rennes, nominations, 127. — de Rouen, nominations, 1190. — de Toulouse, nominations, 383. — de Tours, nominations, 815, 1084. — de pharmacie de Paris, 374 nominations, 103, 167. — vétérinaire d'Alfort, candidats admis, 1014. — vétérinaire de Lyon, candidats admis, 1023. — vétérinaire de Toulouse, candidats admis, 1030.
Électricité, application à l'appareil de l'ouïe, 662. — médicale. Note pour servir à l'histoire de l'—, 309, 316. — et maladies des appareils urinaire et génital, 260, 315, 323.
Électrisation des courants continus faibles mais permanents, 474, 483, 491, 499.
Éléphantiasis. Cas d'—, 521.
Éloge de Danyau, 173. — de Simonot, 220.
Embolies. Des —, 226. — Origine de la théorie de l'—, 666.
Émétique dans le croup, 1, 393, 465.
Emphysème généralisé à la suite d'une fracture du sinus frontal, 426.
Empoisonnement par un collyre au sulfate neutre d'atropine, 51, 85.
Empyème, 637. — et drainage chirurgical, 428, 445, 571. — par incision, 473. — par une méthode mixte, 497. — Pour servir à l'histoire de l'—, 627. — Réflexions sur un cas d'—, 610.
Encéphale. Affections de l'— sous la dépendance de lésions multiples du crâne, 409.

ENCÉPHALITES. Des —, 226.
ENCÉPHALOCÈLE, hydrorachis, bec-de-lièvre, opération, mort, 683.
ENDOCARDITE. De l'—, dans la diphthérite, l'angine couenneuse et le croup, 929, 937. — ulcéreuse, 733, 1033. — végétante, 771.
ENSEIGNEMENT clinique. L'—, 545. — de la médecine, projet Naquet, 37, 45, 69, 77.
ENTÉROTOMIE iléo-cœcale, 50.
ÉPANCHEMENTS sanguins articulaires, ponctions capillaires, 973.
ÉPIDÉMIE de variole, 179. — d'angine couenneuse, 141. — d'ictère, 129, 201. — d'ictère essentiel, 3.
ÉPILEPSIE et bromure de potassium, 161, 169. — traumatique périphérique, 578.
ÉPISPADIAS avec exstrophie de la vessie, 285.
ÉPITHÉLIOMA, ulcérations par pénétration des produits morbides dans les orifices des glandes cutanées, 403.
ÉRYSIPÈLE. Discussion sur l'—, 476, 484, 501, 508, 525, 579, 597, 602, 645, 652, 668, 694. — Note sur l'—, 715, 722, 729. — précoces, causes, mécanisme, 413. — Traumatique de la face, 402.
EXERCICE de la médecine, disposition provisoire en faveur des Alsaciens-Lorrains, 23. — professionnel de la médecine, 785.
EXOSTOSE des fosses nasales, 86, 109.
EXTERNAT. Conditions du concours pour l'—, 838, 862.
EXTRACTION d'une balle au niveau de la cloison recto-prostatique, 105.

F

FACULTÉ DE MÉDECINE à Lyon, 582, 606. — à Nantes, 46. — de Montpellier, 1031. — Agrégations, 334, 559, 774. — Nominations, 575. — de Nancy. Installation, 1089, 1182. — de Paris. Agrégation, 199, 422, 575. — Chaire de physiologie, 55. — Chaire vacante, 279, 399. — Chefs de clinique, 951. — Concours d'agrégation, 39, 239, 350, 439, 1070, 1117, 1132, 1149, 1151. — Cours, 183, 239. — Cours supplémentaires, 127, 230. — en 1872, 209. — Fermeture de la —, 281, 305. — Prix, 151. — Prosectorat, 815. — Réouverture, 342. — Thèses soutenues, 71, 79, 95, 126, 135, 151, 158, 286, 302, 310, 454, 463, 470, 478, 495, 503, 511, 535, 543, 554, 567, 615, 623, 631, 647, 671, 677, 714, 727, 774, 791, 807, 815, 823, 863, 871, 902, 919, 943, 974, 990, 999, 1006, 1054, 1110, 1134. — de Strasbourg. Notice historique, 101. — transférée à Nancy, décret, 921. — de Vienne, nominations, 1031. — à Lille, une —, 1062. — à Nantes, une —, 1070. — des sciences de Bordeaux, nominations, 127. — des sciences de Clermont, nomination, 215. — des sciences de Grenoble, nomination, 215. — des sciences de Lyon, 215. — des sciences de Montpellier, nominations, 127. — des sciences de Nancy, nominations, 127. — des sciences de Poitiers, nominations, 127.
FÉMUR. Tumeur hémato-kystique, 132.
FESSE. Tumeur congénitale de la —, 823.
FIÈVRE aphtheuse, 918. — bilieuse hématurique grave, quinine, guérison, 825. — bilieuse hématurique, composition de l'urine, 1155.
FISTULE vésico-vaginale, procédé américain, 52. — vésico-vaginale, procédé à lambeaux, 573. — vésico-vaginale, statistique d'opérations de —, 754.
FOIE. De l'aspiration dans les kystes et abcès du —, 586, 595, 603, 614, 621, 644, 691, 780. — Kyste séreux du —, 137. — Traitement des kystes hydatiques du —, 369, 377.
FORCEPS. Manœuvre dans les positions occipito-postérieures, 170.
FORCEPS-SCIE. Son emploi dans les accouchements, 538.
FOUDRE. Accidents causés par la —, 833, 861, 900. — Mort par la —, 523, 531.
FRACTURES de cuisse chez les nouveau-nés; appareil, 35, 36. — de la base du nez et des deux rebords orbitaires inférieurs; prothèse, 241. — de la clavicule. Réduction par le procédé Pélissier, 772. — de l'os unguis, 163. — du maxillaire inférieur, traitement, 154. — du rachis, paralysie, eschare, les troubles trophiques de cause nerveuse, 571. — du sinus frontal, emphysème généralisé, 426. — du sternum, 586, 994. — malléolaires. Sur les —, 405. — par armes à feu. Guérison sans suppuration osseuse, 1065, 1073, 1092.

G

GANGRÈNE cérébrale, 226. — par embolie, 666. — symétrique des deux extrémités inférieures, 389.
GASTROTOMIE. De la —, 1011.
GENOU. Plaies pénétrantes de l'articulation du —, 117. — Résection du —, 564.
GLIOME de l'orbite, 714.
GLYCOSURIE. Des eaux de Vals dans la —, 421.
GRAVELLE pileuse, 250.
GREFFES animales transplantées sur l'homme, 700. — cutanées et autoplastiques, 307, 371.
GROSSESSE. Allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la —, 29. — Kyste de l'ovaire compliquant une —, 906.
GYMNASTIQUE dans les lycées. La —, 953.

H

HÉMÉRALOPIE épidémique, traitement, 6, 322, 332. — A propos de l'—, 190.
HÉMORRHAGIES cérébrales. Des —, 226.
HÉMORRHOIDES uréthrales chez la femme; traitement, 505, 514.
HERNIES. Aspiration des liquides dans les —, 741. — cœcale étranglée. Ponction aspiratrice dans une —, 1163. — congénitale étranglée. Réduction, 468. — étranglée. Aspiration des liquides et des gaz contenus dans la —, 1108, 1125. — étranglée. Des coliques et de la belladone dans la —, 419, 434, 479. — étranglée, opération, liquide intestinal limpide, 690. — inguinale, complication, 954. — obturatrice, kélotomie, 1126, 1130, 1132. — étranglée, opération, avortement, 787. — ilio-scrotale double, 748. — inguinale de l'ovaire, 4, 5.
HOPITAUX-BARAQUES à Saint-Pétersbourg, 350.
HOPITAUX de Bordeaux. Internat, 1070, 1142. — de Lyon. Concours, 39, 167. — de Lyon. Internat, 1006. — de Marseille. Concours, 55, 79, 95. — de Marseille. Nomination, 159, 406. — de Montpellier. Nomination d'interne, 334. — de Nantes, concours, 1086. — de Paris. Concours de l'externat, 54. — Nominations, 1190. — de Paris. Concours pour les prix de l'internat, 1142. — Nominations des internes, 1190. — de Paris. Externat en pharmacie, 47. — Mouvement des chirurgiens, 15. — de Paris. Mouvement des médecins, 47. — Mutations, 1166. — de Paris, Prosectorat, 1142. — de Paris. Service pharmaceutique des —, 356, 382. — Des services militaires dans les — civils, 229.
HORSE-POX. Étude sur le —, 373, 398.
HOSPITALISATION. Divers modes d'—, 761.
HOTEL-DIEU. Condamnation du nouvel —, 25, 39, 761. — de Paris. Reprise du cours de clinique, 273.
HUMÉRUS. Ossification de la périphérie de la moelle de l'—, 30.
HYDROCÉPHALIES et ophthalmoscope, 345, 353.
HYDROPISIES locales, injections d'alcool, 506.
HYGIÈNE des lycées, 333, 355. — professionnelle, 1029. — Hyoscyanurie de l'—, 1077.
HYPERTHROPHIE généralisée des ganglions lymphatiques, 321, 330.
HYSTÉRIE, 249.

I

ICTÈRE chronique, mort. Calculs du canal cholédoque. Hémorrhagies internes, 259. — Épidémie d'—, 129, 201. — essentiel. Épidémie d'—, 3, — simple, 153. — traumatique. De l'—, 821.
INFARCTUS uratiques, 110.
INFECTION purulente. De l'—, 285, 371, 378, 387. — putride aiguë, 1019.
INFIRMITÉS. Remarques ethnologiques sur la répartition géographique de certaines — en France, 20.

INJECTION intra-veineuse. De l'—, 818, 827. — iodées. Altération des tubes en caoutchouc par les —, 1044, 1052.
INSTRUCTION PUBLIQUE. Officiers de l'—, 182.
INSTRUMENTS ET APPAREILS. Aspirateurs Thénot, 515, 541. — Aspirateurs divers, 542. — Bandage herniaire Dolbeau, 285. — Brise-pierres Reliquet, 76. — Chasse-épingles Cintrat, 467. — Jambe artificielle de Le Fort, 119. — Pile Faucher, 493. — Pile Trouvé et Callaud, 93. — 03. — Pince Laurenço, 708. — Pince polypotome de Petrini, 119. — Porte-caustique Gourrier, 427. — Porte-liquide laryngien, 764. — pour les fractures de la mâchoire, 164. — Pulvérisateur Colin, 820. — Réflecteur otoscope de Dutrieux, 1171. — Seringue naso-œsophagienne de Fauvel, 533. — Spéculum Blanc, 1029. — Sutureux-Cintrat. 292. — Trocarts Castiaux, 124. — Vaporisateur Laurenço, 219.
INTERNAT des hôpitaux de Paris, 7.
INTESTIN. Étranglement interne par un diverticulum de l'—, 1021. — Humeur érectile de l'—, 516.
INVAGINATION congénitale du rectum, 365.
IODE. Son existence dans les eaux de Vals, 885.

J

JAMBE. Allongement d'une jambe par suite de nécrose, 571.

K

KYSTES de l'ovaire, 545. — des mâchoires, 1084. — hydatiques du foie, aspiration pneumatique, 493, 780. — hydatique du foie, extraction totale, guérison, 457. — hydatiques du foie, leur traitement, 369, 377. — hydatiques du poumon, 730, 746. — séreux du foie, ponction capillaire, 137. — synoviaux tendineux, 938.
KYSTO-SARCOME du sein, 570.

L

LACRYMAL. Nouveau traitement des affections du sac —, 972.
LADRERIE, 362, 386.
LARYNX. Polype du —, 390.
LAUDANUM. Sur un nouveau —, 30.
LÉGION D'HONNEUR. Nominations, 7, 23, 55, 63, 119, 127, 135, 167, 230, 278, 302, 317, 334, 342, 350, 414, 454, 599, 671, 831, 855, 887, 943, 983, 990, 1014, 1094, 1103, 1142.
LIGATURE de la veine jugulaire interne, mort, 321.
LINIMENT oléo-calcaire, dans le pemphigus bulleux, 17.
LITHINE. Sa recherche dans les eaux minérales, 820.
LUXATION ancienne de la cuisse, 948. — des trois derniers métacarpiens en arrière du carpe, 849. — ancienne du coude en arrière, 485. — complète de l'astragale, 749. — double de la clavicule, 893. — sous-astragalienne, 129, 717.
LYMPHADENOME. Sur le —, 925.
LYMPHO-SARCOMES, 453, 460, 765.

M

MALADIES régnantes, 150, 494.
MANIE à forme insidieuse, 361.
MAXILLAIRE inférieur, fracture, 154. — résorption progressive de la partie alvéolaire des —, 117.
MÉDAILLES d'honneur, 366.
MÉDECINS des bureaux de bienfaisance, concours, 835.
MÉDECIN-LÉGISTE. Tablette du —, 158.
MÉNINGITES. Des —, 225.
MERCURE, dans la syphilis, 546.
MÉTHODES opératoires sanglantes et non sanglantes, parallèle, 385, 449.
MOELLE épinière, plaie, paralysie, 202. — des modifications anatomiques après une amputation ou une section de nerf, 427. — ossification de la périphérie de la —, de l'humérus, 30.
MOLLUSCUM fibreux, observation de —, 342.
MORPHINE et chloroforme, de l'association de la —, 251, 579, 770, 786, 795, 809, 817.
MORT subite, autopsie, 147. — observation, 213, 228.
MYOCARDITE. De la —, dans la diphthérite, l'angine couenneuse et le croup, 929, 937.
MYOTOMIE, 412.

N

NÉCROLOGIE : Allégre, 38. — Bourdillat, 863. — Christôt, 30. — Daremberg, 999. — Denonvilliers, 631, 636. — Deslonchamps-Deville, 191, 197. — Drache, 958. — Fleury, 1190. — Horteloup, 879. — Jæger, de Vienne, 4, 86. — Jacquemin, 1189. — Laugier, 159, 181. — Michel-Lévy, 254. — Louis, 797. — Liégard, 1071. Maurin, 223. — Montanier, 287. — Pamard, 167. — Pouchet, 1143. — Quesnel, 863. — René, 1190. — Adolphe Richard, 558. — Spring, 127. — Thiaudière, 374. — Treitz, 1015. — Vée, 439. — Vigla, 773. — F. Voisin, 1084, 1118.
NÉCROSE. Allongement d'une jambe par suite de —, 571. — phosphorée de la mâchoire inférieure, 134, 233.
NERF. Blessures des —, par armes à feu, 9. — leur influence sur la circulation, 100. — radial, contusion, abolition du mouvement, conservation de la sensibilité tégumentaire, 970.
NÉVRALGIE de la face avec glaucome, 1141. — du point apophysaire dans les —, 1163.
NÉVROPATHIE cérébro-cardiaque, 604.
NÉVROSES convulsives, médication bromurée, 459.
NEZ. Perte complète, prothèse, 843. — Perte du — et des deux yeux, prothèse, 1203.

O

OBSTÉTRIQUE. Opportunité des opérations chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, 277. — traumatisme chez les femmes enceintes, 283.
ŒDÈME de la glotte, mort, 402, 406.
ŒIL. Cysticerque ladrique dans le corps vitré, 12.
ŒSOPHAGE. Rétrécissement de l'—, 36.
ŒSOPHAGOTOMIE interne de l'—, 514.
ŒUF. Procédé pour extraire les membranes de l'—, lorsqu'elles menacent de se rompre, 971.
OPÉRATIONS chez les femmes enceintes ou nouvellement accouchées, 277. — chirurgicales, de la classification actuellement adoptée dans la statistique des —, 339.
OPHTHALMIE grave, 961, 985, 1009.
OPHTHALMOSCOPE, dans le diagnostic de l'hydrocéphalie, 345, 353.
ORBITE. Gliome de l'—, 714. — tumeurs fibro-plastiques de l'—, 851, 862, 870.
ORCHITE suraiguë suppurée chez un vieillard, 739. — syphilitique bosselée, 778.
OREILLE. Corps étrangers vivants dans l'—, 139. — maladies de l'—, 283, 346, 834, 851, 924.
ORTHOPÉDIE physiologique de l'—, 1117.
OS. Accroissement normal et pathologique des —, 905. — reproduction des — par le périoste, 973.
OSSIFICATION de la périphérie de la moelle de l'humérus, 30.
OSTÉO-PÉRIOSTITE progressive phosphorée, 233.
OSTÉOTOMIE pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, 633, 650.
OUATE collodionée, 521. — dans le pemphigus bulleux, 17.
OUÏE. Application de l'électricité à l'appareil de l'—, 662.
OURAQUE. Persistance de l'—, 558, 687.
OVAIRE. Hernie inguinale de l'—, 4, 5. — kystes de l'—, 545. — physiologie de l'—, 227.
OVARIOTOMIE. Mort, 676. — opérations, 156, 163, 187, 812. — trois mois après grossesse gémellaire, 1140.

P

PALATOPLASTIE. De la —, 436.
PANSEMENT ouaté. Du —, 171, 195.

PARALYSIES consécutives. Des —, 93. — des muscles du bras, consécutive à une compression du cou, 687. — générale, de la —, 518. — infantile, de la —, 185, 193. — musculaire progressive des lèvres, de la langue et du voile du palais, 901, 909. — pseudo-hypertrophique, anatomie pathologique de la —, 634, 710. — traumatique réflexe des muscles de l'avant-bras et de la main, 363.
PARAPLÉGIE utérine. Sur la —, 73, 90.
PAUPIÈRE. Gliome de la —, 570.
PELVI-PÉRITONITES et paraplégie utérine. Sur les —, 73, 90.
PEMPHIGUS bulleux, traité par la ouate et le liniment oléo-calcaire, 17. — cachectique, 778.
PÉNITIS. Observation de —, 700.
PÉRITONITE, à la suite d'un abcès périnéal, 705. — mortelle, à la suite d'un simple toucher vaginal, 450. — traitement par la térébenthine, 140.
PESTE bovine, 23.
PHIMOSIS dans les affections vénériennes. Le —, 545.
PHLEGMON péri-utérin, 125.
PHOCOMÈLE. Espèce de —, 521.
PHTHISIE. Conférences sur la —, 281, 290. — chronique, inhalation de vapeur oxygénées, 1076.
PHYSIOLOGIE cérébrale, 1004. — expérimentale et médecine traditionnelle, 857. — du système nerveux, 357. — du système nerveux cérébro-spinal, d'après l'analyse physiologique des mouvements de la vie, 677, 701.
PLACENTA. De l'apparition de la membrane lamineuse dans le —, 300.
PLAIES par les armes à feu, procédés pour découvrir les corps métalliques dans les —, 846. — pénétrantes de l'articulation du genou, 117. — plombage des —, 597.
PLEURÉSIE purulente, empyème par incision, 473. — purulentes. Traitement, 227, 522, 547, 844, 1081. — purulente, thoracentèse et injections au nitrate d'argent, 667. — traitement par la thoracentèse, 444, 451, 466, 529, 540.
PLEURO-PNEUMONIE tuberculeuse, 207.
PNEUMONIE. Du traitement de la —, 665, 689, 713, 737, 777, 801. — interstitielle. De la —, 798. — température dans la —, 641.
POLYPE du larynx. Ecrasement sur place par les voies naturelles, 390. — intra-utérin à apparition intermittente, 177. — nasal, méthode Langenbeck et Boeckel, 714. — nasal, opération, 690. — naso-pharyngiens, opération préliminaire, 633, 650. — naso-pharyngien, résection temporaire de la paroi antérieure du sinus maxillaire, 766.
POPULATION. Influence des professions sur l'accroissement de la —, 989. — sur la loi de —, 43.
POULS. Effet de la nausée sur le —, 690.
POUMON. Blessure du —, traitement, 666. — kystes hydatiques, simulant une tuberculose aiguë, 730, 746.
POURRITURE d'hôpital. La —, 19. — d'hôpital, camphre, 6.
PROSTATE. Ablation partielle de la —, 755. — des maladies de la —, 395, 411, 447, 463, 478.
PROTHÈSE, 241, 433.
PYLÉPHLÉBITE. Sur un cas de —, 657, 675.

Q

QUININE. Sur les sels de —, 100. — Sur le tannate de —, 125, 173, 197, 244.

R

RECTUM. Cancer du rectum, 1061. — Des rétrécissements du —, 996, 1002, 1020, 1028, 1033, 1043, 1059, 1067, 1148, 1156, 1186, 1205. — Invagination congénitale du —, 365. — Perforation par une balle, 106. — Polype du —, 1020.
REINS. Infarctus uratiques, 110.
RÉSECTION ancienne du coude, 948. — du coude et de la tête humérale, 437. — du genou, 564. — scapulo-humérale par la méthode sous-périostée, 305. — sous-périostée du coude, 340, 685. — sous-périostée, 950. — sous-périostéo-capsulaire, 764. — sous-périostées. De la valeur des —, 329, 348, 363. — sous-périostées. Origines du procédé des —, 539, 548, 555, 562, 669, 676.
RESPIRATION. Troubles de la —, 281.
RÉTRÉCISSEMENT de l'œsophage, 36.
RHUMATISME blennorrhagique. Du liquide renfermé dans l'articulation du genou pendant le —, 658.

S

SCHERLIÉVO de Fiume. Du —, 869.
SECRET médical. Du —, 293.
SÉCRÉTION salivaire. Des troubles de la —, 211, 217.
SEIGLE ergoté. Discussion sur le —, 1123, 1147, 1172.
SEIN. Kysto-sarcome du —, 570. — Tumeur fibreuse du —, 1019.
SEPTICÉMIE. Discussion sur la —, 939, 964, 1030, 1194. — puerpérale. Contribution à l'étude de la —, 1075. — Recherches sur la —, 893.
SILICATE de soude. Propriétés antifermentescibles et action physiologique, 1010.
SOCIÉTÉ botanique de France, 55. — de biologie. Prix Godard, 695. — de chirurgie. Bureau annuel, 39. — de chirurgie. Compte rendu des travaux de l'année 1870, 83, 92. — de chirurgie. Élection Dubrueil, 212. — de chirurgie. Élection Lannelongue, 572. — de chirurgie. M. Legouest nommé membre honoraire, 252. — de chirurgie. Prix Laborie, 694. — Séance annuelle de la —, 61. — de médecine légale, 318. — de médecine de Louvain. Prix, 87. — de médecine de Paris, 23, 55, 95, 151, 191, 239, 310, 350, 406, 511, 591, 607, 663, 695. — Compte rendu des travaux pendant 1870-1871, 165. — de médecine de Paris. Décision, 87. — de médecine de Paris. Enquête sur la conduite des médecins allemands pendant la guerre de France, 437. — de médecine pratique, 151. Bureau annuel, 37. — des médecins de l'État civil, 7. — de médecine légale. Vacances, 711. — de secours aux blessés, 742. — des médecins des bureaux de bienfaisance, 15, 127, 175, 222, 310, 399. — Prix, 439, 519, 615. — des sciences de Lille, 245, 262, 270, 278. — médicale des hôpitaux, 55. — médicale d'émulation de Courtrai, 742. — médicale d'Indre-et-Loire. Prix, 246. — protectrice de l'enfance, 151, 222. protectrice de l'enfance de Lyon. Concours, 430. — savantes. Leur réunion à la Sorbonne, 238. — Prix, 318.
SONDE. Moyen de maintenir la — dans la vessie après l'opération de la fistule vésico-vaginale, 754.
SOUSCRIPTION Bazin, 1041, 1054, 1070, 1086, 1094, 1110, 1134, 1166, 1182, 1198.
SPHYGMOGRAPHE. Battements vasculaires dans un tissu de granulations mesurés par le —, 642, 714.
STAPHYLORRHAPHIE complémentaire, 134.
STERNUM. Fracture du —, 586, 994.
STOMATITE érythémateuse, 81.
SULFATE de cinchonine, 918.
SUPPURATION des lésions traumatiques interstitielles, 180, 188, 204.
SYPHILIS. Affections précoces du système osseux, 739, 747, 756, 763, 771, 779, 788, 796, 810, 845, 867, 874, 883, 894, 898, 916. — Origine. Jacques de Béthencourt, 6, 14, 21. — Traitement mercuriel, 1157. — Une lettre d'outre-tombe sur la —, 461, 526, 533, 565.

T

TABAC à priser. Accidents saturnins provoqués par le —, 861
TAILLE hypogastrique, procédé Rousset, 404. — uréthr[illegible] femme, 1122.

Température animale, 905. — étudiée après la thoracentèse, 1178. — dans la pneumonie, 641. — dans l'éclampsie puerpérale et l'urémie, 873, 1153. — dans les maladies de l'enfance, 897. — dans l'urémie et l'éclampsie puerpérale, 315. — rectale, abaissement chez un homme exposé au froid extérieur, 34. — son abaissement dans les grands traumatismes par armes, 33.

Ténia multiple, 900.

Térébenthine, son emploi à l'extérieur dans la péritonite, 140.

Tétanos. Anatomie pathologique du —, 1036, 1061. — Chloral en injection dans les veines contre le —, 524. — électricité, 1035. Injections intra-musculaires de chlorhydrate de morphine dans le —, 298.

Thermométrie, application au diagnostic et pronostic des maladies de l'enfance, 922.

Thoracentèse, 337, 404, 444, 451, 466, 517, 540, 589, 661, 684, 708, 724, 734, 757, 854. — avec trocarts capillaires, appareils à aspiration divers, 1017, 1026, 1041, 1115, 1138, 1146, 1162, 1193, 1202. — drainage, 571. — Expulsion réitérée par les bronches de grandes quantités de sérosité à la suite de la —, sans lésion apparente du poumon, 945. — La jeune et la vieille —, 681, 697. — par aspiration pneumatique dans la pleurésie purulente, 520.

Thoracotomie, 663.

Thromboses. Pour servir à l'histoire des —, 53.

Toucher vaginal, suivi de péritonite mortelle, 450.

Trachéotomie chez un enfant de dix mois atteint du croup, guérison, 509.

Tradition. L'autorité et la —, 625, 649.

Transfusion. Sur la —, 1110.

Trichiasis double, 687.

Tuberculose aiguë, simulée par des kystes hydatiques du poumon, 730, 746.

Trachéotomie par le galvano-cautère, 381, 404.

Trépanation, 235.

Tumeur de la région lombaire, 521. — congénitale de la fesse, 823. — érectile de l'intestin, 516. — fibreuse de l'utérus, 545. — fibreuse de l'utérus, guérison par résorption, 244. — fibreuse de l'utérus simulant son renversement, 980. — fibreuse du sein, 1019. — fibro-plastiques de l'orbite, 851, 862, 870. — fibro-plastique des grandes lèvres, 252. — hématique de l'abdomen, 215. — hémato-kystique du fémur, 132. — lacrymale, cure radicale, 550, 555. — sébacée du dos, 1083.

Typhus exanthématique, 964. — Origine et affinités du —, 342.

U

Ulcère de la langue, 854.

Uranoplastie. Opérations d'—, 429, 1187.

Urémie. Sur un cas d'—, 406. — Température dans l'—, 315.

Urèthre. Histologie pathologique d'un rétrécissement de l'—, 130.

Utérus bifide, 762. Diagnostic des tumeurs fibreuses de l'—, 908. — Procidence de l'—, 739. — Tumeurs fibreuses de l'—, 545. — Guérison par résorption des tumeurs fibreuses de l'—, 244. — Tumeur fibreuse simulant le renversement de l'—, 980.

V

Vagin, déchirure chez une femme grosse de six mois et demi, hémorrhagie grave, accouchement deux mois et demi après, 947.

Varicelle de dentition, 150.

Variétés. Les faits positifs et les faits négatifs, 94, 102, 142. — Les hôpitaux de Lisbonne, 1165. — Les hôpitaux de Londres, 1037, 1045. — Souvenirs d'un chirurgien d'ambulance, 814. — *Traité pratique des maladies du larynx et du pharynx*, par M. Mandl, 957. — Une Faculté de médecine à Genève, 1173.

Variole. Épidémie de —, 179. — inoculée. — De la —, 236. — isolement et baraquement, 683. — Vaccine et inoculation post-vaccinale, 905.

Vératrine, son action dans les maladies du cœur, 906

Vessie. Épispadias avec exstrophie de la —, 285. — Exstrophie de la —, 748. — injection de silicate de soude contre l'état ammoniacal des urines, 1085. — perforation par une balle, 106. — Plaie de la —, 1083. — Ponction capillaire de la —, 212.

Vipère, morsure, guérison, 874. — Mort par morsure de —, 841.

Vulve. Sur l'esthiomène de la —, 1061. — Tumeur fibro-plastique des grandes lèvres, 252.

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX EN 1872

A

Andral, 426.
Archambault, 141.
Armaingaud, 1163.

B

Bailly (E.), 93.
Balard, 212.
Ball, 141, 185.
Barth, 3, 709, 773, 797, 869.
Baudry, 762.
Béchamp, 212.
Béclard, 4, 53, 76, 124, 268, 292, 515.
Béhier, 196, 273, 297, 404, 445, 636, 708, 945, 1017, 1026, 1041, 1113, 1138, 1146, 1162, 1193, 1202.
Belltyn-Halles, 459.
Béraud, 463.
Bérenger-Féraud, 1155.
Bergeron, 141, 173, 1194.
Bernard, 93.
Bernard (Cl.), 212.
Bernutz, 1194.
Bertelot, 933.
Berthelot, 333.
Berthier, 83, 265, 361, 1185.
Besnier, 129, 150, 494.
Bitot, 906.
Blachez, 4, 342, 356, 542.
Blondeau, 20.
Blot, 60, 108, 117, 180, 205, 228, 253, 277, 284, 414.
Blumenthal, 901.
Boinet, 13, 134, 235, 277.
Boissarie, 1122.
Bonnafont, 662.
Bonnithon, 139.
Bouchardat, 421, 947, 1147.
Bouchut, 1, 137, 292, 345, 353, 393, 465, 529, 681, 697, 749, 929, 937.
Boudet, 77, 244, 292, 333.
Bouillaud, 220, 334.
Bouley, 31, 77, 381, 918, 964, 1030.
Bourdillat, 509.
Bourdon (H.), 140, 300, 313, 356, 1194.
Bourneville, 34, 315, 873, 1153.
Bouvier, 316.
Brachet, 693.
Branche, 602.
Brioude, 578.
Briquet, 77, 173, 197, 244, 918.
Broca, 30, 173, 385, 521, 571, 642, 717, 1205.
Brochin (A.), 281, 290.
Brochin, 57, 217, 225, 241, 265, 273, 289, 297, 305, 329, 339, 353, 363, 377, 401, 425, 441, 449, 465, 489, 497, 841, 857, 865, 881, 889, 913, 921, 961, 985, 1033, 1049, 1057, 1073.
Brouardel, 141, 341, 798.
Bucquoy, 254.
Buignet, 77.
Burgraeve, 597.

C

Campenon, 211, 217, 402, 657.
Camus (E.), 812.
Caradec, 865, 882, 890, 914.
Carcassonne, 404.
Cassan, 754.
Castiaux, 321, 330, 337.
Caubet, 1033.
Cauvy, 236.
Cavantou, 4.
Chaillou (de Tourny), 444, 451, 466.
Chairon, 249.
Champenois, 117.
Chantreuil, 906, 977, 1001, 1161, 1170.
Charrier, 4, 5, 28, 165.
Charvet, 243, 267, 291, 347.
Chassaignac, 36, 53, 134, 205, 253, 277, 301, 339, 349, 365, 381, 397, 413, 428, 539, 548, 555, 562, 715, 722, 729.
Chatin, 53, 100, 825.
Chauffard, 4, 77, 100, 124, 196, 334, 404, 854, 964.
Chausit, 5.
Chéreau, 1076.
Col, 893.
Colin, 381, 405.
Collin, 683.
Collineau, 21.
Corlieu, 86, 421, 509, 806, 957.
Cruveilhier, 117, 1021.
Dally, 1117.
Dardignac, 241, 433.

D

Darin, 283, 346, 834, 851, 861, 892, 924.
Davaine, 893, 939, 1030, 1194.
Davat, 180, 203, 1181.
Debout, 250.
Debrou, 111.
Decaisne, 3.
Decorse, 218.
Delacour, 227, 322, 517.
Delalain, 241, 433, 843, 1203.
Delasiauve, 285, 469, 477, 486, 874.
Delattre, 170.
Delioux de Savignac, 30.
Delpech, 1029.
Demange, 721.
Demarquay, 14, 30, 31, 36, 134, 228, 184, 298, 340, 348, 468, 498, 554, 562, 564, 700, 755, 770, 786, 795, 809, 817, 1011, 1108, 1125.
Depaul, 77, 149, 214, 253, 1194.
Desnos, 342.
Despine, 630, 670.
Després, 63, 179, 229, 253, 277, 397, 413, 426, 501, 508, 645, 717, 898, 954, 994, 1180.
Devergie, 333.
Devilliers, 29, 244, 1172.
Dieulafoy, 493, 586, 595, 603, 614, 621, 644, 691, 780.
Divet, 963.
Dolbeau, 86, 108, 110, 117, 277, 285, 324, 364, 1141.
Doré-Graslin, 46.
Dransart, 954.
Duboué, 573, 804.
Dubrueil, 154, 164, 237, 309, 317, 623, 700, 718, 973, 1020, 1061, 1085.
Duchenne (de Boulogne), 634, 710.
Dujardin-Beaumetz, 211, 217, 402, 406, 610, 657, 675, 1044, 1052, 1116.
Duménil, 363, 403.
Dumontpallier, 141, 356.
Duplay, 119, 1157.
Dupuy (Paul), 905.
Dupuy (de Frenelle), 538.
Dupuy (E.-L.), 177.
Duroziez, 782, 789, 804, 812, 821, 829, 965.

E

Erb, 236.
D'Espine, 1075.

F

Fabre (A.), 417.
Fano, 651.
Farget, 578.
Fauvel, 612, 619.
Féréol, 259, 854.
Fiaux, 171, 195.
Fieuzal, 961, 985, 1009.
Filhol, 505, 514.
Filhol, 505, 514.
Finot, 73.
Flamarion, 447.
Fleury (De), 906.
Fleury (de Clermont), 412, 741.
Fleury (de Langon), 44.
Follet, 1163.
Fonssagrives, 212.
Forget, 5, 36, 117, 134, 179, 253, 277, 397, 652, 851, 862, 870.
Fournié, 357, 516, 1004, 1051, 1150, 1158, 1166.
Fournier (A.), 461, 526, 533, 565.
Foville, 44, 286, 518.
Fredet, 523, 531, 841.

G

Gafé, 2, 11.
Galippé, 382.
Gallard, 123, 710.
Garnier, 361.
Garrod, 861.
Gavarret, 29, 77, 1194.
Germon (de Lavigne), 565.
Gillebert d'Hercourt, 4.
Gillette, 450, 851, 862.
Giraldès, 14, 36, 77, 100, 109, 134, 180, 205, 214, 229, 285, 364, 622.
Giraud-Teulon, 12, 214, 227, 309, 317, 325.
Gobley, 1147.
Godard, 971.
Gosselin, 100, 129, 446, 1065, 1073, 1092.
Goujon, 251.
Grandcollot, 158.
Gros (L.), 149.
Grout, 791.
Gubler, 53, 274, 481, 489, 565, 1077, 1194.
Guéneau de Mussy, 27, 41, 67, 97, 114, 122, 145.
Guéniot, 29, 35, 36, 228, 244, 261, 365, 558, 687, 718, 748, 749, 906, 977, 998, 1001, 1161, 1170.
Guérin (A.), 134, 666.
Guérin (J.), 31, 53, 100, 124, 300, 333, 382, 404, 428, 446, 684, 709.

Guibert, 579.
Guibout, 558.
Guyon (F.), 13, 117, 181, 261, 285, 348, 390, 436, 594, 787.
Guyot, 150, 406.

H

Hardy, 149.
Hérard, 77, 197, 405, 517, 709.
Hervieux, 823, 995.
Hiernaux, 538.
Hillairet, 17, 406, 989, 1029.
Horteloup, 134.
Houzé de l'Aulnoit, 125, 132, 308.
Humblot, 83.

I

Isambert, 101, 141, 356, 406.
Jalabert, 473.
Jaubert, 404.
Joffroy, 202.
Jougla, 265.
Joulin, 300.

K

Komorowski, 369, 377.
Kraus, 395, 411.
Krishaber, 390, 604.

L

Labadie-Lagrave, 353, 530, 929, 937.
Labbé (Léon), 133, 251, 262, 285, 294, 301, 1067.
Laboulbène, 516, 658, 1178.
Ladmiral, 369, 377.
Laffont de Contagnet, 947.
Lagneau, 5, 20, 989.
Laillier, 342, 357, 406.
Lancereaux, 225, 300, 362.
Landrieux, 1017, 1026, 1041, 1115, 1138, 1146, 1162, 1193.
Lannelongue, 134, 321, 330, 970, 1020, 1187.
Lantier, 107, 116.
Larcher, 314.
Larrey, 29, 108, 134, 196, 244, 292, 301, 309, 333, 334, 365, 380, 397, 436, 1194.
Larue, 9, 419, 433.
Lasègue, 81, 409.
Laugier, 50.
Laurenço (de Bahia), 452.
Le Dentu, 948.
Lefort (J.), 149.
Le Fort, 13, 36, 119, 133, 134, 179, 187, 228, 302, 309, 317, 364, 389, 397, 414, 437, 474, 476, 483, 484, 491, 499, 718, 980, 1035.
Legouest, 227, 846.
Legrand du Saulle, 161, 169, 421, 1129.
Lesenne, 177.
Letenneur, 1083.
Leven, 68, 74.
Libermann, 724.
Liégey, 100.
Liouville, 185, 193, 945, 1017, 1026, 1041, 1115, 1138, 1146, 1162, 1193.
Lisbonne, 602.
Lorain, 356, 542.
Loumaigne, 227.
Lubanski, 326.
Lunier, 5, 21, 44, 286, 334, 349, 519, 710, 895, 1022.
Luys, 1029.

M

Magne, 1030.
Mallez, 130, 260, 315, 323.
Mandl, 957.
Marey, 212.
Marjolin, 36, 309, 597.
Marotte, 357, 668, 709.
Martin (Aimé), 334.
Martin (Antonin), 4, 5.
Mattei, 59, 101.
Mauriac, 739, 747, 756, 763, 771, 779, 788, 796, 210, 845, 867, 883, 891, 898, 916.
Mégnin, 212.
Mercier, 993.
Mercurin, 900.
Meusnier, 163.
Mialhe, 53, 100, 197, 220, 333.
Moissenet, 356.
Monod, 506, 626, 803.
Monoyer, 550, 556.
Monteils, 1019.
Moreau (A.), 100.
Motet, 285, 349.
Moty, 20.
Moura, 1110.
Moutard-Martin, 141, 542, 663, 1081.

N

Naquet, 37, 45, 69, 77.
Nélaton, 181.
Netter, 6, 14, 19, 21, 94, 102, 142, 166, 190, 236, 322, 332, 373, 398, 915, 932, 955, 978, 987.

O

Ollier, 307, 340, 349, 371, 633, 650, 669, 676, 705, 764, 948.
Olier (d'), 1140.
Ollivier, 101.
Ollivier (P.), 849.
Onimus, 93, 710.
Oré, 524, 693, 699, 706, 818, 527.
Oulmont, 733, 771, 1077.

L

Pajot, 1049.
Pamard, 86.
Panas, 58, 83, 92, 133, 156, 163, 214, 277, 452, 545, 597, 925, 941, 1148, 1205.
Panis, 762.
Papillaud, 905.
Papillon, 1010.
Parrot, 110.
Pasqua, 326.
Passant, 835.
Patry, 35.
Paul (C.), 281, 290, 356, 365.
Paulet, 685.
Pernet, 123, 540, 676, 682.
Perrin (M.), 44, 134, 228, 325, 348, 437, 461, 1019, 1083.
Perrin (E. R.), 197, 285.
Personne, 77, 125.
Pétavel, 1174.
Peter, 73, 90.
Pichon, 772.
Picot, 17.
Pidoux, 333, 405.
Pinard, 861.
Piorry, 100, 1194.
Polaillon, 1061.
Poncet (A.), 190, 633, 650.
Potain, 542, 725, 734.
Pozzi, 233.
Prestat, 973.
Primet, 825.
Prost, 526.
Prunac, 51, 85.

R

Rabejac, 972.
Rabuteau, 1010.
Raimbert, 913.
Raynaud (M.), 406, 497, 637.
Reclus, 259.
Redard, 33, 105, 770, 786, 795, 809, 817.
Regnard, 542.
Regnault, 173, 197.
Revilliod, 179.
Richelot, 189.
Richet, 53, 148, 223, 295, 369, 377, 505, 514, 643, 666, 714, 721.
Ricord, 755.
Rigal, 19.
Rinaldi, 844, 1003.
Rinwald, 478.
Robert, 188.
Robuchon, 460.
Roger, 897.
Roger (A.), 627.
Roger (H.), 661.
Roussel (Th.), 308.
Roux (Jules), 6.

S

Sainmont, 1130.
Saint-Germain (de), 37.
Salomon, 667.
Sédillot, 588, 787.
Sée, 201.
Sée (M.), 36, 214, 229, 397, 414, 485, 598, 694.
Servajan, 946.
Sichel, 386.
Simon (Jules), 305.
Solmon, 202.
Sonrier, 138, 833.
Spilmann, 243, 433, 1157.
Spirt, 571.
Surmay, 371, 378, 387, 900.

T

Tardieu (Ambr.), 90.
Tardieu (Amédée), 28, 34.
Tarnier, 36, 63, 215, 227, 252, 277, 234.
Terrier, 514.
Thénard, 212.
Tillaux, 86, 310, 349, 364, 405, 429, 436, 739, 1084.
Tirard, 554.
Toynbee, 283, 346, 834, 851, 924.
Trélat, 61, 180, 205, 213, 229, 261, 301, 325, 364, 397, 414, 436, 453, 460, 525, 558, 569, 598, 626, 643, 687, 714, 765, 1126, 1130, 1132, 1206.
Trouette, 1155.

V

Vautrin, 859.
Verdun, 900.
Verneuil, 53, 179, 180, 188, 204, 205, 261, 283, 302, 335, 339, 349, 363, 381, 397, 413, 436, 579, 718, 821, 950, 996, 1002, 1628, 1030, 1033, 1036, 1043, 1059, 1061, 1067, 1163, 1236.
Vernois, 77, 197, 334, 355.
Verrier, 147, 155.
Vidal, 140.
Villard, 877.
Voisin, 5, 45, 334.
Vulpian, 31, 125, 148, 173, 197, 427.

W

Warlomont, 21.
Watelet, 212.
Weill, 705.
Weir Mitchell, 2, 11.
Widal, 457, 730, 746.
Woillez, 339, 543.
Worms, 618, 705.
Wurtz, 5, 124, 209.
Wurtz (Fr.), 820.
Zuber, 730, 746.

PARIS. — IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE DE A. POUGIN, QUAI VOLTAIRE, 13. — 4366.